

Barren River DISTRICT HEALTH DEPARTMENT

Barren, Butler, Edmonson, Hart, Logan, Metcalfe, Simpson, and Warren Counties



1109 State St. Bowling Green, KY 42102 (270) 781-8039

မိမိကိုယ်ကိုသီးခြားခွဲနေခြင်းနှင့်ထိန်းချုပ်မှုဆိုင်ရာလှုပ်ရှားမှုသဘောတူညီချက်

ကျွန်ုပ်, _____ သည် COVID-19 ရောဂါခံစားနေရကြောင်းနားလည်သဘောပေါက်ပြီး၊ ဤပြည်နယ်တွင် COVID-19 စတင်ခြင်း၊ ကူးစက်ခြင်းနှင့် ပြန့်ပွားခြင်းများကိုကာကွယ်ရန်နှင့် လျော်ငြိမ်းအပ်သော အောက်ပါထိန်းချုပ်မှုများအကောင်အထည်ဖော်ရန် ဤအခြေအနေများအားရုပ်သိမ်းပြီးဖြစ်ကြောင်း BRDHD မှ အသိပေးကြေငြာသည့် အချိန်အထိ ကျွန်ုပ်အားတောင်းဆိုရန် KRS 211.180, 214.020, 902KAR 2:030, 902KAR 2:050 တွင် Barren မြစ်ခရိုင်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာန (BRDHD) အားပေးအပ်ထားသည့် လုပ်ပိုင်ခွင့်ကို ကျွန်ုပ်အသိအမှတ်ပြုသည်။

၁။ ကျွန်ုပ်သည် Barren မြစ်ခရိုင်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနနှင့် နေထိုင်နေတိုင်းဆက်သွယ်ပါမည်။ Check-in တစ်ခုစီတိုင်းတွင် ကျွန်ုပ်၏ အပူချိန်နှင့် ကျွန်ုပ်ခံစားနေရသောမည်သည့် ရောဂါလက္ခဏာကိုမဆို ပြောပြလိမ့်မည်။ ကျွန်ုပ်၏ လက္ခဏာများတိုးတက်နေလျှင် သို့မဟုတ် ပိုမိုဆိုးရွားလာပါက ဘာရီမြစ်ခရိုင်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနကို ကျွန်ုပ်အကြောင်းကြားပါမည်။ ကျွန်ုပ်၏ အပူချိန်ကို နေ့တိုင်းခန့်မှန်းခြေအားဖြင့် တူညီသော အချိန်၌ တိုင်းတာပါမည်။

၂။ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်သည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်သည် ပထမဦးဆုံးဆက်ပြီး ကျွန်ုပ်တွင် COVID-19 ရှိကြောင်း ပြောပြပါမည်။ ဤအရာသည် ရုံးဝန်ထမ်းများ မိမိကိုယ်ကိုနှင့် အခြားလူနာများကို ကာကွယ်ရန် ကူညီလိမ့်မည်။ ကျွန်ုပ်၏ အခြေအနေသည် ချက်ချင်းဆေးကုသမှုခံယူရန်လိုအပ်လျှင် ကျွန်ုပ်သည် အနီးဆုံးအရေးပေါ်ဌာနသို့ အကြောင်းကြားပြီး ၎င်းဆေးရုံသို့ မပို့မီ ကျွန်ုပ်၏ COVID-19 အခြေအနေကို အကြောင်းကြားပါလိမ့်မည်။

၃။ ကျွန်ုပ်ဆေးရုံတက်ရန်မလိုအပ်သရွေ့ ကျွန်ုပ်သည် ရောဂါလက္ခဏာများ ကြာချိန်နှင့် ဘာရီမြစ်ခရိုင်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနမှ ကျွန်ုပ်ကိုသီးခြားခွဲထားခြင်းမှ လွတ်မြောက်သည်အထိ အိမ်တွင် မိမိကိုယ်ကိုသီးခြားနေလိမ့်မည်။ အခြားသူများနှင့် အဆက်အသွယ်ကို လက်တွေ့ကျကျ လျော့ချပါလိမ့်မည်။ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်၏ အိမ်မှ ထွက်ခွာမည်မဟုတ်ပါ။ ကျွန်ုပ်အလုပ်မလုပ်ပါ။ ကျောင်းမတက်ပါ။ မည်သည့်အများပိုင်သို့မဟုတ် စီးပွားဖြစ် သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးဖြင့် ခရီးသွားမည်မဟုတ်ပါ။ အိမ်မှာ ရှိနေတုန်း သီးခြားဖျားနာနေသော နေရာမှာ နေပြီး အိမ်မွေးတိရစ္ဆာန်များ အပါအဝင် အခြားလူများ သို့မဟုတ် တိရစ္ဆာန်များ နှုတ်စေလိမ့်မည်။ ဖြစ်နိုင်ရင် ငါအခန်းထဲမှာ စားပြီး သီးခြားချိုးခန်းသုံးမည်။ ကျွန်ုပ်နေရာကို သန့်ရှင်းရေးနှင့် ပိုသတ်ဆေးပြီး အိမ်တွင်းရှိ အခြားသူတစ်ဦးကို သာမန်နေရာများရှိ မျက်နှာပြင်များကို သန့်စင်ဆေးကြောရန် ခွင့်ပြုပါမည်။ ဒီလိုလုပ်ခြင်းအားဖြင့် ငါကူးစက်နေချိန်မှာ ငါ့အိမ်သူအိမ်သားတွေ အဆက်မပြတ်ထိတွေ့မှု အန္တရာယ်ကို လျော့နည်းစေပြီး၊ သူတို့ကို ငှက်ကြာ quarantine စတင်ခွင့်ပြုမှာ ဖြစ်တယ်။

ဤအစီအမံများ မလိုက်နိုင်ပါက ကျွန်ုပ်၏ အိမ်ထောင်စုဝင်များသည် ထိတွေ့မှု အန္တရာယ်ကို ဆက်လက်ကြိုတွေ့ရပြီး ကျွန်ုပ်နေမကောင်းသည် အထိ ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းထားပြီး နောက်ထပ် ငှက်ကြာ အထိ ဆက်လက်ထိန်းသိမ်းထားနိုင်သည်။

အကယ်၍ ကျွန်ုပ်သည် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်ပါက COVID-19 မှ ပြင်းထန်သော နာမကျန်းဖြစ်မှု အတွက် အန္တရာယ်မြင့်မားသော သူမဖြစ်သင့်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည် ဥပမာ အားဖြင့် အသက် ၆၀ ကျော် သူများ သို့မဟုတ် ပန်းနာရင်ကြပ် ရောဂါဆိုးချို့ နှလုံးအခြေအနေ ပြင်းထန်သော အဝလွန်ခြင်း၊ ကျောက်ကပ်/အဆုတ် အသည်း ရောဂါ၊ တံစဉ်ဆဲလ် ရောဂါ၊ သလပ်စမီးယား စသည့် ပြင်းထန်သော ကျန်းမာရေး အခြေအနေ ရှိသော သူများ (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/n-eedextraprecautions/groupsathigherrisk.html>) စောင့်ရှောက်သူများသည် ထိတွေ့မှု အန္တရာယ်ကို ကန့်သတ်ရန်နှင့် မိမိကိုယ်ကိုနှင့် အခြားသူများကို ကာကွယ်ရန် CDC ၏ လမ်းညွှန်ချက်များကို လိုက်နာရန် အကြံပြုပါသည် (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/care-for-someone.html>)။

၄။ ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် ပုဒ်မမှ တွင်ဖော်ပြထားသော ထိန်းချုပ်မှုများအားလုံးကို ကျွန်ုပ်မလိုက်နာနိုင်လျှင် သို့မဟုတ် လိုက်နာခြင်းမပြုပါက Barren မြစ်ခရိုင်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနသည် နေထိုင်သူခရိုင်တိုက်နယ်တရားရုံးမှ ဤသဘောတူညီချက်၏ စည်းကမ်းချက်များကို လိုက်နာစေရန် တရားရုံးအမိန့်ကို ရယူနိုင်သည်။

၅။ KRS 211.230 အရ နေထိုင်သူခရိုင်တိုက်နယ်တရားရုံးသည် ဤအရေးယူမှုအပေါ် တရားစီရင်ပိုင်ခွင့် ရှိသည်။

၆။ Barren မြစ်ခရိုင်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနသည် သီးခြားခွဲထားသည့် ကာလကို မည်သည့်အချိန်တွင် ဖယ်ရှားနိုင်သည်ကို ဆုံးဖြတ်ခြင်းမပြုမီ ဤသဘောတူညီချက်အား ပြန်လည်အကဲဖြတ်ရမည်။

ဤသဘောတူညီချက်သည်၎င်းကိုထုတ်ပေးပြီး၂၁ရက်အကြာကုန်ဆုံးပါမည်။ဒီသဘောတူညီချက်မှတင်ပြခဲ့သည်

_____ ဤနေ့ရက် _____ ဤလ _____ ၂၀၂၀

(ခုနှစ်)

ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးတာဝန်ခံ၏လက်မှတ်:

Matthew L Hunt

ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးအမည်သို့မဟုတ်ခန့်အပ်ထားသူအမည်: MATTHEW L HUNT, ED.D

သီးခြားပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး၏လက်မှတ် _____

လက်မှတ်ထိုးသည့်နေ့စွဲ _____

သီးခြားပုဂ္ဂိုလ်တစ်ဦး၏ပုံနှိပ်အမည် _____

SAMPLE
DOCUMENT