

Covid 19 ශිෂ්‍ය තොරතුරු පත්‍රිකාව
Covid 19 Students Data Form
Wayamba University of Sri Lanka

1. නම/Name :	
2. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය/NIC Number :	
3. අධ්‍යයන පීඨය/Faculty :	
4. වසර/Year	
5. ඇමතුම් අංකය/Contact Number :	
6. නේවාසික ප්‍රදේශය/Residence Area :	
7. දිස්ත්‍රික්කය/District :	
8. ඔබට කොවිඩ් 19 රෝගය ඇති බවට ඔබ හඳුනාගෙන තිබේද?/Have you been diagnosed with/Suspected to have COVID 19	ඔව් - රෝග විනිශ්චය Yes –Diagnosed ඔව් - සැකයි Yes – Suspected නැත - No
9. පසුගිය දින සිට දින 10 තුළ කොවිඩ් 19 රෝගයට අදාළ (උණ, කැස්ස, ගරිර වේදනාව සහ හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතාව) රෝග ලක්ෂණ ඔබට ඇති බවට හඳුනාගෙන තිබුණේද?/Have you been diagnosis with or show any symptoms related to COVID-19 (fever,cough, body pain, & breathing difficulty) “since yesterday” or in the past 10 days?	ඔව් Yes නැත. No
10. ඔව් නම්, ඔබ ස්වයං නිරෝධායනයක යෙදී සිටිනවාද? If yes, are you in self-quarantine?	ඔව් Yes නැත No
11. ඔබ සමඟ ජීවත්වන හෝ ඔබ හා සම්බන්ධ වූ අයෙකුට, කොවිඩ්—19 රෝගය ඇති බවට විනිශ්චය කර තිබේද?/Has anyone living with you or come into contact with you been diagnosed with or suspected to have, Covid-19?	ඔව් - රෝග විනිශ්චය Yes – Diagnosed ඔව් - සැකයි Yes – Suspected නැත - No
12. පසුගිය දින 3-4 තුළ ඔබ පවුලේ සාමාජිකයන් අතර හෝ ඔබ සමඟ ජීවත් වන වෙනත් පුද්ගලයින්, අතර කොවිඩ් 19 රෝගයට අදාළ රෝග ලක්ෂණ තිබුණේද?/ Have your immediate family/people you live with, experienced symptoms associated with COVID-19 in the 3-4 days?	ඔව් Yes නැත. No
13. ඔව් නම්, මෙම පුද්ගලයා /පුද්ගලයින් ස්වයං නිරෝධායනයකට යටත්ද (නිලධාරීන්ගේ උපදෙස් හෝ ස්වේච්ඡාවෙන්)?/ If yes, is this person /people under self-quarantine (advised by officials or voluntarily)?	ඔව් Yes නැත. No
14. ඔබගේ සම්පතමයන් රැකියා මත පදනම්ව කොවිඩ් 19 රෝගයට නිරාවරණය වීමේ අවදානමක් ඇතැයි ඔබ විශ්වාස කරනවාද (උදා: නිරෝධායන ආයතනවල සේවය කරන පුද්ගලයින්, සෞඛ්‍ය සේවා, සංචාරක, සංචාරක කර්මාන්තය, මලිච්චි, හන්ධනාගාරය?/ Do you believe you are at risk of exposure to COVID-19 based on your immediate associations on a regular basis (Ex: Regular interactions or living with people working at quarantine establishments, those working in the healthcare, travel, tourism industry, military, prison)?	ඔව් Yes නැත. No
15. ඔබ කොවිඩ් 19 අධි අවදානම් කලාපයක සිට පැමිණේද? පසුගිය සති 2 තුළ එම ප්‍රදේශවල සැරිසැරුවේද? Do you reside in Risk area, have had contact with any one from	ඔව් Yes නැත. No

Risk area within the past two weeks or have you visited Risk area with the past two weeks?	
16. පසුගිය සති දෙක තුළ ඔබ 50 ක් හෝ ඊට වැඩි පිරිසකගේ රැස්වීමකට /උත්සවයකට ගොස් තිබේද?/(ආගමික කටයුතු, විනුපට, පාසල් ක්‍රිකට් තරඟ, මංගල උත්සව, අවමංගල කටයුතු ආදිය) Have you been to a gathering/event of 50 or more people in the last 2 weeks? (Religious activities, movies, school cricket matches, weddings, Funeral house training etc)	ඔව් Yes නැත. No
(14) (15) (16) පිළිතුරු ඔව් Yes නම් ඒ පිළිබඳව සටහන් තබන්න.	
18. පසුගිය සති දෙක තුළ ඔබ විදේශ සංචාර වලින් ආපසු පැමිණියේ ද?	
19. අතරමැදි සංක්‍රමණ රට/රටවල් ? /Countries in transfer?	
20. පැමිණීමේ දිනය ? / Arrival data?	
21. පසුගිය සති දෙක තුළ ඔබගේ ආසන්නතම පවුලේ සාමාජිකයන්/ඔබ සමඟ ජීවත් වන පුද්ගලයින් විදේශ සංචාර වලින් ආපසු පැමිණ තිබේද?/ Have any of your immediate family members/People you live with returned from overseas travel in the past 2 weeks?	ඔව් Yes නැත. No
22. ඔව් නම් කුමන රටද? If yes, which country?	
23. සති 2කින් විදේශ සංචාරවලින් ආපසු පැමිණි ඕනෑම අයෙකු සමඟ (ඔබ දන්නා පරිදි) සම්බන්ධතාවයක් තිබේද?/ Have you had direct contact (as far as you are aware) with anyone who has returned from overseas travel in 2 weeks?	ඔව් Yes නැත. No

I certify that above details are true and correct according to my concern.

Date:.....

Signature:.....

මා විසින් සපයා ඇති ඉහත තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

දිනය:.....

ශිෂ්‍යයාගේ අත්සන:.....

(To be filled by the Public Health Inspector)

I certify that the above named student is known to me and details provided by him/her is true and correct. He/ She has been/has not been diagnosed as a Covid-19 patient/ Contact person of Covid-19 patient. Also, He/ She has been home/ institutional quarantined within last 14 days. According to the prevailing information, there may be no risk in staying this student in the Normal University Hostel.

Signature and Official Seal of Public Health Inspector :

(මහජන සෞඛ්‍යය පරීක්ෂක විසින් පිරවිය යුතුය.)

ඉහත නම් කරන ලද ශිෂ්‍යයා මා දන්නා බවත් ඔහු/ ඇය විසින් සඳහන් කර ඇති ඉහත තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත් සහතික කරමි. ඔහු/ ඇය කොවිඩ් -19 රෝගියකු/ කොවිඩ්-19 රෝගියෙකුගේ ආශ්‍රිතයෙකු ලෙස හඳුනාගෙන ඇති/ නොමැති බව ද සහතික කරමි. එසේම ඔහු/ ඇය පසුගිය දින 14 තුළ නිවසේ / ආයතනික වශයෙන් නිරෝධායනය කර ඇත. / නොමැත. දැනට පවතින තොරතුරු අනුව මෙම ශිෂ්‍යයා විශ්වවිද්‍යාල සාමාන්‍ය නේවාසිකාගාරයක් තුළ රැඳවීම තුළ අවධානම් තත්වයක් ඇති කරනු/ නොකරනු ඇත.

මහජන සෞඛ්‍යය පරීක්ෂකවරයාගේ අත්සන සහ නිලමුද්‍රාව :