*Mẫu 04*

**TỜ KHAI Y TẾ**

**(Dành cho người bệnh có nguy cơ nhiễm COVID-19)**

1. **Thông tin hành chính:**
   * + 1. Họ và tên: ....................................... Nam/Nữ , Năm sinh:.......................................
       2. Chẩn đoán:.........................................................................................................................
       3. Tình trạng sức khỏe hiện tại:.............................................................................................
       4. Mã điều trị:........................................................................................................................
       5. Khoa điều trị:.....................................................................................................................
       6. Nơi ở hiện tại:....................................................................................................................
       7. Số điện thoại liên hệ:.........................................................................................................
       8. Số điện thoại của người nhà:.............................................................................................
2. **Đặc điểm dịch tễ:**
3. Anh/chị có sốt và/hoặc viêm đường hô hấp cấp tính **Và** không lý giải được bằng các nguyên nhân khác **Và/Hoặc** có lịch sử đến/qua/ở/về từ vùng dịch tễ (\*) có bệnh COVID-19 trong vòng 14 ngày gần đây?

|  |
| --- |
| 1. Không |
| 1. Có, ghi rõ...................................................................................................................   Lý do đến:..................................................................................................................  Thời gian gần nhất có mặt tại điểm ghi nhận:...........................................................  *(\* Vùng dịch tễ căn cứ theo danh sách do Bộ Y tế công bố tại thời điểm khai báo và danh sách vùng dịch do Phòng KHTH thông báo qua mail).* |

1. Anh/chị có bất kỳ triệu chứng hô hấp Và tiếp xúc gần (\*\*) với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định COVID-19 trong khoảng 14 ngày trước khi khởi phát các triệu chứng?
2. Không
3. Có, cụ thể: …………………………………………………………………..............

..........................................................................................................................................

(- \*\* Theo Quyết định số 1344/QĐ-BYT ngày 25/3/2020

- Đề nghị khai báo rõ thông tin họ tên, hoàn cảnh tiếp xúc, thời điểm tiếp xúc của bản thân với đối tượng xác định tình trạng F tiếp xúc (F0, F1, F2)).

1. Anh/chị có ở cùng nhà, làm cùng người đi đến/qua/ở/về từ vùng dịch tễ (\*)
2. Không
3. Có, cụ thể:..........................................................................................................
4. Anh/chị có ở cùng nhà/di chuyển cùng phương tiện với người được chẩn đoán hoặc nghi nhiễm COVID-19 (F0, F1) không?
5. Không
6. Có, cụ thể:..........................................................................................................
7. Xác định tình trạng bệnh của bản thân:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. F0 | 1. F1 | 1. F2 | 1. F3 | 1. F4 | 1. Khác |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Hà Nội, ngày tháng năm 2020*  **Người khai báo** |

***Lưu ý***:

* *Nhân viên y tế hỗ trợ người bệnh khai báo thông tin*
* *Khoa khai thác thông tin như trong bản khai báo và tổng hợp theo mẫu 05 gửi về phòng KHTH qua địa chỉ mail lelamytcc@gmail.com*

*Mẫu 05*

**BẢNG TỔNG HỢP DANH SÁCH CÁC TRƯỜNG HỢP LÀ NGƯỜI BỆNH/NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH**

**ĐƯỢC XÁC ĐỊNH/TRƯỜNG HỢP BỆNH NGHI NGỜ/TIẾP XÚC VỚI CÁC TRƯỜNG HỢP F1, F2, F3 DO nCoV/**

**ĐI ĐẾN TỪ CÁC VÙNG DỊCH**

Tên đơn vị: ....................

Ngày báo cáo: / /20

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| STT | Họ và tên | Tuổi | Giới  tính | Chẩn đoán | Địa chỉ nơi ở | Yếu tố dịch tễ, lý do đến vùng dịch tễ | Khoảng thời gian có mặt tại vùng dịch tễ | Tình trạng bệnh (F) | Triệu  chứng | Tình trạng sức khỏe hiện tại | Điện thoại liên hệ | Đề xuất |
| *(1)* | *(2)* | *(3)* | *(4)* | *(5)* | *(6)* | *(7)* | *(8)* | *(9)* | *(10)* | *(11)* | *(12)* | *(13)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hà Nội, ngày tháng năm 2020  **Lãnh đạo đơn vị** |

Ghi chú:

(1) : Ghi số thứ tự

(2) : Ghi đầy đủ họ và tên

(3) : Ghi số tuổi theo năm dương lịch

(4) : Ghi giới tính: 1 nam, 2 nữ

(5) : Ghi rõ chẩn đoán bệnh (ICD)

(6) : Ghi đầy đủ địa chỉ nơi ở (thôn/xã/huyện/tỉnh)

(7) : Ghi đầy đủ các yếu tố dịch tễ liên quan và lý do đến vùng dịch tễ.

(8) : Ghi rõ khoảng thời gian có mặt ở vùng dịch tễ

(9) : Ghi rõ tình trạng F của người bệnh

(10) : Ghi đầy đủ các triệu chứng (sốt, ho, khó thở, viêm phổi...)

(11) : Ghi đầy đủ tình trạng sức khỏe hiện tại tính đến ngày báo cáo (1 - ổn định, 2 - diễn biến nặng, 3 - không rõ)

*(12) : Ghi đầy số điện thoại để liên hệ khi cần thiết*

*(13) : Lãnh đạo đơn vị đề xuất Ban chỉ đạo hướng điều trị cho người bệnh (tiếp tục điều trị, chuyển viện, tạm cho về phép...)*

*Tổng hợp và gửi về mail lelamytcc@gmail.com*