*Mẫu 06*

**TỜ KHAI Y TẾ**

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

1. **Thông tin hành chính:**
   * + 1. Họ và tên: ................................................. Nam/Nữ , Năm sinh:.............................
       2. Nơi ở hiện tại:....................................................................................................................
       3. Là người nhà người bệnh tên:...........................................................................................
       4. Là người nhà người bệnh được chẩn đoán:.......................................................................
       5. Là người nhà người bệnh có mã điều trị:..........................................................................
       6. Là người nhà người bệnh có tình trạng sức khỏe hiện tại:................................................
       7. Là người nhà người bệnh đang điều trị tại khoa:..............................................................
       8. Số điện thoại liên hệ:.........................................................................................................
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 nhà người bệnh khai báo thông tin*
* *Khoa khái thác thông tin như trong bản khai báo và tổng hợp theo mẫu 07 gửi về phòng KHTH qua địa chỉ mail* [*lelamytcc@gmail.com*](mailto:lelamytcc@gmail.com)
* *Khoa tự theo dõi tình trạng sức khỏe của người nhà người bệnh (14 ngày) hoặc đến khi có thông tin tình trạng F của họ giảm nguy cơ, báo cáo ban chỉ đạo khi tình trạng F tăng nguy cơ (ví dụ từ F3 lên F2)*

*Mẫu 07*

**BÁO CÁO DANH SÁCH TRƯỜNG HỢP BỆNH XÁC ĐỊNH /TRƯỜNG HỢP BỆNH NGHI NGỜ/**

**TIẾP XÚC VỚI CÁC TRƯỜNG HỢP F1, F2, F3, F4 DO nCoV/ĐI ĐẾN TỪ CÁC VÙNG DỊCH**

Tên đơn vị: ....................

Ngày báo cáo: / /20

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| STT | Họ và tên | Tuổi | Giới  tính | Địa chỉ nơi ở | Người nhà người bệnh | Người nhà người bệnh được chẩn đoán (ICD) | Tình trạng bệnh | Triệu chứng | Tình trạng sức khỏe hiện tại | Điện thoại |
| *(1)* | *(2)* | *(3)* | *(4)* | *(5)* | *(6)* | *(7)* | *(8)* | *(9)* | *(10)* | *(11)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 đầy đủ địa chỉ nơi ở (thôn/xã/huyện/tỉnh)

(6) : Ghi rõ tên người bệnh đang điều trị tại khoa

(7) : Ghi rõ chẩn đoán của người bệnh

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

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

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

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