

TỜ KHAI Y TẾ

Vì sức khỏe của chính mình và cộng đồng, Ông/bà vui lòng điền các thông tin dưới đây:

Họ và tên:.....Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐

Ngày, tháng, năm sinh:.../.../..... Nghề nghiệp:.....

Địa chỉ: Xã/Phường:.....Quận/Huyện:.....

Tỉnh/Thành phố:

Tên người bảo hộ:..... Số điện thoại:.....

STT	Câu hỏi	Không	Có	Điểm	Ghi chú
Hiện tại, ông/bà có triệu chứng nào sau đây					
1	Sốt ở nhà	☐	☐		Sốt ở nhà hoặc tại BV →1đ
	Sốt khi đo nhiệt độ tại BV (Nhiệt độ đo được là:..... ⁰ C)	☐	☐		
2	Ho	☐	☐		Có →1đ
3	Khó thở	☐	☐		Có →1đ
4	Đau họng	☐	☐		Có →1đ
Trong vòng 14 ngày qua					
5	Ông/bà có tiếp xúc với trường hợp mắc hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19 không?	☐	☐		Có →5đ
6	Người thân trong gia đình ông/bà có tiếp xúc với trường hợp mắc hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19 không?	☐	☐		Có →4đ
7	Ông/bà có:				Các nước có dịch, các tỉnh có dịch →5đ Khác →0đ
	1. Trở về từ nước ngoài không? Nếu có, từ nước:.....	☐	☐		
	2. Đi qua/đến từ các tỉnh ngoài Quảng Bình không? Nếu có, từ tỉnh nào:.....	☐	☐		
8	Người thân trong gia đình ông/bà có:				Các nước có dịch, các tỉnh có dịch →4đ Khác →0đ
	1. Trở về từ nước ngoài không? Nếu có, từ nước:.....	☐	☐		
	2. Đi qua/đến từ các tỉnh ngoài Quảng Bình không? Nếu có, từ tỉnh nào:.....	☐	☐		
Tổng điểm					
Xử trí: 1. Khám thông thường (<4 điểm). 2. Chuyển phòng khám sàng lọc (≥4 điểm).					

Tôi xin cam đoan những thông tin trên là hoàn toàn đúng sự thật, nếu không trung thực tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm.

Ký tên