

TP.Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2020

TỜ KHAI BÁO THÔNG TIN Y TẾ

Để đảm bảo sức khỏe cho bản thân, gia đình và cộng đồng, đề nghị các Anh/chị hoàn tất đầy đủ tờ khai báo thông tin y tế dưới đây.

- Họ và tên:.....
- Ngày tháng năm sinh:.....
- Bộ phận công tác:.....
- Số điện thoại di động:..... Email:.....
- Số điện thoại người thân khi cần liên hệ gấp:.....
- Hộ khẩu thường trú:.....
-
- Chỗ ở hiện tại:.....
-

1. Trong vòng 14 ngày. Anh/chị có đến Quốc gia/ vùng lãnh thổ nào không ? (có thể đi qua nhiều quốc gia)

Có Không

*** Nếu có vui lòng liệt kê các Quốc gia/ vùng lãnh thổ Anh/chị đã đi qua ?**

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

2. Trong vòng 14 ngày trở lại đây. Anh/chị có thấy dấu hiệu nào sau đây không ?

Sốt ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) Ho Khó thở
Viêm phổi Đau họng Mệt mỏi
Không có các triệu chứng trên

3. Trong vòng 14 ngày trở lại đây, Anh/chị có:

Sống/đi/đến vùng xác định có trường hợp mắc bệnh COVID - 19 không ?

Có Không

Chăm sóc trường hợp xác định, hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19 không?

Có Không

Ngồi gần trên cùng chuyến xe/tàu/máy bay...với trường hợp xác định hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19 không?

Có Không

Sống, làm việc cùng trường hợp xác định hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19 không?

Có Không

Tiếp xúc trực tiếp với trường hợp xác định hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19 không?

Có Không

*** Nếu câu trả lời cho một trong các câu hỏi trên là “Có” thì Anh/chị vui lòng ghi rõ địa chỉ cụ thể số nhà, phường - xã, quận – huyện, tỉnh – thành phố:**

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

5. Hiện tại Anh/chị có các bệnh nào dưới đây:

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| Bệnh gan mãn tính | <input type="checkbox"/> |
| Bệnh máu mãn tính | <input type="checkbox"/> |
| Bệnh phổi mãn tính | <input type="checkbox"/> |
| Bệnh thận mãn tính | <input type="checkbox"/> |
| Bệnh tim mạch | <input type="checkbox"/> |
| Huyết áp cao | <input type="checkbox"/> |
| HIV hoặc suy giảm miễn dịch | <input type="checkbox"/> |
| Người nhận ghép tạng, tủy xương | <input type="checkbox"/> |
| Tiểu đường | <input type="checkbox"/> |
| Ung thư | <input type="checkbox"/> |
| Có thai | <input type="checkbox"/> |
| Không có các bệnh trên | <input type="checkbox"/> |

*** Lưu ý:**

Trường hợp nghi ngờ mắc bệnh COVID-19 là trường hợp nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính với các biểu hiện sốt, ho, khó thở và có một trong các yếu tố dịch tễ sau:

- Có tiền sử đến/ở/về từ vùng dịch trong vòng 14 ngày trước khi khởi phát bệnh.
- Tiếp xúc gần (trong vòng 2 mét) với trường hợp mắc hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19.

Tôi cam kết các thông tin khai báo ở trên là đúng sự thật. Nếu sai tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm.

NGƯỜI KHAI BÁO

(Ký, ghi rõ họ tên)