

TỜ KHAI Y TẾ

Đây là tài liệu quan trọng, thông tin của Anh/Chị sẽ giúp cơ quan y tế liên lạc khi cần thiết để phòng, chống dịch Covid-19.

1. Họ tên (viết chữ in hoa):
2. Năm sinh:Giới tính:
3. Địa chỉ:.....
4. Số điện thoại:
5. Số hộ chiếu hoặc giấy thông hành hợp pháp khác (nếu có):
6. Thông tin đi lại: Tàu bay ☐ Tàu thuyền ☐ Ô tô ☐ Khác (nếu có):
Số hiệu phương tiện: Số ghế (nếu có):
7. Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có đi qua/đến từ các quốc gia hoặc vùng có dịch Covid-19 nào không? (nếu có ghi rõ):

8. Trong vòng 14 ngày qua Anh/Chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không?

Triệu chứng	Có	Không	Triệu chứng	Có	Không
▪ Sốt	☐	☐	▪ Nôn/buồn nôn	☐	☐
▪ Ho	☐	☐	▪ Tiêu chảy	☐	☐
▪ Khó thở	☐	☐	▪ Xuất huyết ngoài da	☐	☐
▪ Đau họng	☐	☐	▪ Nổi ban ngoài da	☐	☐

9. Lịch sử phơi nhiễm: Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có:

▪ Anh/Chị có đi qua/đến từ quốc gia hoặc vùng có dịch Covid-19 nào không?	Có ☐ Không ☐
- Nếu có (ghi rõ địa chỉ):.....	
▪ Trực tiếp chăm sóc người bệnh truyền nhiễm	Có ☐ Không ☐

Ghi chú:

- Nhiệt độ hiện tại:.....

- Các nội dung khác:

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

Ngày tháng năm 2020

Đơn vị chủ quản

(Ký và ghi rõ họ tên)

Người học

(Ký và ghi rõ họ tên)