

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 bệnh Covid 19.

- Họ tên (viết chữ in hoa):
- Năm sinh: Giới tính: Nam / Nữ Quốc tịch:
- Số chứng minh thư hoặc hộ chiếu:
- Địa chỉ hiện tại:
- Điện thoại: Email:
- Thẻ bảo hiểm y tế: Có [] Không []. Mã số BHXH:

Hiện tại anh/chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không?

Triệu chứng	Có	Không	Triệu chứng	Có	Không
• Sốt : °C (ghi cụ thể)	[]	[]	• Viêm phổi	[]	[]
• Ho	[]	[]	• Mệt mỏi	[]	[]
• Khó thở	[]	[]	• Triệu chứng khác. Ghi rõ:	[]	[]
• Đau họng	[]	[]			

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

• Tiếp xúc trực tiếp với trường hợp xác định hoặc nghi ngờ nhiễm COVID 19	Có [] Không []
• Tiếp xúc với người tiếp xúc gần với trường hợp bệnh COVID 19 xác định	Có [] Không []
• Tiếp xúc với người có biểu hiện (sốt, ho, khó thở, viêm phổi)	Có [] Không []
• Tiếp xúc với người từ nước có bệnh COVID 19	Có [] Không []
• Đi về hoặc từng qua vùng có dịch của quốc gia, vùng lãnh thổ có dịch COVID 19 (bao gồm cả Việt Nam)	Có [] Không []

Nếu có ghi cụ thể:

- Thời gian: từ ngày /...../..... đến ngày /...../.....
- Địa điểm khởi hành - đến (tỉnh/quốc gia) kèm phương tiện di chuyển (ghi cụ thể theo ngày nếu di chuyển trong nhiều ngày và có nhiều hành trình):
.....
.....
.....

Hiện tại anh/chị có các bệnh nào dưới đây:

- Bệnh gan mãn tính Bệnh tim mạch Người nhận ghép tạng, tủy xương
- Bệnh máu mãn tính Huyết áp cao HIV hoặc suy giảm miễn dịch
- Bệnh phổi mãn tính Tiểu đường Có thai
- Bệnh thận mạn tính Ung thư

Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật, tôi hiểu rằng nếu cung cấp sai thông tin có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng.

Người cung cấp thông tin
(ký, ghi rõ họ tên)

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 bệnh Covid 19.

- Họ tên (viết chữ in hoa):
- Năm sinh: Giới tính: Nam / Nữ Quốc tịch:
- Số chứng minh thư hoặc hộ chiếu:
- Địa chỉ hiện tại:
- Điện thoại: Email:
- Thẻ bảo hiểm y tế: Có [] Không []. Mã số BHXH:

Hiện tại anh/chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không?

Triệu chứng	Có	Không	Triệu chứng	Có	Không
• Sốt : °C (ghi cụ thể)	[]	[]	• Viêm phổi	[]	[]
• Ho	[]	[]	• Mệt mỏi	[]	[]
• Khó thở	[]	[]	• Triệu chứng khác. Ghi rõ:	[]	[]
• Đau họng	[]	[]			

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

• Tiếp xúc trực tiếp với trường hợp xác định hoặc nghi ngờ nhiễm COVID 19	Có [] Không []
• Tiếp xúc với người tiếp xúc gần với trường hợp bệnh COVID 19 xác định	Có [] Không []
• Tiếp xúc với người có biểu hiện (sốt, ho, khó thở, viêm phổi)	Có [] Không []
• Tiếp xúc với người từ nước có bệnh COVID 19	Có [] Không []
• Đi về hoặc từng qua vùng có dịch của quốc gia, vùng lãnh thổ có dịch COVID 19 (bao gồm cả Việt Nam)	Có [] Không []

Nếu có ghi cụ thể:

- Thời gian: từ ngày /...../..... đến ngày /...../.....
- Địa điểm khởi hành - đến (tỉnh/quốc gia) kèm phương tiện di chuyển (ghi cụ thể theo ngày nếu di chuyển trong nhiều ngày và có nhiều hành trình):
.....
.....
.....

Hiện tại anh/chị có các bệnh nào dưới đây:

- Bệnh gan mãn tính Bệnh tim mạch Người nhận ghép tạng, tủy xương
- Bệnh máu mãn tính Huyết áp cao HIV hoặc suy giảm miễn dịch
- Bệnh phổi mãn tính Tiểu đường Có thai
- Bệnh thận mạn tính Ung thư

Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật, tôi hiểu rằng nếu cung cấp sai thông tin có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng.

Người cung cấp thông tin
(ký, ghi rõ họ tên)

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 bệnh Covid 19.

- Họ tên (viết chữ in hoa):
- Năm sinh: Giới tính: Nam / Nữ Quốc tịch:
- Số chứng minh thư hoặc hộ chiếu:
- Địa chỉ hiện tại:
- Điện thoại: Email:
- Thẻ bảo hiểm y tế: Có [] Không []. Mã số BHXH:

Hiện tại anh/chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không?

Triệu chứng	Có	Không	Triệu chứng	Có	Không
• Sốt : °C (ghi cụ thể)	[]	[]	• Viêm phổi	[]	[]
• Ho	[]	[]	• Mệt mỏi	[]	[]
• Khó thở	[]	[]	• Triệu chứng khác. Ghi rõ:	[]	[]
• Đau họng	[]	[]			

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

• Tiếp xúc trực tiếp với trường hợp xác định hoặc nghi ngờ nhiễm COVID 19	Có [] Không []
• Tiếp xúc với người tiếp xúc gần với trường hợp bệnh COVID 19 xác định	Có [] Không []
• Tiếp xúc với người có biểu hiện (sốt, ho, khó thở, viêm phổi)	Có [] Không []
• Tiếp xúc với người từ nước có bệnh COVID 19	Có [] Không []
• Đi về hoặc từng qua vùng có dịch của quốc gia, vùng lãnh thổ có dịch COVID 19 (bao gồm cả Việt Nam)	Có [] Không []

Nếu có ghi cụ thể:

- Thời gian: từ ngày /...../..... đến ngày /...../.....
- Địa điểm khởi hành - đến (tỉnh/quốc gia) kèm phương tiện di chuyển (ghi cụ thể theo ngày nếu di chuyển trong nhiều ngày và có nhiều hành trình):
.....
.....
.....

Hiện tại anh/chị có các bệnh nào dưới đây:

- Bệnh gan mãn tính Bệnh tim mạch Người nhận ghép tạng, tủy xương
- Bệnh máu mãn tính Huyết áp cao HIV hoặc suy giảm miễn dịch
- Bệnh phổi mãn tính Tiểu đường Có thai
- Bệnh thận mạn tính Ung thư

Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật, tôi hiểu rằng nếu cung cấp sai thông tin có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng.

Người cung cấp thông tin
(ký, ghi rõ họ tên)

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 bệnh Covid 19.

- Họ tên (viết chữ in hoa):
- Năm sinh: Giới tính: Nam / Nữ Quốc tịch:
- Số chứng minh thư hoặc hộ chiếu:
- Địa chỉ hiện tại:
- Điện thoại: Email:
- Thẻ bảo hiểm y tế: Có [] Không []. Mã số BHXH:

Hiện tại anh/chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không?

Triệu chứng	Có	Không	Triệu chứng	Có	Không
• Sốt : °C (ghi cụ thể)	[]	[]	• Viêm phổi	[]	[]
• Ho	[]	[]	• Mệt mỏi	[]	[]
• Khó thở	[]	[]	• Triệu chứng khác. Ghi rõ:	[]	[]
• Đau họng	[]	[]			

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

• Tiếp xúc trực tiếp với trường hợp xác định hoặc nghi ngờ nhiễm COVID 19	Có [] Không []
• Tiếp xúc với người tiếp xúc gần với trường hợp bệnh COVID 19 xác định	Có [] Không []
• Tiếp xúc với người có biểu hiện (sốt, ho, khó thở, viêm phổi)	Có [] Không []
• Tiếp xúc với người từ nước có bệnh COVID 19	Có [] Không []
• Đi về hoặc từng qua vùng có dịch của quốc gia, vùng lãnh thổ có dịch COVID 19 (bao gồm cả Việt Nam)	Có [] Không []

Nếu có ghi cụ thể:

- Thời gian: từ ngày /...../..... đến ngày /...../.....
- Địa điểm khởi hành - đến (tỉnh/quốc gia) kèm phương tiện di chuyển (ghi cụ thể theo ngày nếu di chuyển trong nhiều ngày và có nhiều hành trình):
.....
.....
.....

Hiện tại anh/chị có các bệnh nào dưới đây:

- Bệnh gan mãn tính Bệnh tim mạch Người nhận ghép tạng, tủy xương
- Bệnh máu mãn tính Huyết áp cao HIV hoặc suy giảm miễn dịch
- Bệnh phổi mãn tính Tiểu đường Có thai
- Bệnh thận mạn tính Ung thư

Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật, tôi hiểu rằng nếu cung cấp sai thông tin có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng.

Người cung cấp thông tin
(ký, ghi rõ họ tên)

