

TỜ KHAI Y TẾ

1. Họ tên:
 2. Ngày sinh:..... Số CMND/CCCD:.....
 3. Nhập ngũ:..... 4. Đơn vị:
 5. Chỗ ở hiện nay:
 6. Điện thoại liên hệ:

7. Yếu tố phơi nhiễm: Trong vòng 14 ngày qua

* Gia đình, người thân, bạn bè có ai bị hoặc nghi ngờ bị nhiễm Covid-19 (đang bị cách li theo dõi) không ? **Có []**

* Gia đình đồng chí có ai vừa ở nước ngoài về không?

Nếu có, ghi rõ về từ nước nào, số hiệu chuyến bay? **Có** [] **Không** []

* Đồng chí có trực tiếp chăm sóc, phục vụ hoặc tiếp xúc với người bị bệnh truyền nhiễm (có sốt), hoặc đang được cách li điều trị do bị nhiễm hoặc nghi ngờ bị nhiễm Covid-19. **Có** [] **Không** []

* Đồng chí có đi nước ngoài/đi đến địa phương có dịch Covid-19
Nếu có, ghi rõ tên địa phương, quốc gia. **Có** [] **Không** []

[illegible]

* Đồng chí có sử dụng phương tiện giao thông công cộng (máy bay, tàu hỏa, xe khách) không? Nếu có, ghi rõ số hiệu chuyến bay, biển số xe khách, số hiệu tàu hỏa, ngày tham gia.

[] Máy bay
[] Tàu hỏa
[] Xe khách
[] Không

* Đến trang trại chăn nuôi/ chợ buôn bán động vật sống/ cơ sở giết mổ động vật/ tiếp xúc động vật, hoặc có ăn thịt động vật hoang dã? Có [] Không []

8. Trong vòng 14 ngày (tính đến hôm nay) đồng chí có TRIỆU CHỨNG nào sau đây:

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. Tiền sử bệnh tật

Bệnh nền	Có	Không	Bệnh nền	Có	Không
☐ Tiểu đường	[]	[]	☐ Lao/Hen/Viêm phế quản mạn	[]	[]
☐ Bệnh lý tim mạch	[]	[]	☐ Bệnh lý gan/mật	[]	[]
☐ RL chuyển hóa Lipid	[]	[]	☐ Ung thư	[]	[]
☐ Bệnh phổi tắc nghẽn MT	[]	[]	☐ Bệnh lý khác	[]	[]

Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật, nếu sai tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm ./.

Ngày tháng năm 2021

NGƯỜI KHAI

.....