|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ ĐỒNG NAI  **BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG** |  |

**TỜ KHAI BÁO Y TẾ**

*Khuyến cáo: Khai báo thông tin sai là vi phạm pháp luật*

*Việt Nam và có thể xử lý hình sự.*

**Người bệnh** □ **Thân nhân BN □ Khác □**

Họ và tên: Sinh năm:.................... Nam/ Nữ

Người đi kèm: Sinh năm:.................... Nam/ Nữ

CMND/Căn cước/Hộ chiếu: SĐT:

Địa chỉ liên lạc: Số nhà: ........ Đường/KP ......... Phường (xã):

Quận/huyện/TP:.......................................Tỉnh/TP

Anh (chị) vui lòng điền thông tin trong vòng 14 ngày qua vào phiếu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Câu hỏi** | | **Có** | **Không** |
| 1 | Có đến các vùng xác định đang có dịch COVID-19(\*) | | □ | □ |
| 2 | Có sống tại các địa điểm nơi dịch lưu hành (\*) | | □ | □ |
| 3 | Có tiếp xúc gần với | Người bệnh hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19 (do cơ sở y tế chẩn đoán) | □ | □ |
| Người về từ nước có bệnh COVID-19 | □ | □ |
| Người có biểu hiện (sốt, ho, khó thở, đau họng,viêm phổi) | □ | □ |
| 4 | Có thấy xuất hiện các dấu hiệu sau | Sốt ≥ 38 độ | □ | □ |
| Ho | □ | □ |
| Khó thở | □ | □ |
| Đau họng | □ | □ |

(\*) Vùng xác định đang có dịch là nước ngoài và những địa điểm công bố dịch theo Bộ Y tế, ĐỀ NGHỊ GHI RÕ

Tôi cam đoan những nội dung khai báo trên đây là đúng sự thật.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Đồng Nai, ngày tháng năm 2021.*  **NGƯỜI ĐIỀN PHIẾU**  *(ký và ghi rõ họ tên)* |

|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ ĐỒNG NAI  **BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG** |  |

**TỜ KHAI BÁO Y TẾ**

*Khuyến cáo: Khai báo thông tin sai là vi phạm pháp luật*

*Việt Nam và có thể xử lý hình sự.*

**Người bệnh** □ **Thân nhân BN □ Khác □**

Họ và tên: Sinh năm:.................... Nam/ Nữ

Người đi kèm: Sinh năm:.................... Nam/ Nữ

CMND/Căn cước/Hộ chiếu: SĐT:

Địa chỉ liên lạc: Số nhà: ........ Đường/KP ......... Phường (xã):

Quận/huyện/TP:.......................................Tỉnh/TP

Anh (chị) vui lòng điền thông tin trong vòng 14 ngày qua vào phiếu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Câu hỏi** | | **Có** | **Không** |
| 1 | Có đến các vùng xác định đang có dịch COVID-19(\*) | | □ | □ |
| 2 | Có sống tại các địa điểm nơi dịch lưu hành (\*) | | □ | □ |
| 3 | Có tiếp xúc gần với | Người bệnh hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19 (do cơ sở y tế chẩn đoán) | □ | □ |
| Người về từ nước có bệnh COVID-19 | □ | □ |
| Người có biểu hiện (sốt, ho, khó thở, đau họng,viêm phổi) | □ | □ |
| 4 | Có thấy xuất hiện các dấu hiệu sau | Sốt ≥ 38 độ | □ | □ |
| Ho | □ | □ |
| Khó thở | □ | □ |
| Đau họng | □ | □ |

(\*) Vùng xác định đang có dịch là nước ngoài và những địa điểm công bố dịch theo Bộ Y tế, ĐỀ NGHỊ GHI RÕ

Tôi cam đoan những nội dung khai báo trên đây là đúng sự thật.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Đồng Nai, ngày tháng năm 2021.*  **NGƯỜI ĐIỀN PHIẾU**  *(ký và ghi rõ họ tên)* |