**SỞ Y TẾ BẠC LIÊU**

**TRUNG TÂM Y TẾ HỒNG DÂN**

**THÔNG TIN KHAI BÁO Y TẾ BẮT BUỘC**

**DÀNH CHO THÀNH VIÊN TRONG XE CHUYỂN VIỆN**

- Họ tên: ................................................................Tuổi..........................

- Địa chỉ: ...............................................................Điện thoại:................

- Đối tượng: Nhân viên Y tế 🞎; Người nuôi bệnh 🞎 ; Tài xế 🞎

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Nội dung** | **CÓ** | **KHÔNG** |
| **I** | ***Trong vòng 14 ngày qua:***  |   |   |
| 1 | Ông/bà có trở về từ nước ngoài hoặc tỉnh/ thành phố của Việt Nam có dịch bệnh COVID - 19 hay không? Nếu có, ghi rõ ................................................................................................................................................................ |
| 2 | Người nhà ông/bà về từ nước ngoài hoặc tỉnh/ thành phố của Việt Nam có dịch bệnh COVID-19 hay không?  Nếu có, ghi rõ ................................................................................................................................................................ |  |   |
| 3 | Ông/bà có tiếp xúc trực tiếp với người nhiễm/ nghi ngờ nhiễm bệnh COVID -19 hay không?  |  |  |
| 4 | Người nhà ông/bà có tiếp xúc trực tiếp với người nhiễm/ nghi ngờ nhiễm bệnh COVID -19 hay không? |  |  |
| **II** |  ***Hiện tại, ông/bà có triệu chứng nào sau đây không:***  |  |  |
| 1 | Sốt > 380C |  |  |
| 2 | Ho  |  |  |
| 3 | Khó thở  |  |  |
| 4 | Đau họng |  |  |

*Ngày tháng năm 2020*

 (Ký tên, ghi rõ họ tên)