|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| vncuba-logo (1) | SỞ Y TẾ HÀ NỘI  **BỆNH VIỆN HN VIỆT NAM – CU BA** | **Người bệnh tự đến □**  **Người bệnh theo hẹn □**  **Người nhà □**  **Khác** …………………… |

**TỜ KHAI Y TẾ**

***(Cảnh báo: Khai thông tin sai là vi phạm pháp luật Việt Nam, có thể bị xử lý hình sự)***

**1. Thông tin người khai**

a. Họ và tên: …………………………………………………………Năm sinh: ………………Giới: Nam/Nữ

b. Địa chỉ nơi sinh sốngSố…………… Đường phố/Thôn ấp …………………….…………………………

Phường/Xã…………………………………… Quận/huyện: …………………………….………...…………………

Tỉnh/Thành phố: …………………………... Số điện thoại liên hệ ………………………………………………

**2. Các biểu hiện lâm sàng:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Sốt đột ngột >38°C | □ Có | □ Không |
| b. | Ho | □ Có | □ Không |
| c. | Khó thở, tức ngực | □ Có | □ Không |
| d. | Các triệu chứng khác (đau họng, chảy nước mũi,…) | □ Có | □ Không |

Cụ thể …………………………………………………………………………….…………………………………………..

**3. Tiền sử dịch tễ**: Trong vòng **14 ngày** qua, anh/chị có::

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a. | Tiếp xúc trực tiếp với trường hợp **xác định hoặc nghi nhiễm** bệnh Covid-19 không? | □ Có □ Không |
| b. | Tiếp xúc với **người đang cách ly** do nghi nhiễm bệnh Covid-19 không ? | □ Có □ Không |
| c. | **Tiếp xúc với người từ nước** **có bệnh** Covid-19 hoặc tiếp xúc với **người đi từ nước ngoài** về không ? | □ Có □ Không |
| d. | Có sử dụng **đường bay** trong nước và nước ngoài không ? | □ Có □ Không |
| e. | Có sử dụng phương tiện giao thông công cộng hoặc đến chỗ đông người, chỗ có nguy cơ lây nhiễm nhưng **không đeo khẩu trang hoặc không sát khuẩn tay** không ? | □ Có □ Không |
| f. | Đi đến **Bệnh viện Bạch Mai** làm việc học tập, thăm bệnh, khám chữa bệnh,… **từ** **10/3/2020 đến nay** không? | □ Có □ Không |
| g. | Từ ngày 13/3/2020 đến nay, anh/chị có đến **thôn Hạ Lôi, xã Mê Linh**, huyện Mê Linh, Hà Nội không? | □ Có □ Không |
| h. | Từ ngày 3/4/2020 anh/chị có đi **chợ hoa Quảng Bá, Tây Hồ** hoặc **chợ hoa Mê Linh** không? | □ Có □ Không |
| i. | Trong ngày 4/4 và 5/4/2020, anh/chị có đến **Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Bệnh viện Thận Hà Nội, Bệnh viện đa khoa Phúc Yên** không? | □ Có □ Không |

**4. Tiền sử mắc các bệnh mạn tính và các bệnh khác có liên quan:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

***Tôi xin cam đoạn những lời khai trên hoàn toàn đúng sự thật, nếu vi phạm tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | …………*giờ, ngày* ……… *tháng*……… *năm* 2020 | |
| **Bác sỹ khám** | **NVYT sàng lọc (ký ghi rõ tên)** | **Người khai** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| vncuba-logo (1) | SỞ Y TẾ HÀ NỘI  **BỆNH VIỆN HN VIỆT NAM – CU BA** |  |

**MEDICAL DECLARATION FORM**

**1. Case information**

a. Full name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. Date of birth: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c. Gender: 1. Male 2. Female

d. Nationality: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e. Occupation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Contact address:** House number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Street: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Commune/Ward: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ District/Town: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City/Province: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contact phone number:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Clinical symptoms:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Sudden fever >38°C | □ Yes | □ No |
| b. | Coughing | □ Yes | □ No |
| c. | Shortness of breath | □ Yes | □ No |
| d. | Other symptom(s) | □ Yes | □ No |

Details

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Epidemiological history:** In the past 14 days, have you been in contact with?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a. | Covid-19 confirmed or suspected person | □ Yes □ No |
| b. | People from countries with COVID-19 disease | □ Yes □ No |
| c. | People with fever, cough, shortness, of breath, pneumonia | □ Yes □ No |

**5. Which of the following diseases/ condition do you currently have?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a. | Chronic liver disease | □ Yes □ No |
| b. | Chronic blood disease | □ Yes □ No |
| c. | Chronic lung disease | □ Yes □ No |
| d. | Chronic kidney disease | □ Yes □ No |
| e. | Heart-related disease | □ Yes □ No |
| f. | High blood pressure | □ Yes □ No |
| g. | Immunocompromised disease | □ Yes □ No |
| h. | Organ transplantion, bone marrow transplantation | □ Yes □ No |
| i. | Diabetes | □ Yes □ No |
| k. | Cancer | □ Yes □ No |
| l. | Pregnant | □ Yes □ No |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Ha Noi, dated*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Signature of Passenger/ Crew** |