

SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH
TRUNG TÂM KIỂM SOÁT
BỆNH TẬT THÀNH PHỐ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 50.54./TTKSBT-BTN
V/v hướng dẫn triển khai cụ thể
quy trình xử lý F0 tại cộng đồng

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 02 tháng 12 năm 2021

Kính gửi: Trung tâm Y tế thành phố Thủ Đức và quận huyện.

Căn cứ Nghị quyết số 128/NQ-CP ngày 11/10/2021 của Chính phủ về việc ban hành quy định tạm thời “Thích ứng an toàn, linh hoạt, kiểm soát hiệu quả dịch COVID-19”;

Căn cứ Quyết định số 4028/QĐ-UBND ngày 25/11/2021 của Ủy ban nhân dân thành phố Hồ Chí Minh về việc ban hành Quy chế phối hợp quản lý, tổ chức chăm sóc F0 tại nhà và tại Cơ sở thu dung, điều trị COVID-19 trên địa bàn quận huyện, thành phố Thủ Đức;

Thực hiện Công văn số 7963/SYT-NVY ngày 28/10/2021 của Sở Y tế về việc hướng dẫn tạm thời quy trình xử lý F0 tại cộng đồng. Giao Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố hướng dẫn cụ thể cho các đơn vị thực hiện; theo dõi, hỗ trợ việc triển khai quy trình tại các địa phương.

Nay Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố hướng dẫn triển khai cụ thể quy trình xử lý F0 tại cộng đồng như sau:

1. Các bước thực hiện quy trình xử lý F0 tại cộng đồng:

Bước thực hiện	Thời gian	Người thực hiện	Nội dung	Hồ sơ
Bước 1.	Hàng ngày	Chuyên trách được phân công	Thực hiện rà soát và tiếp nhận thông tin F0 mới từ tất cả các nguồn	Lập danh sách F0 mới
Bước 2.	Trong vòng 24 giờ sau khi nhận thông tin F0 mới	Trạm Y tế lưu động phối hợp Tổ chăm sóc người nhiễm COVID-19 cộng đồng Tổ phản ứng nhanh chuyên viện (nếu có)	Tiếp cận hộ gia đình có F0 để đánh giá các điều kiện cách ly tại nhà và đánh giá tình trạng sức khỏe F0: – Nếu có thở nhanh hoặc khó thở hoặc SpO2 dưới 96% thì gọi Tổ phản ứng nhanh đến cấp cứu và chuyển người bệnh vào bệnh viện. – Nếu F0 không có triệu chứng hoặc có triệu chứng nhẹ nhưng không đủ điều kiện cách ly và chăm sóc tại nhà: F0 tự đề nghị địa điểm cách ly phù hợp (tại cơ sở cách ly của doanh nghiệp, cơ sở sản xuất, cơ sở cách ly có thu phí, khu cách ly tập trung của địa phương). – Nếu F0 không có triệu chứng hoặc có triệu chứng nhẹ, đủ điều kiện cách ly và chăm sóc tại nhà thì đưa vào quản lý, chăm sóc tại nhà.	– Phiếu điều tra trường hợp dương tính với SARS-CoV-2 – Biên bản đánh giá đủ điều kiện cách ly người bệnh COVID-19 tại nhà

Bước thực hiện	Thời gian	Người thực hiện	Nội dung	Hồ sơ
Bước 3.	Sau khi xác định hộ gia đình có F0	Đội xét nghiệm	Lấy mẫu xét nghiệm nhanh kháng nguyên cho toàn bộ người sống cùng nhà F0	
Bước 4.	Chẩn đoán sơ bộ “Ổ dịch cộng đồng”	Chuyên trách kiểm dịch phối hợp với Tổ COVID cộng đồng	Rà soát, điều tra khẩn trương thông tin dịch bệnh trong khu vực (việc điều tra sơ bộ dựa trên hiểu biết và thông tin có sẵn đối với khu vực và khảo sát thực tế để khoanh vùng ổ dịch)	
			Nếu có thêm trường hợp “Ổ dịch hộ gia đình” khác trong cùng khu vực thì tiến hành điều tra sơ bộ chẩn đoán “Ổ dịch cộng đồng” dựa trên các tiêu chí (theo Công văn số 7963/SYT-NVY ngày 28/10/2021 của Sở Y tế)	Phiếu điều tra và theo dõi xử lý ổ dịch cộng đồng
			Nếu không có thêm trường hợp “Ổ dịch hộ gia đình” khác trong cùng khu vực thì tiến hành quản lý theo “Ổ dịch hộ gia đình”.	Phiếu điều tra và theo dõi xử lý ổ dịch gia đình
Bước 5.	Hành động khi chẩn đoán sơ bộ có ổ dịch cộng đồng	Ban chỉ đạo phòng chống dịch	Tạm thời phong tỏa khu vực “ổ dịch cộng đồng” (theo phạm vi đã xác định) trong 24 giờ	
		Đội xét nghiệm	Thực hiện xét nghiệm nhanh kháng nguyên trong vòng 02 - 04 giờ cho tất cả người dân trong phạm vi phong tỏa.	
		Tổ COVID cộng đồng	Thông báo cho người dân trong khu vực biết tình hình ổ dịch cộng đồng, hướng dẫn người dân biết và tuân thủ các quy định quản lý ổ dịch.	
Bước 6.	Đánh giá mức độ nguy cơ của ổ dịch cộng đồng	Chuyên trách kiểm dịch	Phân loại nguy cơ của ổ dịch (thấp, cao, rất cao) theo mức độ nguy cơ theo các tiêu chí đánh giá (Công văn số 7963/SYT-NVY ngày 28/10/2021 của Sở Y tế)	Hoàn chỉnh Phiếu điều tra và theo dõi xử lý ổ dịch cộng đồng
Bước 7.	Xử lý ổ dịch cộng đồng	Chuyên trách kiểm dịch	Lập hồ sơ quản lý F0, quản lý ổ dịch	
		Trạm Y tế lưu động; hoặc Tổ chăm sóc người nhiễm	Chăm sóc hộ gia đình F0 cách ly tại nhà	

Bước thực hiện	Thời gian	Người thực hiện	Nội dung	Hồ sơ
		COVID-19 cộng đồng		
		Ban chỉ đạo phòng chống dịch và Tổ COVID cộng đồng	Cung ứng gói an sinh, giám sát việc tuân thủ cách ly của các hộ gia đình trong khu vực phong tỏa	
Bước 8.	Quản lý ổ dịch cộng đồng	Đội xét nghiệm	Lấy mẫu xét nghiệm theo mức độ nguy cơ của ổ dịch	
		Ban chỉ đạo phòng chống dịch và Tổ COVID cộng đồng	Hướng dẫn những việc người dân trong phạm vi ổ dịch cần làm và giám sát việc chấp hành của họ	
		Chuyên trách kiểm dịch	Thường xuyên đánh giá lại tình hình ổ dịch để quyết định mở rộng hoặc thu hẹp phạm vi ổ dịch.	
Bước 9.	Kết thúc theo dõi ổ dịch	Chuyên trách kiểm dịch tham mưu Ban chỉ đạo	Người dân trong phạm vi ổ dịch: kết thúc tùy theo mức độ nguy cơ của ổ dịch	
			Hộ gia đình có F0: Sau 14 ngày xét nghiệm lại toàn hộ gia đình để quyết định kết thúc cách ly. <i>Trong thời gian cách ly, nếu phát hiện thêm F0 trong cùng hộ gia đình thì không tính thêm thời gian cách ly cho những người còn lại trong hộ.</i>	Hoàn tất bộ hồ sơ quản lý F0

2. Quản lý hồ sơ ổ dịch:

- Phiếu điều tra trường hợp dương tính với SARS-CoV-2.
- Phiếu điều tra và theo dõi xử lý ổ dịch hộ gia đình (đối với ổ dịch hộ gia đình).
- Phiếu điều tra và theo dõi xử lý ổ dịch cộng đồng (đối với ổ dịch cộng đồng).

3. Quản lý hồ sơ F0:

- Biên bản đánh giá đủ điều kiện cách ly người bệnh COVID-19 tại nhà.
- Quyết định áp dụng biện pháp cách ly y tế tại nhà/nơi lưu trú đối với F0.
- Bản cam kết cách ly tại nhà.
- Phiếu theo dõi sức khỏe người nhiễm COVID-19 tại nhà hoặc qua “Khai báo y tế điện tử”.
- Giấy xác nhận hoàn thành cách ly y tế.
- Đối với F0 có sử dụng thuốc Molnupiravir.
 - + Danh sách F0 sử dụng thuốc Molnupiravir.
 - + Phiếu khám sàng lọc người bệnh.
 - + Phiếu chấp thuận tham gia chương trình.

Trên đây là hướng dẫn triển khai cụ thể quy trình xử lý F0 tại cộng đồng. Đề nghị các đơn vị triển khai thực hiện ./.

Đính kèm:

- Các mẫu biểu trong hồ sơ quản lý ổ dịch, quản lý F0.
- Biển cảnh báo trước nhà F0 (nền đỏ, chữ vàng).

Nơi nhận:

- Như trên;
- BGD, SYT;
- P.NVY, SYT;
- UBND Tp. Thủ Đức, QH;
- BGD, TTKSBT;
- Lưu VT, KH-NV, PCBTN.
(NTT, TKO-3b)

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC



Lê Hồng Nga

TRUNG TÂM Y TẾ
TRẠM Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT
NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

PHIẾU ĐIỀU TRA TRƯỜNG HỢP DỰNG TÍNH SARS – COV – 2

- Ngày nhận thông tin:...../...../..... - Người nhận thông tin:.....

- Nguồn thông tin:

- ☐ Người dân đến trạm y tế khai báo
- ☐ Ca bệnh được thông báo trên phần mềm CDS
- ☐ Xét nghiệm kiểm soát ổ dịch
- ☐ Khác (ghi rõ).....

1- THÔNG TIN CA F0

- Họ tên: Tuổi: Giới: Nam / Nữ

- Số điện thoại:..... - CCCD / mã định danh:.....

- Địa chỉ: Tổ: KP / ấp:.....

Phường / xã: Quận / huyện: Tỉnh / TP:.....

- Nghề nghiệp:

- Nơi học tập / làm việc:

Địa chỉ: Tổ: KP / ấp:.....

Phường / xã: Quận / huyện: Tỉnh / TP:.....

- Ngày xét nghiệm test nhanh/RT-PCR:..... Kết quả: ☐ âm ☐ dương

- Trong vòng 14 ngày qua, kể từ ngày có triệu chứng/test dương tính trở về trước, đã từng tiếp xúc với người nhiễm hay đi đến nơi có ca nhiễm?

- ☐ Nhà có ca bệnh
- ☐ Có tiếp xúc gần với người bệnh không cùng nhà.

Ghi rõ địa điểm:

- ☐ Có đi đến nơi được biết có nhiều ca bệnh.

Ghi rõ địa điểm:

- Trong trường hợp không triệu chứng, test nhanh dương tính và không có mối liên quan dịch tễ; có gửi mẫu xét nghiệm RT-PCR? ☐ có ☐ không. Nếu có ngày gửi:/...../.....

- Tình trạng tiêm chủng: ☐ 2 mũi ☐ 1 mũi ☐ chưa tiêm

Mũi 1: loại vắc xin ngày tiêm/...../.....

Mũi 2: loại vắc xin ngày tiêm/...../.....

2- ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG F0

- Triệu chứng bệnh: ☐ có ☐ không Nếu có, ngày khởi phát:/...../.....

- Có dấu hiệu suy hô hấp không: ☐ có ☐ không

- Bệnh nền: ☐ có ☐ không; Nếu có:

☐ Béo phì ☐ Cao huyết áp ☐ Tiểu đường ☐ Ung thư ☐ Bệnh phổi mạn ☐ Bệnh gan

☐ Bệnh thận ☐ Bệnh bẩm sinh (hội chứng down) ☐ Bệnh thần kinh ☐ Khác

KẾT LUẬN:

Ca bệnh thuộc loại

1- ☐ F0 quản lý và chăm sóc; cách ly từ ngày/...../..... đến ngày:/...../.....

2- ☐ Không phải là F0 (*)

Cách ly - chăm sóc

1- ☐ Tại nhà

Cấp thuốc: ☐ Gói A ☐ Gói B ☐ Gói C

2- ☐ Tại khu tập trung Ngày chuyển:/...../.....

3- ☐ Chuyển bệnh viện Ngày chuyển:/...../.....

(*) Đây là trường hợp nghi ngờ và không rõ yếu tố dịch tễ, có kết quả xét nghiệm (test nhanh hoặc RT-PCR âm tính ngay lần đầu tiếp nhận).

NHÂN VIÊN Y TẾ

TRẠM Y TẾ

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

1- Xác định ô dịch hộ gia đình

- Địa chỉ: Tô: KP / ấp:.....

- Thông tin ca F0 đầu tiên:

Họ tên: Tuổi:..... Giới: Nam / Nữ

Số điện thoại:..... - CCCD / mã định danh:.....

2- Điều tra ổ dịch hộ gia đình

- Ngày điều tra:/...../.....

- Tổng số người trong nhà: - Số được xét nghiệm:

- Số có kết quả dương tính:..... (phiếu điều tra đính kèm)

- Xử lý ô dịch hộ gia đình:

☐ Quyết định cách ly ☐ Truyền thông cho hộ F0 ☐ Dán bảng trước nhà

○ Phân công nhân viên chăm sóc, giám sát

○ Hỗ trợ an sinh

3 – Theo dõi ổ dịch hộ gia đình

[illegible]

4- Kết thúc cách ly: ngày/...../.....

NHÂN VIÊN Y TẾ

TRUNG TÂM Y TẾ

TRẠM Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

PHIẾU ĐIỀU TRA VÀ THEO DÕI XỬ LÝ Ô DỊCH CỘNG ĐỒNG**1- CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ**

- Phạm vi phong tỏa tạm thời:

- Kết quả xét nghiệm chẩn đoán:

TS hộ	TS dân	TS người lấy được XN	Số F0 mới	Số hộ có F0

2- ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NGUY CƠ

Tiêu chí \ Mức nguy cơ	Mức độ thấp	Mức độ cao	Mức độ rất cao	Kết quả	Đánh giá
1. Tỷ lệ hộ có F0 trong cùng khu vực	<10% (ít nhất 02 hộ)	10% - <30%	≥30%		
2. Mức độ giao lưu trong khu vực	Thấp	Vừa	Cao		
3. Mức độ giao tiếp với bên ngoài khu vực	Thấp	Vừa	Cao		
4. Tỷ lệ tiêm đủ vắc xin	>80%	60% - 80%	<60%		
5. Đã từng là ô dịch trước đó	03 tháng	06 tháng	Trên 06 tháng hoặc chưa từng		

○ Nguy cơ thấp (màu vàng): khi tất cả các tiêu chí đều ở mức độ thấp

○ Nguy cơ rất cao (màu đỏ): khi có 2 trong 3 tiêu chí đầu tiên ở mức độ rất cao

○ Nguy cơ cao (màu cam)

3- QUẢN LÝ Ổ DỊCH THEO MỨC ĐỘ NGUY CƠ

3.1 Xét nghiệm ổ dịch

Lần	Ngày	Số hộ XN	Số người XN	Số F0 mới	Số hộ F0 mới	

3.2 Phong tỏa: Có ☐ Không ☐

3.3 Giám sát ổ dịch

Nguy cơ		Áp dụng
Thấp	Người có kết quả xét nghiệm âm tính được đi lại và sinh hoạt bình thường nhưng không được tham dự những sự kiện tập trung trên 20 người, tự theo dõi sức khỏe và khai báo với trạm y tế địa phương khi có triệu chứng để được xét nghiệm ngay.	
Cao	Người có kết quả xét nghiệm âm tính được đi lại nhưng giới hạn việc giao tiếp, ghi nhớ người và nơi đã giao tiếp nếu có, không được tham dự những sự kiện tập trung trên 10 người, tự theo dõi sức khỏe và khai báo y tế mỗi ngày, xét nghiệm khi có triệu chứng.	
Rất cao	Quản lý nghiêm khu vực phong tỏa, đảm bảo cách ly tuyệt đối nhà với nhà	

NHÂN VIÊN Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

**BIÊN BẢN ĐÁNH GIÁ ĐỦ ĐIỀU KIỆN
CÁCH LY NGƯỜI BỆNH COVID-19 (F0) TẠI NHÀ**

(theo Công văn số 8728/SYT-NVY ngày 23/11/2021 của Sở Y tế về việc cập nhật
"Hướng dẫn gói chăm sóc sức khỏe tại nhà cho người F0" (phiên bản 1.6))

Địa điểm: Ngày ... / ... / ; ... giờ phút

Thành phần đánh giá:

1. Chức vụ..... Đơn vị
2. Chức vụ..... Đơn vị
3. Chức vụ..... Đơn vị
4. Chức vụ..... Đơn vị

I. THÔNG TIN F0 CÁCH LY TẠI NHÀ:

- Họ và tên:..... Ngày sinh:...../...../.....
- BMI (Chiều cao/Cân nặng):..... Số điện thoại:.....
- Địa chỉ cách ly:..... Tổ.....
Khu phố/Áp..... Phường/Xã..... Quận/huyện.....
- Xét nghiệm:
 - o Ngày làm test nhanh có kết quả dương tính:/...../.....
 - o Ngày làm RT – PCR:/...../.... Giá trị CT:.....

II. ĐIỀU KIỆN CÁCH LY TẠI NHÀ:

STT	ĐIỀU KIỆN	ĐẠT	KHÔNG
1.	Là người mắc COVID-19 (F0) có kết quả xét nghiệm RT-PCR hoặc xét nghiệm nhanh kháng nguyên SARS-CoV-2 dương tính		
2.	Hội đủ 02 tiêu chí lâm sàng: (1) Không triệu chứng hoặc triệu chứng lâm sàng ở mức độ nhẹ (không có suy hô hấp: $SpO_2 \geq 96\%$ khi thở khí trời, nhịp thở ≤ 20 lần/phút) (2) Độ tuổi từ 1 đến 50 tuổi, không có bệnh nền, không đang mang thai, không béo phì. Đối với những trường hợp không thỏa điều kiện này vẫn có thể xem xét cách ly tại nhà nếu có bệnh nền ổn định, bảo đảm tiêm		

STT	ĐIỀU KIỆN	ĐẠT	KHÔNG
	đủ 2 mũi hoặc sau 14 ngày kể từ ngày tiêm mũi vắc xin phòng COVID-19 đầu tiên		
3.	Có khả năng tự chăm sóc: người F0 có thể tự chăm sóc bản thân (như ăn uống, tắm rửa, giặt quần áo, vệ sinh,...); biết cách đo thân nhiệt; có khả năng tự dùng thuốc theo đơn thuốc của bác sĩ; có khả năng liên lạc với nhân viên y tế để được theo dõi, giám sát và khi có tình trạng cấp cứu. Trường hợp F0 là trẻ em hoặc người không tự chăm sóc cá nhân được thì cần phải có người hỗ trợ chăm sóc		
4.	Trong gia đình không có người thuộc nhóm nguy cơ (người cao tuổi, có bệnh nền, béo phì, có thai,...)		

III. KẾT LUẬN:

1. ☐ Đủ điều kiện cách ly tại nhà (ĐẠT: Khi các mục 1, 2, 3, 4 đều đạt):

Địa chỉ:

Ngày bắt đầu cách ly: Ngày dự kiến hết cách ly:

2. ☐ Không đủ điều kiện cách ly tại nhà, chuyển:

☐ Khu cách ly F0 quận huyện Cơ sở:

☐ Bệnh viện tầng 2 Bệnh viện:

☐ Bệnh viện tầng 3 Bệnh viện:

Biên bản làm việc kết thúc ngày lúc giờ phút

Đại diện chính quyền địa phương

Đại diện Trạm Y tế

.....
.....
CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số:...../QĐ.....

....., ngày tháng năm 20...

QUYẾT ĐỊNH

**Áp dụng biện pháp cách ly y tế tại nhà/nơi lưu trú đối với
người mắc COVID-19 (F0) trên địa bàn**

BAN CHỈ ĐẠO PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19.....

Căn cứ Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm năm 2007;

Căn cứ Nghị định số 101/2010/NĐ-CP ngày 30/9/2010 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm về áp dụng biện pháp cách ly y tế, cường chế cách ly y tế và chống dịch đặc thù trong thời gian có dịch;

Căn cứ quyết định số 879/QĐ-BYT ngày 12/3/2020 của Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn cách ly y tế tại nhà, nơi lưu trú phòng chống dịch COVID-19”;

Căn cứ Quyết định số 4038/QĐ-BYT ngày 21/8/2021 của Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn tạm thời về quản lý người nhiễm COVID-19 tại nhà;

Căn cứ Công văn số 3043/BCĐ-VX ngày 10/9/2021 của Ban chỉ đạo phòng chống dịch COVID-19 thành phố về việc giám sát người F0 tuân thủ cách ly tại nhà;

Căn cứ Công văn số 8728/SYT-NVY ngày 23/11/2021 của Sở Y tế về việc cập nhật “Hướng dẫn gói chăm sóc sức khỏe tại nhà cho người F0” (phiên bản 1.6);

Căn cứ.....

Theo Biên bản đánh giá đủ điều kiện cách ly tại nhà (Dành cho người bệnh COVID-19 mới phát hiện tại cộng đồng).

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Áp dụng biện pháp cách ly y tế tại nhà/nơi lưu trú đối với:

Ông/Bà:..... Nam/Nữ:.....

Ngày/tháng/năm sinh:...../...../..... Số điện thoại:

Số CMND / CCCD / Hộ chiếu :Quốc tịch.....

Địa chỉ lưu trú:.....

Địa chỉ cách ly:.....

Lý do cách ly: người mắc COVID-19 (F0) điều trị tại nhà/nơi lưu trú.

Ngày xét nghiệm test nhanh/PCR dương tính:/...../.....

Thời gian thực hiện cách ly: 14 ngày, kể từ ngày...../...../..... đến hết ngày...../...../.....

và đến khi có kết quả xét nghiệm test nhanh kháng nguyên hoặc PCR lần cuối cùng âm tính.

Trong thời gian áp dụng biện pháp cách ly y tế tại nhà/nơi lưu trú, Ông/Bà và chủ hộ/người chăm sóc/người ở cùng nhà phải tuân thủ đúng các nội dung đã cam kết về thực hiện các biện pháp cách ly tại nhà phòng, chống bệnh COVID-19. Người mắc COVID-19 khi có dấu hiệu chuyển nặng phải thông báo ngay cho nhân viên y tế để được hướng dẫn và điều trị kịp thời.

Điều 2. Giao.....là đơn vị tiếp nhận và hướng dẫn cách ly y tế theo quy định.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày áp dụng biện pháp cách ly.

Điều 4.chịu trách nhiệm thi hành quyết định này./.

Nơi nhận:

.....

**BAN CHỈ ĐẠO
PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19**

PHỤ LỤC 3

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

....., ngày tháng năm 20...

GIẤY XÁC NHẬN
HOÀN THÀNH CÁCH LY Y TẾ TẠI NHÀ/NƠI LƯU TRÚ

Ban chỉ đạo phòng, chống dịch COVID-19

Căn cứ Quyết định cách ly số :...../QĐ....., ngày.../.../..... **xác nhận:**

Ông/Bà:..... Nam/Nữ:

Ngày/tháng/năm sinh:...../...../..... Số điện thoại:

Số CMND / CCCD / Hộ chiếu : Quốc tịch.....

Địa chỉ lưu trú:.....

Địa chỉ cách ly:.....

Lý do cách ly: người mắc COVID-19 (F0) điều trị tại nhà.

Ngày xét nghiệm test nhanh/PCR dương tính:.....

ĐÃ HOÀN THÀNH CÁCH LY Y TẾ TẠI NHÀ/NƠI LƯU TRÚ:

Thời gian thực hiện cách ly: từ ngày...../...../..... đến hết ngày...../...../.....

Diễn biến sức khỏe trong thời gian cách ly:.....

Kết quả xét nghiệm kể từ ngày áp dụng biện pháp cách ly:

- Lần 1: ngày..... kết quả.....

☐ Test nhanh ☐ PCR

- Lần 2: ngày..... kết quả.....

☐ Test nhanh ☐ PCR

- Lần.....

BAN CHỈ ĐẠO
PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

BẢN CAM KẾT

Thực hiện các biện pháp cách ly tại nhà phòng, chống bệnh COVID-19

Họ và tên người cách ly:

Số CMT/CCCD:.....SĐT:.....

Họ và tên chủ hộ/đại diện người ở cùng nhà:.....

Số CMT/CCCD:.....SĐT:.....

Địa chỉ nhà ở (nơi thực hiện cách ly tại nhà):

.....
.....

I. NGƯỜI CÁCH LY

Tôi có nguyện vọng và cam kết thực hiện đúng các biện pháp cách ly tại nhà cụ thể:

1. Chấp hành nghiêm quy định về cách ly tại nhà. Cách ly đủ số ngày theo quy định. Tiếp tục tự theo dõi sức khỏe tại nhà sau khi kết thúc cách ly tại nhà theo quy định.

2. Không tự ý rời khỏi phòng cách ly trong suốt thời gian cách ly; Không sử dụng chung vật dụng với người khác; Không ăn uống cùng người khác; Không tiếp xúc gần với người khác hoặc vật nuôi.

3. Thực hiện đầy đủ thông điệp 5K phòng, chống dịch bệnh COVID-19 theo hướng dẫn và khuyến cáo của Bộ Y tế.

4. Mang khẩu trang liên tục, rửa tay hoặc sát khuẩn tay thường xuyên.

5. Rửa mũi, súc họng hàng ngày bằng nước muối sinh lý.

6. Thường xuyên tập thở, vận động, nâng cao sức khỏe.

7. Uống đủ nước hoặc nhiều hơn nếu có sốt, tiêu chảy. Không bỏ bữa, tăng cường dinh dưỡng, ăn uống đủ chất, tăng cường trái cây tươi, rau xanh.

8. Phối hợp với nhân viên y tế để được lấy mẫu xét nghiệm SARS-CoV-2 trong quá trình cách ly theo quy định.

9. Khai báo y tế mỗi ngày ít nhất 01 lần hoặc khi có triệu chứng bất thường qua ứng dụng “Y tế HCM” hoặc qua phiếu tự theo dõi sức khỏe.

10. Nơi cách ly phải thông thoáng, không sử dụng máy lạnh trung tâm; thường xuyên làm vệ sinh các bề mặt, vật dụng, nhà vệ sinh.

11. Thường xuyên sát khuẩn tay, khử khuẩn các vật dụng và bề mặt tiếp xúc như mặt bàn, tay nắm cửa, bồn cầu, lavabo,...Phân loại chất thải đúng quy định.

12. Tự theo dõi sức khỏe: Đo thân nhiệt, đếm nhịp thở, đo SpO2 (nếu đo được) ít nhất hai lần một ngày, hoặc khi cảm thấy mệt, khó thở.

13. Có số điện thoại của nhân viên y tế Cơ sở đang quản lý người nhiễm COVID-19 tại nhà để liên hệ khi cần tư vấn, hỗ trợ, tổng đài “1022” hoặc Tổ phản ứng nhanh phường, xã, thị trấn, quận, huyện.

14. Khi có **MỘT** trong các dấu hiệu sau đây cần báo ngay cho Cơ sở đang quản lý người nhiễm COVID-19 tại nhà:

- Khó thở, thở hụt hơi, hoặc ở trẻ em có dấu hiệu thở bất thường: thở rên, rút lõm lồng ngực; pháp phòng cánh mũi khô khè, thở rít thì hít vào.

- Nhịp thở tăng: ≥ 21 lần/phút đối với người lớn; ≥ 40 lần/phút đối với trẻ từ 01 đến dưới 05 tuổi; ≥ 30 lần/phút đối với trẻ từ 05 đến dưới 12 tuổi.
- Độ bão hòa oxy trong máu ngoại vi (SpO2) $< 96\%$ (nếu đo được).
- Mạch nhanh > 120 nhịp/phút hoặc dưới 50 nhịp/phút.
- Huyết áp thấp: Huyết áp tối đa < 90 mmHg, huyết áp tối thiểu < 60 mmHg (nếu đo được).
- Đau tức ngực thường xuyên, cảm giác bó thắt ngực, đau tăng khi hít sâu.
- Thay đổi ý thức: Lú lẫn, ngủ rũ, lơ mơ, rất mệt/mệt lả, trẻ quấy khóc, li bì khó đánh thức, co giật.
- Tím môi, tím đầu móng tay, móng chân, da xanh, môi nhợt, lạnh đầu ngón tay, ngón chân.
- Không thể uống.
- Trẻ có biểu hiện: Sốt trên 38°C , đau rất họng, ho, tiêu chảy, trẻ mệt, không chịu chơi, tức ngực, cảm giác khó thở, SpO2 $< 96\%$ (nếu đo được), ăn bú/kém....

Nếu vi phạm cam kết, tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật và đền bù các chi phí phát sinh do việc tôi không tuân thủ các quy định về cách ly tại nhà.

II. CHỦ HỘ/NGƯỜI CHĂM SÓC/NGƯỜI Ở CÙNG NHÀ

Tôi xin cam kết:

1. Trường hợp cần có người chăm sóc, người chăm sóc phải đeo khẩu trang, kính chắn giọt bắn; vệ sinh tay trước và sau khi chăm sóc.
2. Thường xuyên sát khuẩn tay, khử khuẩn các vật dụng và bề mặt tiếp xúc như mặt bàn, tay nắm cửa, bồn cầu, lavabo, ... Phân loại chất thải đúng quy định.
3. Theo dõi, giám sát, nhắc nhở người cách ly thực hiện đúng các yêu cầu về giám sát y tế phòng, chống dịch COVID- 19, không tự ý rời khỏi phòng cách ly trong suốt thời gian cách ly và cách ly đủ thời gian theo quy định.
4. Không tiếp xúc gần với người cách ly.
5. Không cho người khác vào nhà trong suốt thời gian thực hiện cách ly (trừ người ở cùng nhà, nhân viên y tế và người có thẩm quyền).
6. Phối hợp với nhân viên y tế để được lấy mẫu xét nghiệm SARS-CoV-2 theo quy định.
7. Người chăm sóc không tiếp xúc với người xung quanh, không đi ra ngoài khi không cần thiết và ghi chép đầy đủ các mốc tiếp xúc trong thời gian người bệnh cách ly tại nhà.
8. Người chăm sóc hỗ trợ khai báo y tế mỗi ngày cho người bệnh và cho bản thân ít nhất 01 lần hoặc khi có triệu chứng bất thường qua ứng dụng “Y tế HCM” hoặc qua phiếu tự theo dõi sức khỏe.
9. Báo ngay cho Cơ sở đang quản lý người nhiễm COVID-19 tại nhà khi người bệnh COVID-19 tự ý rời khỏi nhà hoặc có các dấu hiệu chuyển nặng.

Nếu vi phạm cam kết, tôi xin chịu mọi trách nhiệm theo quy định của pháp luật./.

.....ngày.....tháng.....năm.....

NGƯỜI CÁCH LY

CHỦ HỘ/NGƯỜI CHĂM SÓC/NGƯỜI Ở CÙNG NHÀ

BẢNG THEO DÕI SỨC KHỎE NGƯỜI NHIỄM COVID-19 TẠI NHÀ
(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày tháng năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Họ và tên: _____ Sinh ngày: ____/____/____ Giới tính: Nam. Nữ Điện thoại: _____
Họ và tên người chăm sóc: _____ Sinh ngày: ____/____/____ Số điện thoại: _____

TT	↓ Nội dung	Ngày theo dõi →		1		2		3		4		5		6		7		8		8		10		11		12		13		14			
		S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C		
<i>Liên hệ ngay với nhân viên y tế nếu có 1 trong số dấu hiệu sau: SpO2 ≤95%, nhịp thở ≥21 lần/phút, mạch <50 hoặc >120 lần/phút, huyết áp <90/60</i>																																	
1.	Mạch (lần/phút)																																
2.	Nhiệt độ hằng ngày (độ C)																																
3.	Nhịp thở																																
4.	SpO ₂ (%) (nếu có thể đo)																																
5.	Huyết áp tối đa (mmHg) (nếu có thể đo)																																
	Huyết áp tối thiểu (mmHg) (nếu có thể đo)																																
6.	KHÔNG TRIỆU CHỨNG																																
<i>Chú ý đến sức khỏe của bạn. Nếu bạn có bất kỳ triệu chứng nào, hãy viết (C): hoặc (K) là KHÔNG bên dưới cho mỗi triệu chứng hằng ngày.</i>																																	
7.	Mệt mỏi																																
8.	Ho																																
9.	Ho ra đờm																																
10.	Ớn lạnh/gai rét																																
11.	Viêm kết mạc (mắt đỏ)																																
12.	Mất vị giác hoặc khứu giác																																
13.	Tiêu chảy (phân lỏng / đi ngoài)																																
<i>Liên hệ ngay với nhân viên y tế nếu có một trong số các triệu chứng sau</i>																																	
14.	Ho ra máu																																
14.	Thở dốc hoặc khó thở																																
15.	Đau tức ngực kéo dài																																
16.	Lơ mơ, không tỉnh táo																																

Triệu chứng khác: Đau họng, nhức đầu, chóng mặt, chán ăn, buồn nôn và nôn, đau nhức cơ... thêm vào phần "Ghi chú"

Ghi chú:

.....





PHIẾU CHẤP THUẬN THAM GIA
CHƯƠNG TRÌNH SỬ DỤNG THUỐC
MOLNUPIRAVIR CÓ KIỂM SOÁT TẠI CỘNG ĐỒNG
CHO NGƯỜI MẮC COVID-19 TRIỆU CHỨNG NHẸ



+ Họ tên người F0: Số điện thoại:

Hiện ngụ tại :

+ Họ tên người thân (nếu có): SĐT người thân:

Đang cách ly tại: ☐ Nhà ☐ Khu cách ly ☐ BV Dã Chiến

Tôi đồng ý tham gia vào *Chương trình sử dụng thuốc Molnupiravir có kiểm soát tại cộng đồng cho người mắc COVID-19 có triệu chứng nhẹ* và **CAM KẾT** thực hiện đúng tất cả những nội dung sau đây:

- Sử dụng thuốc đúng mục đích của chương trình và không chia sẻ cho người khác (kể cả người thân). Trong trường hợp không sử dụng hết thuốc của chương trình, phải hoàn trả lại cho nhân viên Y tế địa phương (có xác nhận bên giao – bên nhận).
- Kiểm tra đúng tên thuốc Molnupiravir trước khi nhận và Sử dụng thuốc theo đúng hướng dẫn của nhân viên y tế.
- Không đang có thai, không cho con bú trong thời gian sử dụng thuốc (đối với nữ); VÀ phải áp dụng các biện pháp tránh thai hiệu quả trong vòng 100 ngày kể từ ngày cuối cùng sử dụng thuốc (đối với cả nam và nữ).
- Trong quá trình sử dụng thuốc nếu có tác dụng phụ không mong muốn sẽ báo ngay với Trạm Y tế địa phương. Không tự ý dùng sai liều.
- Chịu hoàn toàn trách nhiệm về việc sử dụng thuốc không đúng mục đích, không đúng hướng dẫn và cam kết khi tham gia Chương trình.
- Không tham gia đồng thời với bất kỳ Chương trình/Nghiên cứu nào khác có sử dụng Molnupiravir.

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2021
NGƯỜI THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH
(ký và ghi rõ họ tên)

.....

Mã bệnh nhân:

.....



Phiếu sàng lọc người bệnh

CHƯƠNG TRÌNH SỬ DỤNG THUỐC MOLNUPIRAVIR CÓ KIỂM SOÁT TẠI CỘNG ĐỒNG CHO NGƯỜI MẮC COVID-19 TRIỆU CHỨNG NHẸ



THÔNG TIN CHUNG CỦA NGƯỜI BỆNH

Họ và tên*:.....Năm sinh*:.....Giới tính*:.....

Số điện thoại*:.....Địa chỉ*:.....

TÔI THỎA MÃN TẤT CẢ CÁC ĐIỀU KIỆN SAU:

1. Người bệnh tuổi **từ 18 trở lên**.
2. Người bệnh có test RT-PCR hoặc test nhanh kháng nguyên với SARS-CoV-2 dương tính
3. Người bệnh mắc COVID-19 mức độ **nhẹ** với có các dấu hiệu, triệu chứng theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam (theo Quyết định 3416/QĐ-BYT ngày 14/7/2021), cụ thể như sau:
 - viêm đường hô hấp trên cấp tính, với các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu như sốt, ho khan, đau họng, nghẹt mũi, mệt mỏi, đau đầu, đau mỏi cơ, tê lưỡi.
 - Không có các dấu hiệu viêm phổi hoặc thiếu Oxy, nhịp thở ≤ 20 lần/phút, $SpO_2 \geq 96\%$ khi thở khí trời
4. Người bệnh có thể dùng thuốc bằng đường uống.
5. **KHÔNG** quá mẫn hoặc chống chỉ định với bất kỳ thành phần nào của thuốc hoặc với bất kỳ thuốc cùng nhóm với thuốc trong chương trình.
6. **KHÔNG** ở giai đoạn cấp mắc virus viêm gan B hoặc virus viêm gan C hoặc xơ gan, bệnh gan giai đoạn cuối, ung thư biểu mô tế bào gan.
7. **KHÔNG** có tiền sử viêm tụy cấp trong vòng 3 tháng trước khi tham gia chương trình hoặc tiền sử viêm tụy mạn.
8. **KHÔNG** tổn thương thận cấp hoặc suy thận nặng hoặc phải chạy thận nhân tạo trong quá trình sử dụng thuốc.
9. Không đang có thai, không cho con bú trong thời gian sử dụng thuốc (đối với nữ); VÀ phải áp dụng các biện pháp tránh thai hiệu quả trong vòng 100 ngày kể từ ngày cuối cùng sử dụng thuốc (cả nam và nữ).
10. **KHÔNG** đang sử dụng thuốc kháng đông, kháng viêm.
11. Không tham gia đồng thời với bất kỳ Chương trình/Nghiên cứu nào khác có sử dụng Molnupiravir.

TP.HCM, ngày.....tháng.....năm 2021

Người bệnh ký tên

Người bệnh có bất kỳ tình trạng nào mà nhân viên y tế cho rằng người bệnh không nên tham gia chương trình: ☐ Không ☐ Có, nêu rõ:.....

TP.HCM, ngày.....tháng.....năm 2021

NVYT ký tên

BIÊN CẢNH BÁO TRƯỚC NHÀ F0
(NỀN ĐỎ, CHỮ VÀNG)

Ban Chỉ đạo phòng, chống dịch COVID-19
Phường/Xã..... Quận/Huyện.....
.....

ĐỊA ĐIỂM CÁCH LY Y TẾ
PHÒNG, CHỐNG DỊCH COVID-19

Thời gian cách ly: từ ngày/...../20..... đến ngày
...../...../20.....

Đường dây nóng của Trạm Y tế:

