**${donvi}**

**KHOA:**${khoaphonglamviec}

**TỜ KHAI Y TẾ**

***(Yêu cầu khai trung thực và chịu trách nhiệm trước pháp luật về lời khai)***

Họ và tên bệnh nhân:${hovaten}Ngày, tháng năm sinh: ${ngaysinh}/${thangsinh}/${namsinh}

Họ và tên người nhà 1: ${nguoithan1}

Họ và tên người nhà 2: ${nguoithan2}

Số điện thoại: ${sodienthoai}

Địa chỉ: ${diachi}, ${xaphuonghktt}, ${quanhuyenhktt}, ${tinhthanhphohktt}

**1.Tiền sử dịch tễ:**

Có tiền sử tiếp xúc với người nghi nhiễm Covid-19 trong vòng 14 ngày: ${yeutodichte\_tiepxucduongtinh}

1. **Trong vòng 14 ngày qua Anh/Chị/Cháu có biểu hiện lâm sàng nào sau đây không**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Triệuchứng** | **Bệnh nhân** | | **Người nhà 1** | | **Người nhà 2** | |
| ***Có*** | ***Không*** | ***Có*** | ***Không*** | ***Có*** | ***Không*** |
| Sốt | ${dauhieu\_sot\_1} | ${dauhieu\_sot\_} |  |  |  |  |
| Ho | ${dauhieu\_ho\_1} | ${dauhieu\_ho\_} |  |  |  |  |
| Mệt mỏi, đau người | ${dauhieu\_daumoi\_1} | ${dauhieu\_daumoi\_} |  |  |  |  |
| Giảm hoặc mất vị giác, khứu giác | ${dauhieu\_matvigiac\_1} | ${dauhieu\_matvigiac\_} |  |  |  |  |

**3.Trong vòng 14 ngày qua Anh/Chị/Cháu có sống hoặc đã đến:**

|  |
| --- |
| **Dịch tễ** |
|
| ${yeutodichte\_quocgiadiadiem} |

**Cam kết của người khai:** ………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………

*Hải Dương, ngày ${ngay} tháng ${thang} năm ${nam}*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NGƯỜI KHAI** | **TỔ CTXH** | **KHOA KHÁM BỆNH** | **KHOA LÂM SÀNG** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |