|  |  |
| --- | --- |
| HỌC VIỆN KỸ THUẬT QUÂN SỰ | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** |
| **PHÒNG (KHOA, TIỂU ĐOÀN,...)...** | **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**TỜ KHAI Y TẾ BẮT BUỘC ĐỐI VỚI QUÂN NHÂN**

1. Họ tên (viết chữ in hoa): ................................................................................................................................

2. Năm sinh:................. Giới tính: .......................... Số CMND/CMT Quân đội:............................................

3. Đơn vị:..................................................................................................... 4. Cấp bậc:..............................

5. Nơi đăng ký nghỉ phép:................................................................................................................................

6. Điện thoại: ........................................Email: ...................................................................................................

**7. Yếu tố phơi nhiễm (trong vòng 14 ngày tính đến hôm nay):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| STT | Yếu tố phơi nhiễm | Có | Không |
| 1 | Đến/ở/về từ nước ngoài?  Nếu có ghi rõ tên nước, thời gian:………………………………………..  ……………………………………………………………………………. |  |  |
| 2 | Đến/ở/về từ vùng có dịch, các địa điểm đang được cách ly theo thông báo Bộ Y tế. Ghi rõ địa chỉ, thời gian:…………………………………..  ……………………………………………………………………………. |  |  |
| 3 | Đồng chí có đến các địa điểm theo các thông báo Bộ Y tế không?  Nếu có ghi rõ địa chỉ, thời gian:…………………………………….........  …………………………………………………………………………… |  |  |
| 4 | Có sử dụng phương tiện giao thông công cộng hoặc đến chỗ đông người có nguy cơ lây nhiễm SARS – CoV2 trong vòng 2 tuần qua  Ghi rõ thông tin chi tiết về phương tiện, thời gian:………………………  …………………………………………………………………………… |  |  |
| 5 | Đồng chí có tiếp xúc gần với các đối tượng F0, F1, F2 không?  Nếu có, Ghi rõ mình thuộc F nào, của bệnh nhân nào? Thời gian tiếp xúc lần cuối (với F0,F1,F2):...........................................................................  …………………………………………………………………………… |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Triệu chứng** | **Có** | **Không** | **Triệu chứng** | **Có** | **Không** |
| \*Sốt |  |  | \*Nôn/buồn nôn |  |  |
| \*Ho |  |  | \*Tiêu chảy |  |  |
| \*Khó thở |  |  | \*Xuất huyết ngoài da |  |  |
| \*Đau họng |  |  | \*Nổi ban ngoài da |  |  |

**8. Trong vòng 14 ngày (tính đến hôm nay) đồng chí có TRIỆU CHỨNG nào sau đây**

**9. Tiền sử bệnh tật (nếu có):**………………………………….………………………………………………

**10. Yếu tố dịch tễ khác (nếu có**): ……………………………………………………………………………..

***Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật, nếu sai tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước chỉ huy đơn vị./.***

*Ngày tháng năm 2021*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **NGƯỜI KÊ KHAI** |
|  |  |  |
|  |  |  |