

**PHỤ LỤC 6**  
**BẢNG THEO DÕI SỨC KHOẺ NGƯỜI NHIỄM COVID-19 TẠI NHÀ**

Họ và tên:..... Sinh ngày: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Giới tính: ☐ Nam. ☐ Nữ Điện thoại:.....  
Họ và tên người chăm sóc (nếu có):..... 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
	<b>Liên hệ ngay với nhân viên y tế nếu có 1 trong số dấu hiệu sau:</b> <b>SpO<sub>2</sub> ≤95%, nhịp thở ≥21 lần/phút, mạch &lt;50 hoặc &gt;120 lần/phút, huyết áp &lt;90/60</b>															
1.	Mạch (lần/phút)															
2.	Nhiệt độ hằng ngày (độ C)															
3.	Nhịp thở															
4.	SpO <sub>2</sub> (%) (nếu có thể đo)															
5.	Huyết áp tối đa (mmHg)															
	Huyết áp tối thiểu (mmHg)															
6.	KHÔNG TRIỆU CHỨNG															
	<b>Chú ý đến sức khỏe của bạn. Nếu bạn có bất kỳ triệu chứng nào, hãy viết (C): hoặc (K) là KHÔNG bên dưới hằng ngày.</b>															
7.	Mệt mỏi															
8.	Ho															
9.	Ho ra đờm															
10.	Ốn lạnh/gai rét															
11.	Viêm kết mạc (mắt đỏ)															
12.	Mất vị giác hoặc khứu giác															
13.	Tiêu chảy (phân lỏng / đi ngoài)															
	<b>Liên hệ ngay với nhân viên y tế nếu có một trong số các triệu chứng sau</b>															
14.	Ho ra máu															
14.	Thở dốc hoặc khó thở															
15.	Đau tức ngực kéo dài															
16.	Lơ mơ, không tỉnh táo															

