

SỞ Y TẾ QUẢNG TRỊ
TRUNG TÂM Y TẾ QUÂN DÂN Y
HUYỆN ĐẢO CÔN CỎ
Số: 08/ CV- TTYT

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

V/v tiếp tục thực hiện các biện pháp phòng, chống COVID-19 trong tình hình mới trên địa bàn huyện.

Côn Cỏ, ngày 31 tháng 07 năm 2020

HỎA TỐC

Kính gửi: Các Phòng ban, cơ quan, đơn vị trên địa bàn.

Căn cứ chỉ thị 11/CT- UBND ngày 30 tháng 7 năm 2020 của UBND tỉnh Quảng Trị về việc tiếp tục thực hiện các biện pháp phòng, chống dịch COVID- 19 trong tình hình mới trên địa bàn tỉnh Quảng Trị.

Từ ngày 25/7/2020 đến nay tại thành phố Đà Nẵng và một số tỉnh, thành phố khác đã ghi nhận nhiều trường hợp nhiễm vi rút SARS – CoV 2. Theo số liệu thống kê chưa đầy đủ, trong những ngày gần đây tỉnh Quảng Trị có hơn 10.000 người trở về từ Đà Nẵng. Trong đó có các cá nhân làm việc tại địa bàn huyện đi du lịch từ địa bàn có dịch về và trong thời gian vừa qua có đoàn khách du lịch ở Đà Nẵng ra thăm đảo. Trước tình hình diễn biến dịch COVID – 19 rất phức tạp, nhằm kịp thời ngăn chặn, không để dịch xâm nhập lên đảo, và lan rộng ra cộng đồng.

Trung tâm Y tế quân dân y huyện đảo Côn Cỏ kính đề nghị các phong ban, cơ quan, đơn vị trên địa bàn. Khai thông tin y tế cá nhân (có mẫu kèm theo) và nộp về Trung tâm y tế huyện trước 16h ngày 31/7/2020.

Để công tác phòng chống dịch đạt hiệu quả cao kính đề nghị lãnh đạo các phong ban, cơ quan, đơn vị phối hợp chỉ đạo. Có vướng mắc xin liên lạc Đ/C.Phong Điện thoại: 0917.815.234 Gmail:nhatphongphcn@gmail.com.

Trân trọng cảm ơn./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- UBND huyện(báo cáo);
- Lưu: VT.

PHỤ TRÁCH TRUNG TÂM



Lê Văn Danh

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

TỜ KHAI Y TẾ BẮT BUỘC ĐỐI VỚI CÔNG DÂN

1. Họ và tên (viết chữ in hoa).....

2. Năm sinh:..... Giới tính:.....Số CMND:.....

3. Đơn vị:.....

4. Chỗ ở hiện nay:.....

5.Điện thoại:..... Email.....

6. Yếu tố phơi nhiễm trong vòng 14 ngày qua:

* Gia đình, người thân, bạn bè có ai bị hoặc nghi ngờ bị nhiễm COVID-19 (đang bị cách li theo dõi) không? Có Không

* Gia đình có ai vừa đi nước ngoài về không?
Nếu có, ghi rõ về từ nước nào, số hiệu chuyến bay Có Không

* Có trực tiếp chăm sóc, phục vụ hoặc tiếp xúc với người bị bệnh truyền nhiễm (có sốt) Hoặc đang cách li điều trị do bị nhiễm hoặc nghi ngờ bị nhiễm COVID-19 Có Không

* Có đi nước ngoài/ đi đến địa phương có dịch COVID-19 không?
Nếu có ghi rõ tên địa phương, Quốc gia..... Có Không

*Có sử dụng phương tiện giao thông công cộng (máy bay,tàu hỏa, xe khách) đi ra,vào vùng dịch không?
Nếu có, ghi rõ số hiệu chuyến bay, biển số xe, số hiệu tàu hỏa ngày tham gia.....

Máy bay

Xe khách

Tàu hỏa

7. Trong vòng 14 ngày (tính đến hôm nay) công dân có triệu chứng nào sau đây:

Triệu chứng	Có	Không	Triệu chứng	Có	Không
Sốt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nôn/ buồn nôn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiêu chảy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Xuất huyết	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đau họng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nổi ban ngoài da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Tiền sử bệnh tật

Bệnh nền	Có	Không	Bệnh nền	Có	Không
Tiểu đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lao hen viêm phế quản	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh lý tim mạch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh lý gan mạch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rối loạn chuyển hóa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ung thư	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bệnh lý khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh phổi tắc nghẽn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Nếu bạn xác định CÓ ở mục 6 và 7 vui lòng liệt kê lịch trình di chuyển của mình:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tôi xin cam kết những thông tin trên là đúng sự thật, nếu sai tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật./.

Ngày tháng năm 2020
NGƯỜI KHAI BÁO