CÁC PHỤ LỤC

Gửi kèm hướng dẫn số 4320 /HD-SYT ngày 30 tháng 12 năm 2021 của Sở Y tế)

PHỤ LỤC 01.

DANH MỤC CÁC BỆNH NỀN (CÓ NGUY CƠ GIA TĂNG MỨC ĐỘ NẶNG KHI MẮC COVID-19)

1. Đái tháo đường
2. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và các bệnh phổi khác
3. Ung thư (đặc biệt là các khối u ác tính về huyết học, ung thư phổi và bệnh ung thư di căn khác).
4. Bệnh thận mạn tính
5. Ghép tạng hoặc cấy ghép tế bào gốc tạo máu
6. Béo phì, thừa cân
7. Bệnh tim mạch (suy tim, bệnh động mạch vành hoặc bệnh cơ tim)
8. Bệnh lý mạch máu não
9. Hội chứng Down
10. HIV/AIDS
11. Bệnh lý thần kinh (bao gồm cả chứng sa sút trí tuệ)
12. Bệnh hồng cầu hình liềm, bệnh thalassemia, bệnh huyết học mạn tính khác
13. Hen phế quản
14. Tăng huyết áp
15. Thiếu hụt miễn dịch
16. Bệnh gan
17. Rối loạn do sử dụng chất gây nghiện
18. Đang điều trị bằng thuốc corticosteroid hoặc các thuốc ức chế miễn dịch khác.
19. Các bệnh hệ thống.
20. Bệnh lý khác đối với trẻ em: Tăng áp phổi nguyên hoặc thứ phát, bệnh tim bẩm sinh, rối loạn chuyển hóa di truyền bẩm sinh, rối loạn nội tiết bẩm sinh-mắc phải.

PHỤ LỤC 02:

DANH SÁCH QUẢN LÝ NGƯỜI NHIỄM COVID-19 TẠI NHÀ

Trang bìa

TÊN CƠ SỞ Y TẾ

DANH SÁCH QUẢN LÝ
NGƯỜI NHIỄM COVID-19 TẠI NHÀ

Năm 20….

DANH SÁCH QUẢN LÝ NGƯỜI NHIỄM COVID-19 TẠI NHÀ

Trang bên trái

STT	Họ và tên người nhiễm COVID-19	Ngày tháng năm sinh	Giới	Địa chỉ	Điện thoại người nhiễm

DANH SÁCH QUẢN LÝ NGƯỜI NHIỄM COVID-19 TẠI NHÀ

Trang bên phải

Họ và tên người nhà	Điện thoại người nhà	Ngày xác định nhiễm COVID-19	Ngày kết thúc quản lý tại nhà	Ngày chuyển viện và nơi chuyển đến	Tử vong

PHỤ LỤC 03.

BẢNG THEO DÕI SỨC KHỎE NGƯỜI NHIỄM COVID 19 TẠI NHÀ

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
	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.																												
1.	**Mạch (lần/phút)**																												
2.	**Nhiệt độ hàng 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**																												
	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.																												
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)																												

	Liên hệ ngay với nhân viên y tế nếu có một trong số các triệu chứng sau																												
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:

……

……

PHỤ LỤC 04.

MẪU CAM KẾT NGƯỜI BỆNH NHIỄM COVID-19 ĐIỀU TRỊ TẠI NHÀ VÀ CAM KẾT CỦA CHỦ HỘ, NGƯỜI Ở CÙNG NHÀ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BẢN CAM KẾT

Người nhiễm COVID-19 điều trị tại nhà phòng, chống bệnh COVID-19

Họ và tên người bệnh:……

Số CMT/CCCD:……. Điện thoại: ……

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

Số CMT/CCCD……Điện thoại: ……..

Địa chỉ nhà ở (nơi điều trị tại nhà): ……..

……

I. NGƯỜI NHIỄM COVID-19

Tôi xin cam kết thực hiện tốt các biện pháp phòng, chống dịch COVID-19 để điều trị tại nhà cụ thể như sau:

1. Chấp hành nghiêm quy định về điều trị, cách ly tại nhà.

2. Tuyệt đối không ra khỏi nhà, nơi lưu trú trong suốt thời gian điều trị, cách ly.

3. Thực hiện đầy đủ Thông điệp 5K phòng, chống dịch bệnh COVID-19 theo hướng dẫn và khuyến cáo của Bộ Y tế. Cài đặt, bật bluetooth hàng ngày trên ứng dụng PC- COVID trong suốt thời gian điều trị, cách ly tại nhà. Thực hiện thông báo cho cán bộ y tế khi có ho, sốt, đau rát họng, khó thở.

4. Phối hợp với cán bộ y tế để được lấy mẫu xét nghiệm SARS-CoV-2 trong quá trình điều trị, cách ly theo quy định.

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 điều trị, cách ly y tế tại nhà.

II. CHỦ HỘ/ĐẠI DIỆN NGƯỜI Ở CÙNG NHÀ

Tôi xin cam kết:

1. Đảm bảo đủ điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị đáp ứng yêu cầu điều trị người bệnh COVID-19 tại nhà. Thực hiện vệ sinh khử khuẩn và thu gom rác thải hàng ngày.

2. Theo dõi, giám sát, nhắc nhở người bệnh COVID-19 điều trị, cách ly thực hiện đúng các yêu cầu về phòng, chống dịch COVID-19, không ra khỏi nhà và cách ly đủ thời gian theo quy định.

3. Không tiếp xúc gần với người bệnh đang điều trị, cách ly.

4. Không cho người khác vào nhà trong suốt thời gian thực hiện điều trị, cách ly y tế (trừ nhân viên y tế và người có thẩm quyền giám sát cách ly y tế).

5. Tự theo dõi sức khỏe. Khi có biểu hiện nghi ngờ như ho, sốt, đau rát họng, khó thở thì phải báo ngay cho cán bộ y tế.

6. Thực hiện Thông điệp 5K của Bộ Y tế. Cài đặt, bật bluetooth hàng ngày trên ứng dụng PC-COVID trong suốt thời gian có người cách ly tại nhà.

7. Phối hợp với cán bộ y tế để được lấy mẫu xét nghiệm SARS-CoV-2 theo quy định.

8. 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 có người cách ly tại nhà.

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

....., ngày.... tháng .... năm 202...

Người cách ly, điều trị	**Chủ hộ/Đại diện người cùng nhà**	**Tổ dân phố/thôn**	**UBND cấp xã**

PHỤ LỤC 05.

VỆ SINH KHỬ KHUẨN, QUẢN LÝ CHẤT THẢI

1. Vệ sinh khử khuẩn môi trường

- Thực hiện vệ sinh môi trường, khử khuẩn tối thiểu 2 lần/ngày tại các vị trí: Sàn nhà, sàn khu vệ sinh và bề mặt thường xuyên tiếp xúc như bàn, ghế, thành giường, tủ quần áo, tủ lạnh, tay nắm cửa, bồn cầu, lavabo, vòi nước, ...
- Phải làm sạch bề mặt, đồ dùng, vật dụng trước khi tiến hành khử khuẩn. Người chăm sóc trẻ phải được hướng dẫn thực hiện và đeo khẩu trang, găng tay khi thực hiện làm sạch, khử khuẩn bề mặt môi trường.
- Dung dịch làm sạch và khử trùng bằng chất tẩy rửa thông thường và cồn 70 độ. Thường xuyên sử dụng cồn 70 độ để lau các bề mặt các thiết bị điện, điện tử như công tắc đèn, điều khiển ti vi, điện thoại,... Trước khi lau phải tắt nguồn điện.

2. Khử khuẩn quần áo, đồ dùng của người cách ly

- Giặt riêng quần áo của người cách ly. Tốt nhất giặt ngay trong phòng cách ly và phơi khô tự nhiên hoặc sấy.
- Trước khi giặt, phải ngâm đồ vải với xà phòng giặt trong tối thiểu 20 phút.

3. Quản lý chất thải từ phòng cách ly

- Phân loại: Tất cả chất thải rắn phát sinh tại phòng cách ly, điều trị F0 được coi là chất thải lây nhiễm. Chất thải phải được bỏ vào túi đựng chất thải (túi nilon màu vàng), buộc chặt miệng túi, sau đó xịt cồn 70 độ để khử trùng. Tiếp đó bỏ vào thùng đựng chất thải có nắp đậy kín ở trong phòng cách ly, điều trị; có lót túi nilon đựng chất thải, mở nắp thùng bằng đạp chân. Bên ngoài thùng có dán nhãn chất thải y tế.
- Thu gom: trước khi thu gom, túi đựng chất thải phải buộc kín miệng túi và tiếp tục bỏ vào túi đựng chất thải lây nhiễm thứ 2, buộc kín miệng túi, sau đó bỏ vào thùng thu gom chất thải lây nhiễm. Thùng thu gom chất thải lây nhiễm phải có thành cứng, có nắp đậy kín, có bánh xe đẩy, bên ngoài thùng có dán nhãn **"CHẤT THẢI CÓ NGUY CƠ CHỨA SARS-CoV-2"**. Các chất thải khác thực hiện thu gom và xử lý theo quy định của Bộ Tài nguyên và Môi trường. Các thùng đựng chất thải phải được thu gom riêng. Trong quá trình thu gom, thùng đựng chất thải phải đậy nắp kín, đảm bảo không bị rơi, rò rỉ chất thải ra ngoài.

- Vận chuyển, xử lý chất thải: UBND cấp huyện căn cứ vào điều kiện cụ thể của địa phương để quy định tần suất thu gom, người chịu trách nhiệm thu gom, phương tiện vận chuyển, biện pháp xử lý chất thải của người cách ly bảo đảm yêu cầu.

PHỤ LỤC 06.

MẪU BẢN CAM KẾT CHO NGƯỜI CHĂM SÓC, HỖ TRỢ NGƯỜI CÁCH LY

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

BẢN CAM KẾT
Thực hiện các biện pháp phòng, chống dịch COVID-19

Họ và tên người F0: ……
Số CMT/CCCD:…… …… Điện thoại……..
Họ và tên người chăm sóc, hỗ trợ: ……..…
Số CMT/CCCD: …… Điện thoại: ……
Tôi là người chăm sóc, hỗ trợ người cách ly tại nhà tại địa chỉ:
……
……
Tôi xin cam kết thực hiện các biện pháp phòng, chống dịch COVID-19 cụ thể như sau:

1. Hướng dẫn cho người F0 và bản thân thực hiện nghiêm Thông điệp 5K, các biện pháp phòng, chống dịch theo quy định.
2. Cài đặt và sử dụng các phần mềm khai báo y tế điện tử. Thực hiện theo dõi sức khỏe, đo thân nhiệt cho người cách ly và bản thân. Thực hiện khai báo y tế hàng ngày và thông báo cho cán bộ y tế hàng ngày và khi bản thân hoặc người cách ly có ho, sốt, đau rát họng, khó thở.
3. Tuyệt đối không ra khỏi phòng cách ly trong suốt thời gian cách ly.
4. Phối hợp với cán bộ y tế để được lấy mẫu xét nghiệm SARS-CoV-2 trong quá trình cách ly, điều trị F0 theo quy định.
5. Chủ động vệ sinh khử khuẩn phòng cách ly, quần áo, đồ dùng cá nhân và của người cách ly.

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

……, ngày.... tháng.... năm 202...

Người cách ly	**Chủ hộ/Đại diện người ở cùng nhà**	**Tổ dân phố /khu phố**	**UBND cấp xã**

PHỤ LỤC 07.

UBND……	**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
	Độc lập – Tự do – Hạnh phúc
Số: /GXN-UBND	……. , ngày tháng năm 20….

GIẤY XÁC NHẬN

Đủ điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị đảm bảo cách ly y tế tại gia đình

ỦY BAN NHÂN DÂN……..XÁC NHẬN

I. THÔNG TIN CHUNG

Họ và tên người bệnh F0:.....

Số CMTND/CCCD: .....

Điện thoại: .....

Là người bệnh F0 được chẩn đoán khẳng định ngày/thàng/năm: .....

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

Số CMTND/CCCD: .....

Điện thoại: .....

Địa chỉ nhà ở (nơi thực hiện cách ly, theo dõi điều trị F): .....

.....

II. NỘI DUNG XÁC NHẬN

Xác nhận nhà ở tại địa chỉ nêu trên có đủ điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị để thực hiện chăm sóc, theo dõi, điều trị F0 tại nhà.

Cụ thể:

.....

.....

.....

.....

Nơi nhận:	**CHỦ TỊCH**
-	*(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)*
-	
- Lưu:…..	