

PHỤ LỤC SỐ 02

PHIẾU 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: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
<i>Liên hệ ngay với nhân viên y tế nếu có 1 trong số dấu hiệu sau: SpO2 ≤96%, nhịp thở ≥20 lần/phút, mạch <50 hoặc >120 lần/phút, huyết áp <90/60</i>																													
1	Mạch (lần/phút)																												
2	Nhiệt độ hằng 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																												
<i>Chú ý đến sức khỏe của bạn. Nếu bạn có bất kỳ triệu chứng nào, hãy viết (C) là CÓ hoặc (K) là KHÔNG bên dưới cho mỗi triệu chứng hằng ngày.</i>																													
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)																												
<i>Liên hệ ngay với nhân viên y tế nếu có một trong số các triệu chứng sau</i>																													
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: