|  |  |
| --- | --- |
| …………………………..**……………………………** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc-------------**  |

**BIÊN BẢN ĐÁNH GIÁ ĐỦ ĐIỀU KIỆN CÁCH LY F0 TẠI NHÀ**

Địa điểm:…………………………………………. Ngày…./…./………. ;.... giờ……… phút

Tổ quản lý F0 tại nhà (Nhân viên Trạm y tế, Tổ trưởng Tổ dân phố/Tổ nhân dân)

…………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………….

**I. Thông tin giám sát F0 cách ly tại nhà:**

- Họ và tên:…………………………………………………………….. Ngày sinh:  /   /

|  |  |
| --- | --- |
| - BMI (Chiều cao / Cân nặng): | Số điện thoại. |

- Địa chỉ cách ly:……………………………………………………… Tổ ………………………..

Khu phố/Ấp………………………… Phường/Xã………………….. Quận/huyện ……………..

|  |  |
| --- | --- |
| - Ngày Test nhanh .../…. /……… | Kết quả…………………………… |
| - Ngày Xn PCR .../… /………… | Kết quả………… Chỉ số CT:……….. |

- Đã tiêm vắc xin Covid-19, Mũi 1 ngày…/…/….. Mũi 2 ngày…/…./….

**II. Đánh giá điều kiện cách ly, về hỗ trợ cách ly tại nhà:** (đánh dấu chọn ô phù hợp)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stt** | **Điều kiện** | **Đạt** | **Không** |
| 1 | Người F0 không triệu chứng hoặc triệu chứng mức độ nhẹ (không có suy hô hấp: SpO2 > 96%, nhịp thở < 20 lần/phút), trên 1 tuổi đến dưới 50 tuổi, không có bệnh nền, không đang mang thai, không béo phì. |   |   |
| 2 | Người F0 có khả năng tự chăm sóc: Có khả năng liên lạc với nhân viên y tế để được theo dõi, giám sát và khi có tình trạng cấp cứu. Đối với trẻ em, người có bệnh lý nên không tự chăm sóc cá nhân được thì cần có người hỗ trợ và chăm sóc khi cách ly tại nhà. |   |   |
| 3 | Có phòng riêng dành cho người F0, có cửa sổ thông thoáng, có nhà vệ sinh riêng, Có bàn hoặc ghế cá nhân đặt trước cửa phòng cách ly để nhận thức ăn và các vật dụng cá nhân cần thiết; có thùng rác cá nhân có nắp và túi rác đi kèm. |   |   |
| 4 | Có số điện thoại riêng, có sẵn số điện thoại của cơ sở y tế, số điện thoại của Tổ phản ứng nhanh quận, huyện để liên hệ khi cần thiết. |   |   |
| 5 | Có sẵn dung dịch khử khuẩn tay và bề mặt, nước súc họng hoặc nước muối sinh lý (0,9%), khẩu trang y tế, nhiệt kế. |   |   |

**III. Kết luận:**

1. Đủ điều kiện cách ly tại nhà (ĐẠT: Khi các mục 1, 2, 3, 4 và 5 đều đạt)

Địa chỉ ………………………………………………………………………………………………………

Kể từ ngày…………………………………………….. đến ngày………………………………………..

Họ tên nhân viên phụ trách……………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………….

2. Không đủ điều kiện cách ly tại nhà và hướng xử lý :

…………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………….

Biên bản làm việc kết thúc ngày………………… lúc………… giờ………….. phút

|  |  |
| --- | --- |
| **Đại diện Tổ dân phố** | **Trạm Y tế……………..** |