|  |  |
| --- | --- |
| **ỦY BAN NHÂN DÂN…….. BAN CHỈ ĐẠO PCD COVID-19 -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số: ………/QĐ…….. | *……., ngày  tháng  năm 20….* |

**QUYẾT ĐỊNH**

**Áp dụng biện pháp cách ly y tế tại nhà/nơi lưu trú đối với người mắc COVID-19 (F0) trên địa bàn**

**BAN CHỈ ĐẠO PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19**

*Căn cứ Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm năm 2007;*

*Căn cứ Nghị định số 101/2010/NĐ-CP ngày 30/9/2010 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm về áp dụng biện pháp cách ly y tế, cưỡng chế cách ly y tế và chống dịch đặc thù trong thời gian có dịch;*

*Căn cứ quyết định số 879/QĐ-BYT ngày 12/3/2020 của Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn cách ly y tế tại nhà, nơi lưu trú phòng chống dịch COVID-19”;*

*Căn cứ Quyết định số 4038/QĐ-BYT ngày 21/8/2021 của Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn tạm thời về quản lý người nhiễm COVID-19 tại nhà;*

*Căn cứ Công văn số 3043/BCĐ-VX ngày 10/9/2021 của Ban chỉ đạo phòng chống dịch COVID-19 thành phố về việc giám sát người F0 tuân thủ cách ly tại nhà;*

*Căn cứ Công văn số 4534/SYT-NVY ngày 13/7/2021 của Sở Y tế về việc triển khai các biện pháp phòng chống dịch trong giai đoạn hiện nay;*

*Căn cứ Công văn số 5069/SYT-NVY ngày 27/8/2021 của Sở Y tế về việc ban hành hướng dẫn triển khai chăm sóc và theo dõi sức khỏe tại nhà đối với người mắc COVID-19;*

*Căn cứ …………………………*

*Theo Biên bản đánh giá đủ điều kiện cách ly tại nhà (Dành cho người bệnh COVID-19 mới phát hiện lại cộng đồng).*

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Áp dụng biện pháp cách ly y tế tại nhà/nơi lưu trú đối với:

Ông/Bà:………………………………………………………………. Nam/Nữ:……………………..

Ngày/tháng/năm sinh:… /…. /….. Số điện thoại:…………………………………………………….

Số CMND / CCCD / Hộ chiếu :………………………………….. Quốc tịch……………………….

Địa chỉ lưu trú:………………………………………………………………………………………….

Địa chỉ cách ly:………………………………………………………………………………………….

Lý do cách ly: người mắc COVID-19 (F0) điều trị tại nhà/nơi lưu trú.

Ngày xét nghiệm test nhanh/PCR dương tính:…./…./…….

Thời gian thực hiện cách ly: 14 ngày, kể từ ngày..../..../ đến hết ngày..../..../…….

và đến khi có kết quả xét nghiệm test nhanh kháng nguyên hoặc PCR lần cuối cùng âm tính. Trong thời gian áp dụng biện pháp cách ly y tế tại nhà/nơi lưu trú, Ông/Bà và chủ hộ/người chăm sóc/người ở cùng nhà phải tuân thủ đúng các nội dung đã cam kết về thực hiện các biện pháp cách ly tại nhà phòng, chống bệnh COVID-19. Người mắc COVID-19 khi có dấu hiệu chuyển nặng phải thông báo ngay cho nhân viên y tế để được hướng dẫn và điều trị kịp thời.

**Điều 2.** Giao…………………. là đơn vị tiếp nhận và hướng dẫn cách ly y tế theo quy định.

**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày áp dụng biện pháp cách ly.

**Điều 4.** …………………….. chịu trách nhiệm thi hành quyết định này./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:*** ……………… | **BAN CHỈ ĐẠO PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19** |