

PHIẾU ĐIỀU TRA CA MẮC COVID-19**1. Người báo cáo**

- a. Tên người báo cáo:
- b. Ngày báo cáo: .../.../202...
- c. Tên đơn vị:
- d. Điện thoại: e. Email:

2. Thông tin ca bệnh

- a. Họ và tên bệnh nhân:
- b. Ngày tháng năm sinh: Tuổi (năm):
- c. Giới: 1. Nam 2. Nữ
- d. Dân tộc:
- e. Nghề nghiệp: f. Quốc tịch:

3. Địa chỉ nơi sinh sống

- Số: Đường phố/Thôn ấp:
- Phường/Xã: Quận/huyện:
- Tỉnh/Thành phố: Số điện thoại liên hệ:

4. Địa chỉ nơi bệnh khởi phát:

- a. Như trên
- b. Khác, ghi rõ:

5. Ngày khởi phát: .../.../202...

6. Ngày vào viện: .../.../202...

7. Cơ sở khám chữa bệnh đang điều trị

.....

8. Diễn biến bệnh (mô tả ngắn gọn):

.....

.....

9. Các biểu hiện lâm sàng:

- | | | |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Sốt đột ngột >38°C | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| Ho: | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| Khó thở: | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| Các triệu chứng khác | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
- Cụ thể:

.....

.....

10. Tiền sử mắc các bệnh mạn tính và các bệnh khác có liên quan:

.....

.....

11. Tiền sử dịch tễ: Trong vòng 14 ngày trước khi khởi phát bệnh nhân có

- a. sống/đi/đến vùng xác định có ca mắc COVID-19 không?
- Có Không Không biết

Nếu có ghi rõ địa chỉ:

b. Chăm sóc ca bệnh xác định, hoặc nghi ngờ mắc COVID-19 không?

Có Không Không biết

c. Sống, làm việc cùng ca bệnh xác định hoặc nghi ngờ mắc COVID-19 không?

Có Không Không biết

d. Ngồi gần trên cùng chuyến xe/tàu/máy bay ... với ca bệnh xác định hoặc nghi ngờ mắc COVID-19 không?

Có Không Không biết

e. Tiếp xúc trực tiếp với ca bệnh xác định hoặc nghi ngờ mắc COVID-19 không?

Có Không Không biết

f. Bệnh nhân có làm việc trong các cơ sở y tế? Có Không Không biết

g. Tiền sử dịch tễ khác (nếu có, ghi rõ)

12. Thông tin điều trị

a. Bệnh nhân có phải thở máy không? Có Không Không biết

b. Bệnh nhân có phải điều trị thuốc kháng vi rút không? Có Không Không biết

Ngày bắt đầu .../.../...trong bao nhiêu ngày

c. Bệnh nhân có phải điều trị kháng sinh không? Có Không Không biết

Ngày bắt đầu .../.../...trong bao nhiêu ngày

d. Các biến chứng trong quá trình bệnh? Có Không Không biết

Nếu có, ghi cụ thể:

e. Các ghi chú hoặc quan sát khác

13. Thông tin xét nghiệm:

a. Công thức máu (theo kết quả xét nghiệm đầu tiên sau khi nhập viện)

Bạch cầu:/mm³ Hồng cầu:/mm³ Tiểu cầu:...../mm³

Hematocrit: %

b. Chụp X-quang: Có Không Không làm

Nếu có được chụp X-quang ngày .../.../202...

Mô tả kết quả:

c. Xét nghiệm vi sinh

Bệnh phẩm đường hô hấp

<input type="checkbox"/> Dịch hầu họng	Ngày lấy:	/	/202	Kết quả:
<input type="checkbox"/> Dịch súc họng	Ngày lấy:	/	/202	Kết quả:
<input type="checkbox"/> Đờm	Ngày lấy:	/	/202	Kết quả:
<input type="checkbox"/> Dịch phế quản, phế nang	Ngày lấy:	/	/202	Kết quả:

Máu toàn phần

<input type="checkbox"/> Giai đoạn cấp	Ngày lấy:	/	/202	Kết quả:
--	-----------	---	------	----------

Giai đoạn hồi phục Ngày lấy: / /202 Kết quả:

Mẫu phân

Phân Ngày lấy: / /202 Kết quả:

Bệnh phẩm khác

Cụ thể Ngày lấy: / /202 Kết quả:

14. Kết quả điều trị:

Đang điều trị (*Ghi rõ tình trạng hiện tại*)

Khởi

Di chứng (ghi rõ):

Không theo dõi được

Khác (nặng xin về, chuyển viện. ... ghi rõ):

Tử vong (Ngày tử vong: / / : Lý do tử vong

15. Chẩn đoán cuối cùng

Ca bệnh lâm sàng

Ca bệnh xác định

Không phải COVID -19

Khác, ghi rõ

Điều tra viên

Ngày tháng năm 202...

Lãnh đạo đơn vị

PHIẾU YÊU CẦU XÉT NGHIỆM**1. Thông tin bệnh nhân**

1.1. Họ và tên bệnh nhân:.....

1.2. Tuổi: Ngày sinh:/...../.....

.....Tháng tuổi (< 24 tháng):..... Năm tuổi (≥24 tháng):.....1.3. Giới tính: Nam Nữ 1.4. Dân tộc:

1.5. Địa chỉ bệnh nhân:

Thôn, xóm Xã/phường:

Quận/huyện:..... Tỉnh/thành:.....

1.6. Họ tên người giám hộ (bố mẹ/người thân, nếu có):

Điện thoại:

2. Thông tin bệnh phẩm

2.1. Ngày khởi phát:...../...../.....

2.2. Ngày lấy mẫu: /...../..... Giờ lấy mẫu: ... - ...

Người lấy mẫu: Điện thoại:.....

Đơn vị:.....

2.3. Loại mẫu: số lượng:

Loại mẫu: số lượng:

Loại mẫu: số lượng:

2.4. Yêu cầu xét nghiệm:

Đơn vị yêu cầu xét nghiệm:

Đơn vị gửi mẫu*(xác nhận của người/đơn vị gửi mẫu)***VIỆN****PHÒNG XÉT NGHIỆM**.....

Ngày/giờ nhận mẫu:...../...../..... -Người nhận mẫu:.....

Tình trạng mẫu khi nhận:

 Từ chối mẫu Chấp nhận mẫu-Mã bệnh nhân:

Ghi chú:

.....

.....

PHIẾU TRẢ LỜI KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Họ và tên bệnh nhân:

Tuổi: Giới:

Địa chỉ bệnh nhân: Nơi cư trú:

Xã/Phường:

Quận/Huyện:

Tỉnh/Thành:

Ngày khởi phát: ... / ... /

Yêu cầu xét nghiệm (XN):

.....

Bệnh phẩm thu thập	Lần lấy mẫu	Ngày/giờ lấy mẫu	Ngày/giờ nhận mẫu	Tình trạng mẫu khi nhận

Nơi gửi mẫu:

Mã bệnh nhân (Phòng thí nghiệm):

Bệnh phẩm xét nghiệm	Kỹ thuật xét nghiệm	Lần XN	Ngày thực hiện	Kết quả xét nghiệm

Kết luận:

Đề nghị: Tiếp tục lấy mẫu bệnh phẩm hô hấp (3 ngày 1 lần)

Khác:

Chú thích:

.....

Người thực hiện:..... Chữ ký:

Người kiểm tra:..... Chữ ký:

Ngày/giờ trả kết quả .../.../...

Trưởng khoa xét nghiệm

..., ngày ... tháng ... năm ...

Lãnh đạo đơn vị

BÁO CÁO DANH SÁCH CA BỆNH XÁC ĐỊNH / CA BỆNH NGHI NGỜ COVID-19

Tên đơn vị:

Ngày báo cáo:/...../20

STT	Họ và tên	Tuổi	Giới tính	Quốc tịch	Địa chỉ nơi ở	Yếu tố dịch tễ	Triệu chứng	Ngày khởi phát	Ngày nhập viện	Ngày lấy mẫu	Ngày trả kết quả XN	Kết quả XN	Tình trạng sức khỏe hiện tại	Nơi cách ly, điều trị
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
I. CA BỆNH XÁC ĐỊNH														
II. CA BỆNH NGHI NGỜ														

Ghi chú:

- (1): Ghi số thứ tự
- (2): Ghi đầy đủ họ và tên
- (3): Ghi số tuổi theo năm dương lịch
- (4): Ghi giới tính: 1 - nam, 2 - nữ
- (5): Ghi rõ quốc tịch
- (6): Ghi đầy đủ địa chỉ nơi ở (thôn/xã/huyện/tỉnh)
- (7): Ghi đầy đủ các yếu tố dịch tễ liên quan
- (8): Ghi đầy đủ các triệu chứng (sốt, ho, khó thở, viêm phổi...)
- (9): Ghi đầy đủ ngày khởi phát (ngày/tháng/năm)
- (10): Ghi đầy đủ ngày nhập viện (ngày/tháng/năm)
- (11): Ghi đầy đủ ngày lấy mẫu (ngày/tháng/năm)

(12): Ghi đầy đủ ngày trả kết quả xét nghiệm (ngày/tháng/năm)

(13): Ghi kết quả xét nghiệm (0 - dương tính, 1 - âm tính, 2 - chờ kết quả xét nghiệm)

(14): Ghi đầy đủ tình trạng sức khỏe hiện tại tính đến ngày báo cáo (1 - ổn định, 2 - diễn biến nặng 3 - không rõ)

(15): Ghi đầy đủ nơi cách ly, điều trị hiện tại tính đến ngày báo cáo

PHIẾU THEO DÕI SỨC KHỎE HÀNG NGÀY NGƯỜI ĐƯỢC CÁCH LY CHƯA CÓ TRIỆU CHỨNG

Tên đơn vị:

Đối tượng theo dõi: Người cách ly tập trung Người tiếp xúc gần hoặc liên quan khác

Họ và tên:

Ngày tháng năm sinh: .../...../20

Giới tính: Nam Nữ

Địa chỉ nơi ở:

Nơi cách ly:

Số điện thoại liên hệ:

Ngày bắt đầu theo dõi:

STT	Triệu chứng	Ngày 1		Ngày 2		Ngày 3		Ngày 4		Ngày 5		Ngày 6		Ngày 7		Ngày 8		Ngày 9		Ngày 10		Ngày 11		Ngày 12		Ngày 13		Ngày 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
1	Thân nhiệt *																												
2	Ho**																												
3	Khó thở * *																												
4	Viêm phổi**																												

Ghi chú:

* Ghi nhiệt độ;

** Ghi: 0-Không, 1-Có

BÁO CÁO DANH SÁCH NGƯỜI CÓ TIẾP XÚC GẦN / CA CÓ LIÊN QUAN KHÁC VỚI CA BỆNH XÁC ĐỊNH / CA BỆNH NGHI NGỜ COVID-19

Tên đơn vị:

Ngày báo cáo:/...../20

STT	Họ và tên	Tuổi	Giới tính	Quốc tịch	Địa chỉ nơi ở/ lưu trú	Loại tiếp xúc	Ngày tiếp xúc lần cuối	Tình trạng sức khỏe						Biện pháp xử lý
								Bình thường	Sốt	Ho	Khó thở	Viêm phổi	Diễn biến nặng	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)

Ghi chú:

(1): Ghi số thứ tự

(2): Ghi đầy đủ họ và tên

(3): Ghi số tuổi theo năm dương lịch

(4): Ghi giới tính: 1 - nam, 2 - nữ

(5): Ghi rõ quốc tịch

(6): Ghi đầy đủ địa chỉ nơi ở, nơi lưu trú (thôn/xã/huyện/tỉnh)

(7): Ghi loại tiếp xúc (1 - Tiếp xúc gần với ca bệnh xác định hoặc ca bệnh nghi ngờ, 2 - Tiếp xúc gần với người từ quốc gia, vùng lãnh thổ có ghi nhận ca mắc COVID-19 lây truyền nội địa nhập cảnh vào Việt Nam có triệu chứng sốt/ho/khó thở/viêm phổi trong vòng 14 ngày)

(8): Ghi đầy đủ ngày tiếp xúc lần cuối với ca bệnh xác định hoặc ca bệnh nghi ngờ hoặc người từ quốc gia, vùng lãnh thổ có ghi nhận ca mắc covid-19 lây truyền nội địa nhập cảnh vào Việt Nam có triệu chứng sốt/ho/khó thở/viêm phổi trong vòng 14 ngày (ngày/tháng/năm)

(9), (10), (11), (12), (13), (14): Ghi tình trạng sức khỏe theo từng nội dung (0 - Không, 1 - Có)

(15): Ghi đầy đủ các biện pháp xử lý đã triển khai tính đến ngày báo cáo

BÁO CÁO TỔNG HỢP KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM VI RÚT SAR-CoV-2

Tên đơn vị:

Ngày báo cáo:/...../20.....

STT	Đơn vị	Tổng số mẫu xét nghiệm đã nhận trong ngày	Tổng số mẫu xét nghiệm đã làm trong ngày		Tổng số mẫu đã xét nghiệm cộng dồn		Sinh phẩm xét nghiệm hiện còn
			Dương tính	Âm tính	Dương tính	Âm tính	
1							
2							
3							
4							