Bảng theo dõi sức khỏe dành cho người bị nhiễm virus corona triệu chứng nhẹ (Tờ 1)

Đây là bảng câu hỏi dùng để theo dõi sức khỏe trong quá trình điều trị tại nhà. Mỗi ngày, nhân viên y tế cộng đồng sẽ gọi điện để kiểm tra, nên hãy theo dõi thật cẩn thận. Và khi nhận thấy bất kỳ triệu chứng nào đáng chú ý, hãy liên hệ ngay với Trung tâm y tế.

Nếu câu trả lời là "Có" đối với bất kỳ hạng mục nào đánh dấu ★, phải liên hệ với nhân viên y tế cộng đồng. (Thông tin liên hệ: ○○○-○○○○)

Họ tên bệnh nhân:			Địa chỉ:						TEL: ― ―		Email : @		
			Ngày bắt đầu điều trị tại nhà: Ngày tháng năm										
Ngày tháng			Ngày bắt đầu theo dõi	Ngày thứ 1 sau ngày bắt đầu	Ngày thứ 2 sau ngày bắt đầu	Ngày thứ 3 sau ngày bắt đầu	Ngày thứ 4 sau ngày bắt đầu	Ngày thứ 5 sau ngày bắt đầu	Ngày thứ 6 sau ngày bắt đầu	Ngày thứ 7 sau ngày bắt đầu	Ngày thứ 8 sau ngày bắt đầu	Ngày thứ 9 sau ngày bắt đầu	Ngày thứ 10 sau ngày bắt đầu
			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Dấu hiệu sinh tồn	8 giờ sáng	Thân nhiệt	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	6 giờ chiều	Thân nhiệt	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
Các triệu chứng hô hấp	1	Ho	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	2	Khó thở ★Hơi thở gấp gáp (Nhịp thở tăng) ★Khó thở đột ngột ★Trong sinh hoạt hàng ngày, chỉ cần di chuyển nhẹ là khó thở ★Đau ngực ★Không nằm được. Nếu không ngồi thì không thể thở. ★Thở dốc/Thở rít	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	3	Sổ mũi/Nghẹt mũi	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	4	Biểu hiện/Ngoại quan ★Môi tím tái	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	5	Đau họng (đau cổ)	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
Khác	6	Bất thường vị giác/khứu giác	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	7	Buồn nôn/Nôn	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	8	Sung huyết kết mạc	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	9	Đau đầu	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	10	Toàn thân uể oải	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	11	Đau cơ khớp	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	12	Tiêu chảy	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	13	Rối loạn ý thức ★Mạch đập mạnh và nhịp mạch rối loạn	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	14	Chuột rút	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	15	Khó ngủ	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	16	Bất an	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	17	Khác	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	18	Chảy máu (chỉ đối với phụ nữ có thai)	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	19	Đau bụng dữ dội (chỉ đối với phụ nữ có thai)	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
Đánh dấu ☑ vào thời điểm kiểm tra sáng/chiều			Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )
Ghi chú													

Bảng theo dõi sức khỏe dành cho người bị nhiễm virus corona triệu chứng nhẹ (Tờ 2)

Đây là bảng câu hỏi dùng để theo dõi sức khỏe trong quá trình điều trị tại nhà. Mỗi ngày, nhân viên y tế cộng đồng sẽ gọi điện để kiểm tra, nên hãy theo dõi thật cẩn thận. Và khi nhận thấy bất kỳ triệu chứng nào đáng chú ý, hãy liên hệ ngay với Trung tâm y tế.

Nếu câu trả lời là "Có" đối với bất kỳ hạng mục nào đánh dấu ★, phải liên hệ với nhân viên y tế cộng đồng. (Thông tin liên hệ: ○○○-○○○○)

Họ tên bệnh nhân:			Địa chỉ:						TEL: ― ―		Email : @		
			Ngày bắt đầu điều trị tại nhà: Ngày tháng năm										
Ngày tháng			Ngày thứ 11 sau ngày bắt đầu /	Ngày thứ 12 sau ngày bắt đầu /	Ngày thứ 13 sau ngày bắt đầu /	Ngày thứ 14 sau ngày bắt đầu /	Ngày thứ 15 sau ngày bắt đầu /	Ngày thứ 16 sau ngày bắt đầu /	Ngày thứ 17 sau ngày bắt đầu /	Ngày thứ 18 sau ngày bắt đầu /	Ngày thứ 19 sau ngày bắt đầu /	Ngày thứ 20 sau ngày bắt đầu /
Dấu hiệu sinh tồn	8 giờ sáng	Thân nhiệt	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
	6 giờ chiều	Thân nhiệt	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
Các triệu chứng hô hấp	1	Ho	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	2	Khó thở ★Hơi thở gấp gáp (Nhịp thở tăng) ★Khó thở đột ngột ★Trong sinh hoạt hàng ngày, chỉ cần di chuyển nhẹ là khó thở ★Đau ngực ★Không nằm được. Nếu không ngồi thì không thể thở. ★Thở dốc/Thở rít	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	3	Sổ mũi/Nghẹt mũi	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	4	Biểu hiện/Ngoại quan ★Môi tím tái	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	5	Đau họng (đau cổ)	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
Khác	6	Bất thường vị giác/khứu giác	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	7	Buồn nôn/Nôn	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	8	Sung huyết kết mạc	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	9	Đau đầu	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	10	Toàn thân uể oải	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	11	Đau cơ khớp	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	12	Tiêu chảy	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	13	Rối loạn ý thức ★Mạch đập mạnh và nhịp mạch rối loạn	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	14	Chuột rút	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	15	Khó ngủ	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	16	Bất an	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	17	Khác	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	18	Chảy máu (chỉ đối với phụ nữ có thai)	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
	19	Đau bụng dữ dội (chỉ đối với phụ nữ có thai)	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có	Không/Có
Đánh dấu ☑ vào thời điểm kiểm tra sáng/chiều			Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )	Sáng : □ ( ) Chiều : □ ( )
Ghi chú												