

Phụ lục 7

BẢNG THEO DÕI SỨC KHỎE NGƯỜI NHIỄM COVID-19 TẠI NHÀ

Họ và tên:.....; Giới tính:

Ngày tháng năm sinh:..... 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
	<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 <90/60mmHg</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)														
	Huyết áp tối thiểu (mmHg) (nếu có thể)														
6.	KHÔNG TRIỆU CHỨNG														
	<i>Chú ý đến sức khỏe của bạn. Nếu bạn có bất kỳ triệu chứng nào, hãy viết (C): 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)														
	<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														

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: