

11. Phiếu theo dõi sức khỏe dành cho người nhiễm virus corona chủng mới

HER-SYS ID:		Địa chỉ:				TEL: - -		Email: @			
Họ và tên:		Ngày bắt đầu dương bệnh tại nhà: Ngày __ tháng __ năm									
	Ngày bắt đầu dương bệnh tại nhà	Ngày thứ ____ sau khi bắt đầu	Ngày thứ ____ sau khi bắt đầu	Ngày thứ ____ sau khi bắt đầu	Ngày thứ ____ sau khi bắt đầu	Ngày thứ ____ sau khi bắt đầu	Ngày thứ ____ sau khi bắt đầu	Ngày thứ ____ sau khi bắt đầu	Ngày thứ ____ sau khi bắt đầu	Ngày thứ ____ sau khi bắt đầu	Ngày thứ ____ sau khi bắt đầu
Ngày tháng và thời gian thu thập	/ : :	/ : :	/ : :	/ : :	/ : :	/ : :	/ : :	/ : :	/ : :	/ : :	/ : :
Thân nhiệt	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C
Độ bão hòa oxy trong máu (máy đo nồng độ bão hòa oxy trong máu)	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
[Biểu cảm/bề ngoài] ★ Sắc mặt xấu đi thấy rõ ★ Môi trở nên thâm tím ★ Khác với bình thường, biểu hiện bất thường	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có
[Đờm/ho] Tình trạng ho và đờm trở nên nặng hơn	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có
[Khó thở] ★ Hơi thở trở nên khó khăn (nhịp thở tăng lên) ★ Đột nhiên cảm thấy ngột ngạt ★ Nhịp thở tăng lên khi di chuyển một chút trong cuộc sống sinh hoạt hàng ngày ★ Cảm thấy đau ngực ★ Không thể thở nếu không nằm xuống hoặc không ngồi xuống ★ Nhún vai lên xuống để thở, thở hổn hển	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có
[Cảm giác mệt mỏi toàn thân] Khó khăn để ngồi dậy	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có
[Buồn nôn/ói mửa] Cảm giác buồn nôn và ói mửa tiếp diễn	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có
[Tiêu chảy] Tiêu chảy tiếp diễn (tiêu chảy 3 lần trở lên 1 ngày)	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có
[Rối loạn ý thức] ★ Thần thờ (phản ứng kém) ★ Mơ màng (không trả lời) ★ Cảm thấy mạch nhẩy, nhịp của mạch bị rối loạn	Không / Có / Không có người sống chung nên không rõ	Không / Có / Không có người sống chung nên không rõ	Không / Có / Không có người sống chung nên không rõ	Không / Có / Không có người sống chung nên không rõ	Không / Có / Không có người sống chung nên không rõ	Không / Có / Không có người sống chung nên không rõ	Không / Có / Không có người sống chung nên không rõ	Không / Có / Không có người sống chung nên không rõ	Không / Có / Không có người sống chung nên không rõ	Không / Có / Không có người sống chung nên không rõ	Không / Có / Không có người sống chung nên không rõ
Khác	Không thể ăn uống	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có
	Nửa ngày cũng không đi tiểu một lần	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có	Không / Có
	Triệu chứng khác (sổ mũi/ngạt mũi, đau cổ họng, xung huyết kết mạc, nhức đầu, đau cơ khớp, chuột rút và các triệu chứng lo lắng khác)	Không / Có (Triệu chứng cụ thể)									
Chẩn đoán tổng quan											
Khuyến nghị khám	Có / Không	Có / Không	Có / Không	Có / Không	Có / Không	Có / Không	Có / Không	Có / Không	Có / Không	Có / Không	Có / Không
Ghi chú											

Trung tâm chăm sóc sức khỏe:

Trực thuộc:

TEL:

FAX: