

Số: 797/SYT-NVY

An Giang, ngày 30 tháng 3 năm 2020

V/v rà soát người về từ nước ngoài  
để phòng chống dịch COVID-19

Kính gửi:

- Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh;
- Trung tâm Y tế huyện, thị, thành phố.

Thực hiện Công văn số 1727/CV-BCĐ ngày 29/03/2020 của Ban Chỉ đạo Quốc gia phòng chống dịch COVID-19 về việc rà soát người về từ nước ngoài để phòng chống dịch COVID-19.

Sở Y tế đề nghị các đơn vị thực hiện một số nội dung sau:

**1. Trung tâm Y tế huyện thị, thành phố:**

- Phối hợp với các lực lượng địa phương (Công an, Quân sự..) rà soát tổng hợp, phân tích một số đặc điểm chung về sức khỏe của các trường hợp nhập cảnh từ ngày 08/03 đến ngày 25/03/2020 tại địa phương, bao gồm: giới, tuổi, bệnh nền, tiếp xúc gần với người mắc bệnh hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19, tiếp xúc với người tiếp xúc gần, về từ các ổ dịch trong nước theo biểu mẫu (*đính kèm*).

- Báo cáo gửi về Sở Y tế (Phòng Nghiệp vụ Y) 03/04/2020 để tổng hợp.

**2. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh:**

Làm đầu mối hướng dẫn Trung tâm Y tế huyện, thị, thành phố triển khai thực hiện các nội dung Công văn số 1727/CV-BCĐ, đồng thời tổng hợp kết quả xét nghiệm gửi về Sở Y tế (Phòng Nghiệp vụ Y) trước ngày 03/04/2020 để tổng hợp báo cáo.

Đề nghị các đơn vị triển khai thực hiện./.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- VP. UBND tỉnh;
- Bộ CHQS tỉnh;
- Công an tỉnh;
- Lưu: VT, NVY.

**GIÁM ĐỐC**

**Từ Quốc Tuấn**

TỈNH/ THÀNH PHỐ  
.....

**BÁO CÁO KẾT QUẢ**  
**Rà soát các trường hợp nhập cảnh từ 08/3 đến 25/3/2020**

....., ngày tháng năm 2020

Thông tin	Số lượng	%
<b>1. Giới:</b>		
Nam	.....	.....
Nữ	.....	.....
<b>2. Tuổi:</b>		
> 60 tuổi	.....	.....
40-60 tuổi	.....	.....
20-<40 tuổi	.....	.....
<20 tuổi	.....	.....
<b>3. Bệnh nền mạn tính:</b>		
Hen phế quản	.....	.....
Bệnh tim mạn tính	.....	.....
Bệnh phổi mạn tính	.....	.....
Suy thận	.....	.....
Suy gan	.....	.....
Suy tim	.....	.....
Ung thư	.....	.....
Đái tháo đường	.....	.....
Suy giảm miễn dịch	.....	.....
Các bệnh khác mạn tính khác	.....	.....
<b>4. Có tiền sử tiếp xúc gần</b>		
Với người mắc bệnh hoặc nghi ngờ mắc bệnh COVID-19	.....	.....
Với người tiếp xúc gần	.....	.....
<b>5. Về từ các ổ dịch trong nước</b>		
<b>6. Tình trạng cách ly</b>		
Cách ly tập trung	.....	.....
Cách ly tại nhà	.....	.....
Tại cơ sở y tế	.....	.....
<b>7. Trường hợp có sốt, ho, khó thở</b>		
Sốt	.....	.....
Ho	.....	.....
Khó thở	.....	.....
<b>8. Trường hợp đã được lấy mẫu xét nghiệm COVID-19</b>		
Dương tính	.....	.....
Âm tính	.....	.....
Chưa có kết quả	.....	.....
<b>9. Tình trạng sức khỏe hiện tại</b>		
Ổn định	.....	.....
Phải nhập viện	.....	.....

Nơi nhận:

-  
-

**NGƯỜI LÀM BÁO CÁO**  
**(Ký tên, đóng dấu)**

