**TỜ KHAI Y TẾ**

**Đây là tài liệu quan trọng, thông tin của Anh/Chị sẽ giúp cơ quan y tế**

**liên lạc khi cần thiết để phòng chống dịch bệnh lây truyền mhiễm.**

- Họ tên (viết chữ in hoa có dấu): ….…..……............

- Ngày tháng năm sinh: …………..…..…… Giới tính: ………….. Điện thoại: ………………………..

- Lớp chuyên ngành:…………………………………………………………………………..

- Đơn vị công tác (nếu có): ......................................................................................................................................

- Phòng thi: .................................................... Ngày thi: ..........................................

- Số chứng minh nhân dân/CCCD: ...................................................................................................................

- Nơi ở hiện nay: ........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................................

**1. Trong vòng 21 ngày qua, Anh/Chị có sống hoặc đi đến nơi có dịch COVID-19:**

Có □. Không □. *(nếu có ghi rõ):*

Phương tiện di chuyển: Máy bay □. Tàu thuyền □. Ô tô □. Khác (ghi rõ): ........................

Số hiệu phương tiện:…………………………….……..………Số ghế (nếu có):…………………………..

Ngày đi: .......... /............./.................. Ngày về: .......... /............../......................................................................

Địa điểm khởi hành (Xã/ huyện/ tỉnh): ………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

Địa điểm nơi đến (Xã/ huyện/ tỉnh): ……………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

**2. Trong vòng 21 ngày qua, Anh/chị có tiếp xúc với người nghi nhiễm COVID-19?**

Có □. Không □.

Nếu Có: Dịch tễ của người nghi nhiễm COVID-19:

Quan hệ: (Vợ/ Chồng/Con/Bố/Mẹ/…) ……………. Thời điểm tiếp xúc: ……………………

**3. Trong vòng 21 ngày qua, anh/chị có tiếp xúc với người nhiễm COVID-19?**

Có □. Không □.

**4. Trong vòng 14 ngày (tính đến thời điểm hiện nay) Anh/Chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Triệu chứng** | **Có** | **Không** |  | **Triệu chứng** | **Có** | **Không** |
| - Sốt  - Ho  - Khó thở | [ ]  [ ]  [ ] | [ ]  [ ]  [ ] |  | - Đau họng  - Sổ mũi  - Mệt mỏi, đau cơ | [ ]  [ ]  [ ] | [ ]  [ ]  [ ] |

**5. Anh/chị đã được tiêm vaxin phòng bệnh COVID-19 chưa**:

Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật. Nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Ngày tháng năm 2021*  **NGƯỜI KHAI**  *(Ký, ghi rõ họ tên)* |