**TỜ KHAI Y TẾ ĐỐI VỚI NGƯỜI**

**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 truyền nhiễm.**

▪ Họ tên (viết chữ in hoa): ............................................................................................

▪ Năm sinh: .................................. Giới tính: ……………….. Quốc tịch: ……………………

▪ Số hộ chiếu hoặc giấy thông hành hợp pháp khác: ......................................................

Thông tin đi lại: Tàu bay □ Tàu thuyền □ Ô tô □ Khác (ghi rõ): ........................................

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

Ngày khởi hành: ……../……../…………………. Ngày nhập cảnh: ………/………./.............

Địa điểm khởi hành (tỉnh/quốc gia): ..............................................................................

Địa điểm nơi đến (tỉnh/quốc gia): ..................................................................................

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có đến quốc gia/vùng lãnh thổ nào không? (nếu có ghi rõ): …………\*

Cụ thể như sau:

**Địa chỉ liên lạc tại Việt Nam:\*\***

▪ Địa chỉ nơi ở tại Việt Nam ..........................................................................................

▪ Điện thoại: ……………………………….. Email: ………………………………………………..

**Trong vòng 14 ngày (tính đến thời điểm làm thủ tục xuất cảnh, nhập cảnh, quá cảnh) Anh/Chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Triệu chứng | Có | Không | Triệu chứng | Có | Không |
| ▪ Sốt | [ ] | [ ] | ▪ Nôn/buồn nôn | [ ] | [ ] |
| ▪ Ho | [ ] | [ ] | ▪ Tiêu chảy | [ ] | [ ] |
| ▪ Khó thở | [ ] | [ ] | ▪ Xuất huyết ngoài da | [ ] | [ ] |
| ▪ Đau họng | [ ] | [ ] | ▪ Nổi ban ngoài da | [ ] | [ ] |

**Liệt kê tên vắc xin hoặc sinh phẩm y tế đã sử dụng: ……………………………………….**

**Lịch sử phơi nhiễm: Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có:**

|  |  |
| --- | --- |
| ▪ Đến trang trại chăn nuôi/ chợ buôn bán động vật sống/ cơ sở giết mổ động vật/ tiếp xúc động vật | Có [ ] Không [ ] |
| ▪ Trực tiếp chăm sóc người bệnh truyền nhiễm | Có [ ] Không [ ] |

**Tôi cam kết những thông tin trên là đúng sự thật, tôi hiểu rằng nếu cung cấp sai thông tin có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng.**

|  |  |
| --- | --- |
| *Ngày    tháng    năm 202..* | **Ký tên** |

\* Ghi chú:

(\*) Khai rõ lịch trình đi qua các vùng lãnh thổ trong 14 ngày qua cụ thể như sau:

*(Nếu đi nhiều địa điểm thì ghi nhiều mốc thời gian).*

Từ ngày……… đến ngày …………Làm gì ……………ở đâu………

Từ ngày……… đến ngày …………Làm gì ……………ở đâu………

Từ ngày……… đến ngày …………Làm gì ……………ở đâu………

Từ ngày……… đến ngày …………Làm gì ……………ở đâu………

Từ ngày……… đến ngày …………Làm gì ……………ở đâu………

Từ ngày……… đến ngày …………Làm gì ……………ở đâu………

(\*\*) Điạ chỉ tại Việt Nam: Mô tả thời gian từ sân bay/vùng dịch trong nước về đến địa phương đã đi đến những đâu và tiếp xúc với những ai? Cụ thể:

(Nếu đi nhiều địa điểm thì ghi nhiều mốc thời gian).

Từ ngày……… đến ngày … Làm gì ………ở đâu………tiếp xúc với những ai?

Từ ngày……… đến ngày … Làm gì ………ở đâu………tiếp xúc với những ai?

Từ ngày……… đến ngày … Làm gì ………ở đâu………tiếp xúc với những ai?

Từ ngày……… đến ngày … Làm gì ………ở đâu………tiếp xúc với những ai?

Từ ngày……… đến ngày … Làm gì ………ở đâu………tiếp xúc với những ai?

Từ ngày……… đến ngày … Làm gì ………ở đâu………tiếp xúc với những ai?

**HƯỚNG DẪN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hành khách mang theo phần này để làm thủ tục nhập cảnh, xuất cảnh, quá cảnh và bảo vệ sức khỏe của Anh/ Chị**▪ Họ tên (viết chữ in hoa): …………………………………………………………………………▪ Tên tỉnh hoặc thành phố hoặc vùng lãnh thổ hoặc quốc gia xuất phát: ……………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **XÁC NHẬNCỦA KIỂM DỊCH VIÊN Y TẾ****(TRUNG TÂM Y TẾ)***Ngày   tháng   năm 202...* | Vì sức khỏe của Anh/ Chị và của cộng đồng nếu Anh/ Chị thấy xuất hiện bất cứ dấu hiệu bất thường về sức khỏe, đề nghị liên hệ ngay với cơ quan kiểm dịch y tế biên giới tại cửa khẩu hoặc cơ quan y tế nơi gần nhất hoặc theo địa chỉ e-mail: ……………………. hoặc số fax: ..……………Điện thoại đường dây nóng của tỉnh/thành phố (nơi có cửa khẩu): ………………………………….Điện thoại đường dây nóng của Bộ Y tế: ... |

 |