**Mẫu đơn Tự vận động của Cư dân COVID-19**

Mục đích của mẫu đơn này là cung cấp cho các nhân viên y tế và nhân viên bệnh viện những thông tin quan trọng về những người dân trong nhà ở hỗ trợ - những người cần được chăm sóc trong đại dịch COVID-19. Chúng tôi khuyến nghị cung cấp cho cư dân một vài bản sao để mang đến bệnh viện cho các nhân viên ở đó biết thông tin quan trọng về tình trạng sức khỏe và nhà ở của cá nhân.

**Ngày**:

*Thông tin Bệnh nhân*

*Xét nghiệm COVID-19*

|  |  |
| --- | --- |
| **Họ**: | **Ngày sinh**: |
| **Tên**: |  |
| **Địa chỉ**: | **Ngôn ngữ ưa thích:** |
| **Điện thoại:** |  |
| **Liên hệ củaquản lý vụ việc của Bệnh nhân: Tên**: | **Liên hệ củaNgười chăm sóc chính: Nhà cung cấp** |
| **Email**: | **Tên** |
| **Điện thoại**: | **Điện thoại:** |
| **Liên hệ của người thân của bệnh nhân**: **Name**:**Email: Điện thoại**: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bệnh nhân đã được xét nghiệmvirus corona chưa? | Rồi |  | Chưa |  | Không biết |  |  |
| Nếu rồi, ở đâu?Ngày xét nghiệm? |
| Kết quả xét nghiệm | Xác nhận nhiễm virus coronaKhông biết/không có kết luận |  |  |
|  |
| Bệnh nhân có tiếp xúc với các cá nhân dương tính với COVID không? | Đã xác nhậnKhông biết |

*Thông tin Sức khỏe nền Góp phần gây ra Tình trạng Dễ bị tổn thương cho các Biến chứng COVID-19*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Chẩn đoán vật lý mãn tínhtình trạng | **Giải thích**: |
|  | Chẩn đoán tình trạng sức khỏe tâm thần | **Giải thích**: |
|  | Rối loạn sử dụng chất gây nghiện | **Giải thích**: |

*Các triệu chứng của COVID-19*

*Cô lập/cách ly*

*Ghi chú khác (thuốc, vv....)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bệnh nhân có nơi nào để tự cách ly một cách an toàn không? | CóKhông |  |  |
|  |
| Nếu bệnh nhân đã cách lyrồi, ngày bắt đầu là ngày mấy? | Chọn ngày: |

|  |  |
| --- | --- |
| Ngày có triệu chứng đầu tiên: | Đánh dấu nếu Có |
| Sốt. Nếu Có, nhiệt độ cuối cùng?: |  |
| Ho khan |  |  |  |
| Khó thở |  |  |  |
| Mệt mỏi |  |
|  |  |  |