**COVID-19居民自我倡權表**

該表格的目的是為在COVID-19大流行期間需要護理的支援性住房中的居民，向醫療保健和醫院工作人員提供重要信息。建議向居民提供多份副本以帶到醫院，以便那裡的工作人員了解有關個人健康和住房狀況的重要信息。

**日期**：

*患者信息*

*COVID-19測試*

|  |  |
| --- | --- |
| **姓氏**： | **出生日期**： |
| **名字**： |  |
| **地址**： | **首選語言：** |
| **電話：** |  |
| **患者病例管理人聯繫方式：姓名**： | **初級醫療聯繫方式：提供者** |
| **電子郵件**： | **姓名：** |
| **電話**： | **電話：** |
| **患者直系親屬聯繫方式**：**姓名**：**電子郵件：電話**： |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者是否接受過冠狀病毒的測試？ | 是 |  | 否 |  | 未知 |  |  |
| 如果是，測試是在哪裡進行的？測試日期是哪天？ |
| 測試結果 | 已確診為冠狀病毒未知/不確定 |  |  |
|  |
| 患者是否與COVID陽性患者接觸過？ | 已確診未知 |

*加劇了出現COVID-19並發症風險的背景健康信息*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 經診斷的慢性身體狀況 | **說明**： |
|  | 經診斷的精神健康狀況 | **說明**： |
|  | 物質使用患疾 | **說明**： |

*COVID-19症狀*

*隔離/檢疫*

*其他注意事項（藥物等）*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者有安全的自我隔離場所嗎？ | 是否 |  |  |
|  |
| 如果患者已被隔離，開始日期是哪天？ | 選擇日期： |

|  |  |
| --- | --- |
| 最初症狀的日期： | 如果是，請選擇 |
| 發燒。如果是，上一次體溫是多少？： |  |
| 乾咳 |  |  |  |
| 氣促 |  |  |  |
| 疲倦 |  |
|  |  |  |