|  |  |
| --- | --- |
| **ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH ………………..**Cơ sở cách ly tập trung: …………………….. |   |

**BẢNG THEO DÕI SỨC KHỎE NGƯỜI ĐƯỢC CÁCH LY TẠI CƠ SỞ CÁCH LY TẬP TRUNG**

*Ngày bắt đầu cách ly: ……/……/……*

Họ và tên người được cách ly: ..........................................................................................

Số điện thoại người được cách ly: .....................................................................................

Họ và tên người theo dõi: ..................................................................................................

Số điện thoại để liên hệ khi có các triệu chứng nghi mắc bệnh: ........................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thứ tự ngày theo dõi** | **Ngày giám sát** | **Thân nhiệt đo được\*** | **Có triệu chứng nghi ngờ mắc bệnh (Sốt; ho; đau họng; hắt hơi - sổ mũi; đau người - mệt mỏi ớn lạnh; khó thở)Nếu có ghi rõ** | **Sức khỏe bình thường (Không có triệu chứng nghi ngờ) Nếu không có ghi "BT"** | **Ca bệnh nghi ngờ\*\*** | **Vắng mặt\*\* (Nếu vắng mặt báo ngay cho lãnh đạo phụ trách)** |
| **S** | **C** | **S** | **C** | **S** | **C** |   |   |
| Ngày 1 | …/…/2020 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ngày 2 | …/…/2020 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ngày 3 | …/…/2020 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ngày 4 | …/…/2020 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ngày 5 | …/…/2020 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ngày 6 | …/…/2020 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ngày 7 | …/…/2020 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ngày 8 | …/…/2020 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ngày 9 | …/…/2020 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ngày 10 | …/…/2020 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ngày 11 | …/…/2020 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ngày 12 | …/…/2020 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ngày 13 | …/…/2020 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Ngày 14 | …/…/2020 |   |   |   |   |   |   |   |   |

***Ghi chú: S: Ghi ch: chiều | \* Ghi rõ nhiệt độ đo được | \*\* Đánh dấu "X" nếu Có***