**PHỤ LỤC 1**

**DANH MỤC CÁC BỆNH NỀN (CÓ NGUY CƠ GIA TĂNG**

**MỨC ĐỘ NẶNG KHI MẮC COVID-19)**

1. Đái tháo đường

2. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và các bệnh phổi khác

3. Ung thư (đặc biệt là các khối u ác tính về huyết học, ung thư phổi và bệnh ung thư di căn khác).

4. Bệnh thận mạn tính

5. Ghép tạng hoặc cấy ghép tế bào gốc tạo máu

6. Béo phì, thừa cân

7. Bệnh tim mạch (suy tim, bệnh động mạch vành hoặc bệnh cơ tim)

8. Bệnh lý mạch máu não

9. Hội chứng Down

10. HIV/AIDS

11. Bệnh lý thần kinh (bao gồm cả chứng sa sút trí tuệ)

12. Bệnh hồng cầu hình liềm, bệnh thalassemia, bệnh huyết học mạn tính khác

13. Hen phế quản

14. Tăng huyết áp

15. Thiếu hụt miễn dịch

16. Bệnh gan

17. Rối loạn do sử dụng chất gây nghiện

18. Đang điều trị bằng thuốc corticosteroid hoặc các thuốc ức chế miễn dịch khác.

19. Các bệnh hệ thống.

20. Bệnh lý khác đối với trẻ em: Tăng áp phổi nguyên hoặc thứ phát, bệnh tim bẩm sinh, rối loạn chuyển hóa di truyền bẩm sinh, rối loạn nội tiết bẩm sinh-mắc phải.

**PHỤ LỤC 2**

MẪU GIẤY XÁC NHẬN ĐỦ ĐIỀU KIỆN CƠ SỞ VẬT CHẤT, TRANG THIẾT BỊ ĐẢM BẢO CÁCH LY Y TẾ TẠI NHÀ

|  |  |
| --- | --- |
| **UBND....-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| Số:        /GXN-UBND | *……, ngày     tháng     năm 20....*  |

**GIẤY XÁC NHẬN
ĐỦ ĐIỀU KIỆN CƠ SỞ VẬT CHẤT, TRANG THIẾT BỊ ĐẢM BẢO CÁCH LY Y TẾ TẠI NHÀ**

**ỦY BAN NHÂN DÂN……………-XÁC NHẬN**

**I. THÔNG TIN CHUNG**

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

Số CMT/CCCD: ……………………………… Điện thoại: …………………

Họ và tên chủ hộ/đại diện người ở cùng nhà: ………………………………..

Số CMT/CCCD: ……………………………… Điện thoại: ……………………

Địa chỉ nhà ở (nơi thực hiện cách ly y tế):

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

**II. NỘI DUNG XÁC NHẬN**

Xác nhận Nhà ở tại địa chỉ nêu trên có đủ điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị để thực hiện cách ly y tế tại nhà.

Cụ thể:

- …….

- …….

- …….

|  |  |
| --- | --- |
|  ***Nơi nhận:***- - Lưu:... | **CHỦ TỊCH***(Ký, ghi họ tên và đóng dấu)* |

**PHỤ LỤC 3**

MẪU BẢN CAM KẾT THỰC HIỆN CÁCH LY Y TẾ TẠI NHÀ

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
---------------**

**BẢN CAM KẾT**

**Thực hiện các biện pháp cách ly y tế tại nhà phòng, chống dịch COVID-19**

Họ và tên người cách ly: ………………………………………………………

Số CMT/CCCD: …………………………… Điện thoại: ………………….…

Họ và tên chủ hộ/đại diện người ở cùng nhà: …………………………………

Số CMT/CCCD: ……………………………… Điện thoại: …………………

Địa chỉ nhà ở (nơi thực hiện cách ly y tế): ……………………………………

……………………………………………………………………………………

**I. NGƯỜI CÁCH LY**

*Tôi xin cam kết thực hiện tốt các biện pháp cách ly y tế tại nhà cụ thể như sau:*

1. Chấp hành nghiêm quy định, thời gian về cách ly điều trị tại nhà. Tiếp tục thực hiện theo dõi sức khỏe tại nhà sau khi kết thúc cách ly y tế theo quy định.

2. Tuyệt đối không ra khỏi phòng/nhà cách ly trong suốt thời gian cách ly.

3. Thực hiện đầy đủ Thông điệp 5K và các biện pháp phòng, chống dịch bệnh COVID-19 theo hướng dẫn và khuyến cáo của Bộ Y tế. Cài đặt và sử dụng các phần mềm khai báo y tế điện tử. Thực hiện khai báo y tế hàng ngày và thông báo cho cán bộ y tế khi có biểu hiện ho, sốt, đau rát họng, khó thở...

4. Phối hợp với cán bộ y tế để được lấy mẫu xét nghiệm SARS-CoV-2 trong quá trình cách ly theo quy định.

Nếu vi phạm cam kết, tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật và đền bù các chi phí phát sinh do việc tôi không tuân thủ các quy định về cách ly y tế tại nhà.

**II. CHỦ HỘ/ĐẠI DIỆN NGƯỜI Ở CÙNG NHÀ**

*Tôi xin cam kết:*

1. Đảm bảo đủ điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị đáp ứng yêu cầu cách ly y tế tại nhà đối với người cách ly. Thực hiện vệ sinh khử khuẩn và thu gom rác thải hàng ngày theo quy định.

2. Theo dõi, giám sát, nhắc nhở người cách ly thực hiện đúng các yêu cầu về cách ly y tế phòng, chống dịch COVID-19, không ra khỏi nhà và cách ly đủ thời gian theo quy định.

3. Không tiếp xúc gần với người cách ly;

4. Không cho người khác vào nhà trong suốt thời gian thực hiện cách ly y tế (trừ người ở cùng nhà, nhân viên y tế và người có thẩm quyền giám sát cách ly y tế).

5. Báo ngay cho cán bộ y tế khi người cách ly tự ý rời khỏi nhà hoặc có các triệu chứng nghi ngờ mắc bệnh như ho, sốt, đau rát họng, khó thở.

6. Tự theo dõi sức khỏe. Khi có biểu hiện nghi ngờ như ho, sốt, đau rát họng, khó thở thì phải báo ngay cho cán bộ y tế.

7. Phối hợp với cán bộ y tế để được lấy mẫu xét nghiệm SARS-CoV-2 theo quy định.

8. Người ở cùng nhà hạn chế tiếp xúc với người xung quanh, không ra khỏi nhà, thực hiện Thông điệp 5K và ghi chép đầy đủ các mốc tiếp xúc trong thời gian có người cách ly tại nhà.

Nếu vi phạm cam kết, tôi xin chịu mọi trách nhiệm theo quy định của pháp luật./.

*………., ngày.... tháng.... năm 202...*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Người cách ly** | **Chủ hộ/Đại diện người ở cùng nhà** | **Tổ dân phố/thôn** | **Tổ trưởng Tổ Covid cộng đồng** |

|  |
| --- |
| **UBND xã……...** |

**PHỤ LỤC 4**

MẪU BẢN CAM KẾT CHO NGƯỜI CHĂM SÓC, HỖ TRỢ NGƯỜI CÁCH LY

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
---------------**

**BẢN CAM KẾT**

**Thực hiện các biện pháp phòng, chống dịch COVID-19**

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

Số CMT/CCCD: ………………………………… Điện thoại: …………………

Họ và tên người chăm sóc, hỗ trợ: ………………………………………………

Số CMT/CCCD: ……………………………… Điện thoại: ……………………

*Tôi là người chăm sóc, hỗ trợ người cách ly tại nhà tại địa chỉ: …………………*

*………………………………………………………………………………………………*

*………………………………………………………………………………………………*

*xin cam kết thực hiện các biện pháp phòng, chống dịch COVID-19 cụ thể như sau:*

1. Hướng dẫn cho người cách ly và bản thân thực hiện nghiêm Thông điệp 5K, các biện pháp phòng, chống dịch theo quy định.

2. Cài đặt và sử dụng các phần mềm khai báo y tế điện tử. Thực hiện theo dõi sức khỏe, đo thân nhiệt cho người cách ly và bản thân. Thực hiện khai báo y tế hàng ngày và thông báo cho cán bộ y tế hàng ngày và khi bản thân hoặc người cách ly có ho, sốt, đau rát họng, khó thở.

3. Tuyệt đối không ra khỏi nhà trong suốt thời gian cách ly.

4. Phối hợp với cán bộ y tế để được lấy mẫu xét nghiệm SARS-CoV-2 trong quá trình cách ly theo quy định.

5. Chủ động vệ sinh khử khuẩn phòng cách ly, quần áo, đồ dùng cá nhân và của người cách ly.

Nếu vi phạm cam kết, tôi xin chịu mọi trách nhiệm theo quy định của pháp luật./.

*………., ngày.... tháng.... năm 202...*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Người cách ly** | **Chủ hộ/Đại diện người ở cùng nhà** | **Tổ dân phố/thôn** | **Tổ trưởng Tổ Covid cộng đồng** |

|  |
| --- |
| **UBND xã……...** |

**PHỤ LỤC 5**

**DANH SÁCH QUẢN LÝ NGƯỜI NHIỄM COVID-19 TẠI NHÀ**

Trang bìa

|  |
| --- |
| **TÊN CƠ SỞ Y TẾ****……………….** **DANH SÁCH QUẢN LÝ****NGƯỜI NHIỄM COVID-19 TẠI NHÀ****Năm 20…** |

Trang bên trái

**DANH SÁCH QUẢN LÝ NGƯỜI NHIỄM COVID-19 TẠI NHÀ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên người nhiễm COVID-19** | **Ngày tháng** **năm sinh** | **Giới** | **Địa chỉ** | **Điện thoại** **người nhiễm** **COVID-19** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

Trang bên phải

**DANH SÁCH QUẢN LÝ NGƯỜI NHIỄM COVID-19 TẠI NHÀ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Họ tên người nhà** | **Điện thoại** **người nhà** | **Ngày xác định** **nhiễm COVID-19** | **Ngày kết** **thúc quản lý tại nhà** | **Ngày chuyển viện và nơi** **chuyển đến** | **Tử** **vong** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

**PHỤ LỤC 6**

|  |  |
| --- | --- |
| **ỦY BAN NHÂN DÂN……..-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------** |
| Số: ………/QĐ…….. | *……., ngày  tháng  năm 20….* |

**QUYẾT ĐỊNH**

**Áp dụng biện pháp cách ly y tế tại nhà/nơi lưu trú đối với người mắc COVID-19 (F0) trên địa bàn**

**UBND………………**

*Căn cứ Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm năm 2007;*

*Căn cứ Nghị định số*[*101/2010/NĐ-CP*](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/the-thao-y-te/nghi-dinh-101-2010-nd-cp-huong-dan-luat-phong-chong-benh-truyen-nhiem-112597.aspx)*ngày 30/9/2010 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm về áp dụng biện pháp cách ly y tế, cưỡng chế cách ly y tế và chống dịch đặc thù trong thời gian có dịch;*

*Căn cứ quyết định số 879/QĐ-BYT ngày 12/3/2020 của Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn cách ly y tế tại nhà, nơi lưu trú phòng chống dịch COVID-19”;*

*Căn cứ Quyết định số*[*4038/QĐ-BYT*](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/the-thao-y-te/quyet-dinh-4038-qd-byt-2021-huong-dan-tam-thoi-ve-quan-ly-nguoi-nhiem-covid19-tai-nha-485482.aspx)*ngày 21/8/2021 của Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn tạm thời về quản lý người nhiễm COVID-19 tại nhà;*

*Căn cứ Kế hoạch số…../KH-UBND ngày của UBND tỉnh về việc thực hiện quản lý, chăm sóc người nhiễm COVID-19 tại nhà trên địa bàn tỉnh Quảng Bình*

*Theo Biên bản đánh giá đủ điều kiện cách ly tại nhà đối với người bệnh COVID-19.*

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Áp dụng biện pháp cách ly y tế tại nhà/nơi lưu trú đối với:

Ông/Bà:……………………………………………………. Nam/Nữ:…………………….

Ngày/tháng/năm sinh:… /…. /….. Số điện thoại:………………………………

Số CMND / CCCD / Hộ chiếu :………………………………….. Quốc tịch………………….

Địa chỉ lưu trú:…………………………………………………………………

Địa chỉ cách ly:…………………………………………………………………

Lý do cách ly: người mắc COVID-19 (F0) điều trị tại nhà/nơi lưu trú.

Ngày xét nghiệm test nhanh/PCR dương tính:…./…./…….

Thời gian thực hiện cách ly: kể từ ngày..../..../ đến khi đủ tiêu chuẩn khỏi bệnh. Trong thời gian áp dụng biện pháp cách ly y tế tại nhà/nơi lưu trú, Ông/Bà và chủ hộ/người chăm sóc/người ở cùng nhà phải tuân thủ đúng các nội dung đã cam kết về thực hiện các biện pháp cách ly tại nhà phòng, chống bệnh COVID-19. Người mắc COVID-19 khi có dấu hiệu chuyển nặng phải thông báo ngay cho nhân viên y tế để được hướng dẫn và điều trị kịp thời.

**Điều 2.** Giao…………………. là đơn vị tiếp nhận và hướng dẫn cách ly y tế theo quy định.

**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày áp dụng biện pháp cách ly.

**Điều 4.** …………………….. chịu trách nhiệm thi hành quyết định này./.

***Nơi nhận:* UBND XÃ/PHƯỜNG/THỊ TRẤN**

**PHỤ LỤC 7**

**BẢNG THEO DÕI SỨC KHOẺ NGƯỜI NHIỄM COVID-19 TẠI NHÀ**

Họ và tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sinh ngày: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ Giới tính: □ Nam. □ Nữ          Điện thoại: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Họ và tên người chăm sóc: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sinh ngày: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **↓ Nội dung                      Ngày theo dõi →** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **8** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** |
|  |  | S | C | S | C | S | C | S | C | S | C | S | C | S | C | S | C | S | C | S | C | S | C | S | C | S | C | S | C |
|  | ***Liên hệ ngay với nhân viên y tế nếu có 1 trong số dấu hiệu sau: SpO2*** *≤95****%, nhịp thở*** *≥21* ***lần/phút, mạch <50 hoặc >120 lần/phút, huyết áp <90/60*** |
| 1. | **Mạch (lần/phút)** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2. | **Nhiệt độ hằng ngày (độ C)** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3. | **Nhịp thở** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4. | **SpO2 (%)** *(nếu có thể đo)* |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5. | **Huyết áp tối đa (mmHg)** *(nếu có thể đo)* |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  | **Huyết áp tối thiểu (mmHg)** *(nếu có thể đo)* |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6. | **KHÔNG TRIỆU CHỨNG** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  | *Chú ý đến sức khỏe của bạn. Nếu bạn có bất kỳ triệu chứng nào, hãy viết (C): hoặc (K) là KHÔNG bên dưới cho mỗi triệu chứng hằng ngày.* |
| 7. | **Mệt mỏi** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 8. | **Ho** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 9. | **Ho ra đờm** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 10. | **Ớn lạnh/gai rét** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 11. | **Viêm kết mạc** (mắt đỏ) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 12. | **Mất vị giác hoặc khứu giác** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 13. | **Tiêu chảy** (phân lỏng / đi ngoài) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  | ***Liên hệ ngay với nhân viên y tế nếu có một trong số các triệu chứng sau*** |
| 14. | **Ho ra máu** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 14. | **Thở dốc hoặc khó thở** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 15. | **Đau tức ngực kéo dài** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 16. | **Lơ mơ, không tỉnh táo** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Triệu chứng khác: Đau họng, nhức đầu, chóng mặt, chán ăn, buồn nôn và nôn, đau nhức cơ… thêm vào phần “Ghi chú”

Ghi chú: ………………………………………………………..…………………………….

**PHỤ LỤC 8**

**VỆ SINH KHỬ KHUẨN, QUẢN LÝ CHẤT THẢI**

**1. Vệ sinh khử khuẩn môi trường**

- Thực hiện vệ sinh môi trường, khử khuẩn tối thiểu 2 lần/ngày tại các vị trí: Sàn nhà, sàn khu vệ sinh và bề mặt thường xuyên tiếp xúc như bàn, ghế, thành giường, tủ quần áo, tủ lạnh, tay nắm cửa, bồn cầu, lavabo, vòi nước,...

- Phải làm sạch bề mặt, đồ dùng, vật dụng trước khi tiến hành khử khuẩn. Người chăm sóc phải được hướng dẫn thực hiện và đeo khẩu trang, găng tay khi thực hiện làm sạch, khử khuẩn bề mặt môi trường.

- Dung dịch làm sạch và khử trùng bằng chất tẩy rửa thông thường và cồn 70 độ. Thường xuyên sử dụng cồn 70 độ để lau các bề mặt các thiết bị điện, điện tử như công tắc đèn, điều khiển ti vi, điện thoại,... Trước khi lau phải tắt nguồn điện.

**2. Khử khuẩn quần áo, đồ dùng của người cách ly**

- Giặt riêng quần áo của người cách ly. Tốt nhất giặt ngay trong phòng cách ly và phơi khô tự nhiên hoặc sấy

- Trước khi giặt, phải ngâm đồ vải với xà phòng giặt trong tối thiểu 20 phút.

**3. Quản lý chất thải từ phòng cách ly**

- Phân loại: chất thải là khẩu trang, khăn, giấy lau mũi miệng phát sinh từ phòng cách ly tại nhà, nơi lưu trú phải được bỏ vào túi đựng chất thải, sau đó xịt cồn 70 độ để khử trùng và buộc chặt miệng túi, tiếp tục bỏ vào thùng đựng chất thải lây nhiễm có lót túi, có nắp đậy kín, có dán nhãn **“CHẤT THẢI CÓ NGUY CƠ CHỨA SARS-CoV-2”.**

- Thu gom: trước khi thu gom, túi đựng chất thải phải buộc kín miệng túi và tiếp tục bỏ vào túi đựng chất thải lây nhiễm thứ 2, buộc kín miệng túi, sau đó bỏ vào thùng thu gom chất thải lây nhiễm. Thùng thu gom chất thải lây nhiễm phải có thành cứng, có nắp đậy kín, có bánh xe đẩy, bên ngoài thùng có dán nhãn **“CHẤT THẢI CÓ NGUY CƠ CHỨA SARS-CoV-2”**. Các chất thải khác thực hiện thu gom và xử lý theo quy định của Bộ Tài nguyên và Môi trường.

Trong quá trình thu gom, thùng đựng chất thải phải đậy nắp kín, đảm bảo không bị rơi, rò rỉ chất thải ra ngoài. Sau đó phải thực hiện khử trùng và xử lý môi trường theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

- Vận chuyển, xử lý chất thải lây nhiễm hoặc có nguy cơ lây nhiễm: thực hiện theo hướng dẫn tại Quyết định số 4437/QĐ-UBND ngày 07/12/2017 của UBND tỉnh về việc phê duyệt kế hoạch thu gom, vận chuyển và xử lý chất thải rắn y tế nguy hại trên địa bàn tỉnh Quảng Bình.

**PHỤ LỤC 9**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
---------------**

 *….., ngày  tháng  năm 20…*

**GIẤY XÁC NHẬN
HOÀN THÀNH CÁCH LY Y TẾ TẠI NHÀ/NƠI LƯU TRÚ**

UBND xã/phường/thị trấn ……………………………………………

Căn cứ Quyết định cách ly số :…………… /QĐ…………, ngày…./…./………… **xác nhận:**

Ông/Bà:…………………………………………………………….. Nam/Nữ:

Ngày/tháng/năm sinh:… /… / ….Số điện thoại: …………………………

Số CMND / CCCD / Hộ chiếu : ………………………..Quốc tịch …………

Địa chỉ lưu trú: ………………………………………………….

Địa chỉ cách ly: …………………………………………………………

Lý do cách ly: người mắc COVID-19 (F0) điều trị tại nhà.

Ngày xét nghiệm test nhanh/PCR dương tính: …………………………………

**ĐÃ HOÀN THÀNH CÁCH LY Y TẾ TẠI NHÀ/NƠI LƯU TRÚ:**

Thời gian thực hiện cách ly: từ ngày..../..../….. đến ngày..../..../………….

Kết quả xét nghiệm kể từ ngày áp dụng biện pháp cách ly:

- Lần 1: ngày……………………… kết quả……………………..

- Lần 2: ngày……………………… kết quả……………………..

- Lần ………………………..

|  |  |
| --- | --- |
|    | **UBND XÃ/PHƯỜNG/THỊ TRẤN** |