

THÔNG TIN KHAI BÁO Y TẾ (PHÒNG CHỐNG DỊCH COVID-19)

Khuyến cáo: Khai báo thông tin sai là vi phạm pháp luật Việt Nam và có thể xử lý hình sự

Khai hộ:

Họ tên (ghi chữ IN HOA) (*).....

Số hộ chiếu /CMND/CCCD.....

Năm sinh (*)..... Giới tính (*): Nam/Nữ/Khác

Quốc tịch (*).....

Có thẻ bảo hiểm y tế:.....

Địa chỉ liên lạc tại Việt Nam

Tỉnh thành (*).....

Quận / huyện (*).....

Phường / xã (*).....

Số nhà, phố, tổ dân phố/thôn/đội (*).....

Điện thoại (*):

Email:.....

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có đến quốc gia/vùng lãnh thổ nào (Có thể đi qua nhiều quốc gia):

.....

.....

.....

Di chuyển trong nước (*)

Phương tiện đi lại (*).....	
Nơi đi (*).....	Điểm đi (*).....
Nơi đến (*).....	Điểm đến (*).....
Số hiệu phương tiện (*)	Số ghế.....
Ngày khởi hành (*).....	Ngày tới (*).....

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không?

(*)

Triệu chứng	Có	Không
Sốt (*)		
Ho (*)		
Khó thở (*)		
Viêm phổi (*)		
Đau họng (*)		
Mệt mỏi (*)		

Trong vòng 14 ngày qua, Anh/Chị có tiếp xúc với (*)

	Có	Không
Người bệnh hoặc nghi ngờ, mắc bệnh COVID-19 (*)		
Người từ nước có bệnh COVID-19 (*)		
Người có biểu hiện (Sốt, ho, khó thở , Viêm phổi) (*)		
Hiện tại Anh/Chị có các bệnh nào dưới đây (*)		
Tên bệnh	Có	Không
Bệnh gan mãn tính (*)		
Bệnh máu mãn tính (*)		
Bệnh phổi mãn tính (*)		
Bệnh thận mãn tính (*)		
Bệnh tim mạch (*)		
Huyết áp cao (*)		
Suy giảm miễn dịch (*)		
Người nhận ghép tạng , Thủy xương (*)		
Tiểu đường (*)		
Ung thư (*)		
	Có	Không
Bạn có đang trong thời gian thai kỳ hay không? (*)		

Mã bảo mật (*).....

Dữ liệu bạn cung cấp hoàn toàn bảo mật và chỉ phục vụ cho việc phòng chống dịch, thuộc quản lý của Ban chỉ đạo quốc gia về Phòng chống dịch Covid-19. Khi bạn nhấn nút "Gửi" là bạn đã hiểu và đồng ý.