

Số: /HD-SYT

Long An, ngày tháng 3 năm 2022

## HƯỚNG DẪN

### **Tổ chức, thực hiện quản lý, giám sát và chăm sóc F0 tại nhà trên địa bàn tỉnh**

Căn cứ Quyết định số 261/QĐ-BYT ngày 31/01/2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn quản lý người mắc COVID-19 tại nhà;

Căn cứ Công văn số 5599/BYT-MT ngày 14 tháng 7 năm 2021 của Bộ Y tế về Hướng dẫn tạm thời về cách ly y tế tại nhà phòng, chống dịch COVID-19.

Thực hiện Kế hoạch số 624/KH-UBND tỉnh ngày 03/3/2022 Kế hoạch tổ chức thực hiện quản lý, điều trị và chăm sóc người nhiễm COVID-19 tại nhà, nơi lưu trú trên địa bàn tỉnh;

Sở Y tế hướng dẫn việc tổ chức, thực hiện quản lý, giám sát và chăm sóc F0 tại nhà trên địa bàn tỉnh, cụ thể như sau:

### **I. ĐỐI TƯỢNG SỬ DỤNG; ĐỐI TƯỢNG QUẢN LÝ; ĐIỀU KIỆN THỰC HIỆN CÁCH LY TẠI NHÀ**

#### **1. Đối tượng sử dụng**

1. Trạm y tế cấp xã; Phòng khám đa khoa khu vực; Trạm y tế lưu động; Trung tâm y tế huyện, thành phố; Trung tâm vận chuyển cấp cứu và các cơ sở được phân công tham gia công tác quản lý người mắc COVID-19 tại nhà (*sau đây gọi tắt là Cơ sở quản lý người mắc COVID-19 tại nhà*).

2. Ban Chỉ đạo phòng, chống dịch COVID-19 cấp xã, cấp huyện.

3. Nhân viên tham gia công tác quản lý người mắc COVID-19 tại nhà.

#### **2. Đối tượng quản lý tại nhà**

Người nhiễm COVID-19 đáp ứng các điều kiện sau:

##### *2.1. Tiêu chí lâm sàng đối với người nhiễm COVID-19*

a) Là người mắc COVID-19 (được khẳng định nhiễm SARS-CoV-2 bằng xét nghiệm realtime RT-PCR hoặc test nhanh kháng nguyên theo quy định hiện hành) không có triệu chứng lâm sàng; hoặc có triệu chứng lâm sàng ở mức độ nhẹ: như sốt, ho khan, đau họng, nghẹt mũi, mệt mỏi, đau đầu, đau mỏi cơ, tê lưỡi; tiêu chảy, chảy mũi, mất mùi, mất vị.

b) Không có các dấu hiệu của viêm phổi hoặc thiếu ô xy; nhịp thở < 20 lần/phút; SpO<sub>2</sub> > 96% khi thở khí trời; không có thở bất thường như thở rên, rút lõm lồng ngực, phập phồng cánh mũi, thở khò khè, thở rít ở thì hít vào.

c) Không mắc bệnh nền hoặc có bệnh nền nhưng đang được điều trị ổn định. Nếu là phụ nữ thì không đang mang thai (Danh mục các bệnh nền tại **Phụ lục 1**).

## *2.2. Khả năng người nhiễm COVID-19 tự chăm sóc*

a) Có thể tự chăm sóc bản thân như ăn uống, tắm rửa, giặt quần áo, vệ sinh và có thể tự theo dõi tình trạng sức khỏe theo hướng dẫn của nhân viên y tế.

b) Có khả năng liên lạc với nhân viên y tế để được theo dõi, giám sát và khi có tình trạng cấp cứu: Có khả năng giao tiếp và sẵn có phương tiện liên lạc như điện thoại, máy tính...

c) Trường hợp người mắc COVID-19 không có khả năng tự chăm sóc, gia đình phải có người chăm sóc đáp ứng các tiêu chí của mục a, b ở trên.

## **3. Yêu cầu, điều kiện khi thực hiện cách ly, điều trị F0 tại nhà**

### *3.1. Yêu cầu cơ sở vật chất, trang thiết bị đảm bảo cách ly y tế, quản lý F0 tại nhà*

a) Trước cửa nhà có biển cảnh báo nền đỏ, chữ vàng: “**ĐIỂM ĐIỂM CÁCH LY Y TẾ PHÒNG, CHỐNG DỊCH COVID-19**”; có thùng rác màu vàng có biểu tượng chất thải lây nhiễm có dán nhãn “**CHẤT THẢI CÓ NGUY CƠ CHỨA SARS-COV-2**” để đựng chất thải y tế cơ nguy cơ lây nhiễm;

b) Đảm bảo không gian riêng (tốt nhất là có phòng riêng); dụng cụ sinh hoạt riêng tối thiểu; không sử dụng điều hoà trung tâm. Phòng đảm bảo thoáng khí (tốt nhất nên thường xuyên mở cửa sổ); Có dụng cụ đo thân nhiệt cá nhân trong phòng;

c) Phải trang bị đầy đủ phương tiện phòng hộ cá nhân phòng, chống lây nhiễm (khẩu trang, găng tay, ...) để người nhà sử dụng khi bắt buộc phải tiếp xúc gần với người cách ly;

d) Bố trí bàn trước cửa phòng cách ly để cung cấp suất ăn, nước uống và các nhu yếu phẩm khác cho người cách ly. Không mang đồ dùng, vật dụng của người cách ly ra khỏi nhà.

e) Các quy định khác do Ban Chỉ đạo cấp huyện, cấp xã xem xét quyết định theo quy định và điều kiện thực tế của địa phương.

### *3.2. Yêu cầu với F0 cách ly y tế tại nhà*

a) Chấp hành nghiêm các quy định về thời gian cách ly, điều trị; có cam kết với chính quyền địa phương theo mẫu tại **Phụ lục 3**.

b) Không ra khỏi phòng/nhà cách ly trong suốt thời gian cách ly, không tiếp xúc với người trong gia đình cũng như những người khác. Không tiếp xúc với động vật nuôi.

c) Luôn thực hiện Thông điệp 5K và các biện pháp phòng, chống dịch theo quy định.

d) Tự đo thân nhiệt, theo dõi sức khỏe và khai báo, cập nhật hàng ngày theo hướng dẫn; đặc biệt khi có biểu hiện nghi ngờ như ho, sốt, đau rát họng, khó thở... Trường hợp không thể tự đo thân nhiệt thì cán bộ y tế hoặc người chăm sóc, hỗ trợ (nếu có) sẽ thực hiện đo cho người cách ly.

đ) Không dùng chung các đồ dùng, vật dụng cá nhân như bát, đĩa, thìa, cốc, bàn chải đánh răng, khăn mặt với người trong cùng gia đình.

e) Tự thực hiện các biện pháp vệ sinh khử khuẩn nơi ở hàng ngày và phân loại chất thải theo hướng dẫn tại **Phụ lục 8**.

g) Sau khi hết thời gian cách ly, phải thực hiện tiếp việc tự theo dõi sức khỏe tại nhà theo quy định.

h) Được lấy mẫu xét nghiệm SARS-CoV-2 theo quy định.

### *3.3. Yêu cầu với người ở cùng nhà*

a) Có cam kết với chính quyền địa phương theo mẫu tại **Phụ lục 3** và cùng ký cam kết với người chăm sóc, hỗ trợ người cách ly, người ở cùng nhà theo mẫu tại **Phụ lục 4**.

b) Không tiếp xúc với F0 khi không cần thiết, thực hiện Thông điệp 5K và phải ghi chép đầy đủ các mốc tiếp xúc trong thời gian cách ly tại nhà.

c) Cung cấp suất ăn, nước uống và các nhu yếu phẩm cần thiết riêng cho F0 hàng ngày.

d) Báo ngay cho cán bộ y tế khi F0 tự ý rời khỏi nhà hoặc có các triệu chứng nghi ngờ mắc bệnh như ho, sốt, đau rát họng, khó thở.

đ) Vệ sinh khử khuẩn nhà ở hàng ngày và phân loại chất thải theo hướng dẫn tại **Phụ lục 8**.

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

g) 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. Tuyệt đối không đi ra khỏi nhà trong suốt thời gian cách ly y tế tại nhà.

h) Tất cả người đang ở cùng nhà phải được lấy mẫu xét nghiệm SARSCoV-2 cùng thời điểm với F0. Sắp xếp một khu vực trong nhà để nhân viên y tế lấy mẫu xét nghiệm và giám sát y tế khi có yêu cầu.

## II. CÁC HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO F0 CÁCH LY TẠI NHÀ

### 1. Hoạt động 1. Xác định, lập danh sách F0 cách ly điều trị tại nhà

a) UBND cấp xã và các đơn vị liên quan (Trạm Y tế, đại diện tổ dân phố/ấp...) kiểm tra điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị đảm bảo cách ly F0 tại nhà theo biên bản đánh giá đủ điều kiện cách ly F0 tại nhà; cấp giấy xác nhận đủ điều kiện cách ly tại nhà/nơi lưu trú theo mẫu tại **Phụ lục 2A, 2B**. Thực hiện ký cam kết với F0 và người chăm sóc, hỗ trợ người cách ly; người ở cùng nhà (nếu có) theo **Phụ lục 3, Phụ lục 4**. Lập và quản lý danh sách người F0 đang cách ly tại nhà trên địa bàn xã, phường, thị trấn theo **Phụ lục 5**. Ban hành quyết định cách ly y tế tại nhà theo **Phụ lục 6**.

- Trạm y tế xã, phường, thị trấn chịu trách nhiệm tiếp nhận, cập nhật danh sách người F0 được chăm sóc, quản lý trên địa bàn vào file excel, số theo dõi để theo dõi và báo cáo. Trong vòng 4-6 giờ kể từ khi tiếp nhận thông tin F0, chuyển thông tin F0 (*họ tên, số điện thoại của F0, số điện thoại của người nhà F0, địa chỉ cư trú, tình trạng hiện tại, tiền sử tiêm vắc xin, bệnh nền nếu có*) cho các tổ chức (*Trạm Y tế lưu động, Tổ COVID-19 cộng đồng; Tổ Chăm sóc người nhiễm COVID-19 tại cộng đồng*) hoặc nhân viên y tế của trạm được phân công quản lý người nhiễm COVID-19 tại nhà.

b) UBND cấp xã phân công các bộ phận liên quan thực hiện giám sát cách ly tại nhà, cụ thể:

- Lực lượng dân quân, công an: Thực hiện dán biển cảnh báo nền đỏ, chữ vàng: **“ĐIỂM CÁCH LY Y TẾ PHÒNG, CHỐNG DỊCH COVID-19”** tại nhà của người cách ly. Phân công nhân sự tuần tra, kiểm soát đảm bảo an ninh trật tự, giám sát sự tuân thủ của người cách ly.

- Trạm Y tế cấp xã, trạm y tế lưu động, Tổ chăm sóc người nhiễm COVID-19 tại cộng đồng: thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn về y tế tại các hoạt động ở mục **2; 3; 4 và 5**.

- Phân công lực lượng hỗ trợ cung cấp thực phẩm, các nhu yếu phẩm và các yêu cầu cần thiết khác đến tận nhà ở/hộ gia đình của người cách ly.

### 2. Hoạt động 2. Hướng dẫn F0 tự chăm sóc và tự theo dõi sức khỏe tại nhà

Trong vòng 12 giờ sau khi nhận được danh sách F0, tổ chức/cá nhân được phân công quản lý F0 phải tiếp cận F0 hoặc gia đình F0 để hướng dẫn những điều cần tuân thủ, tự chăm sóc và theo dõi sức khỏe tại nhà.

a) *Chuẩn bị các vật dụng cần thiết khi cách ly tại nhà gồm:* Nhiệt kế, thiết bị đo SpO2 (nếu cần thiết), máy đo huyết áp; khẩu trang y tế; phương tiện vệ sinh tay;

dung dịch nước muối sinh lý để súc họng, rửa mũi; vật dụng cá nhân, thùng chứa chất thải lây nhiễm có nắp đậy.

- Hướng dẫn F0 tự chăm sóc, theo dõi sức khỏe tại nhà:

+ Mang khẩu trang thường xuyên, trừ khi ăn uống, vệ sinh cá nhân. Thay khẩu trang hai lần một ngày hoặc khi cần, sát khuẩn tay trước khi loại bỏ khẩu trang.

+ Thường xuyên sát khuẩn tay; khử khuẩn các vật dụng và bề mặt tiếp xúc như mặt bàn, tay nắm cửa, bồn cầu, lavabo...

+ Đo thân nhiệt, SpO<sub>2</sub> (nếu có) tối thiểu 2 lần/ngày vào buổi sáng và buổi chiều, hoặc khi cảm thấy có dấu hiệu sốt, khó thở.

+ Khai báo y tế mỗi ngày ít nhất 02 lần hoặc khi có triệu chứng bất thường (nhịp thở, thân nhiệt, SpO<sub>2</sub>...) tại **Phụ lục 7**.

+ Nghỉ ngơi, vận động thể lực nhẹ (phù hợp với tình trạng sức khỏe); tập thở ít nhất 15 phút mỗi ngày; uống nước thường xuyên, không đợi đến khi khát mới uống nước; không bỏ bữa; tăng cường dinh dưỡng: ăn đầy đủ chất, ăn trái cây, uống nước hoa quả...và suy nghĩ tích cực, duy trì tâm lý thoải mái.

+ Có số điện thoại, có thể kết nối qua mạng xã hội với nhân viên y tế để liên hệ khi cần tư vấn, hỗ trợ; số điện thoại của Trạm Y tế, Trạm Y tế lưu động hoặc Tổ chăm sóc người nhiễm COVID-19 tại cộng đồng của xã, phường, thị trấn.

+ Tất cả thành viên ở cùng nhà với người F0 phải khai báo sức khỏe qua ứng dụng khai báo y tế điện tử PC - COVID mỗi ngày ít nhất một lần hoặc khi cần.

+ Người nhiễm COVID-19 cần thực hiện đầy đủ các nội dung theo Hướng dẫn Chăm sóc người nhiễm COVID-19 tại nhà và Hướng dẫn Chế độ dinh dưỡng cho người nhiễm COVID-19 tại nhà theo hướng dẫn của Bộ Y tế (Quyết định số 4156/QĐ-BYT ngày 28/8/2021).

*b) Chuẩn bị thuốc điều trị tại nhà gồm:* Thuốc điều trị COVID-19 tại nhà do cơ sở y tế cấp phát. Thuốc đang điều trị bệnh nền (tăng huyết áp, đái tháo đường, tim mạch, hen phế quản...) đủ sử dụng trong 01 tháng.

*c) Các dấu hiệu cần báo ngay cho Cơ sở quản lý người nhiễm COVID-19 tại nhà:* Người F0 hoặc người chăm sóc báo ngay cho Cơ sở đang quản lý người nhiễm COVID-19 tại nhà nếu người F0 có **MỘT** trong các dấu hiệu sau đây:

- Khó thở, thở hụt hơi, hoặc ở trẻ em có dấu hiệu thở bất thường: thở rên, rút lõm lồng ngực, phập phồng cánh mũi, khò khè, thở rít thì hít vào.

- Nhịp thở tăng:  $\geq 20$  lần/phút đối với người lớn;  $\geq 40$  lần/phút đối với trẻ từ 1 - 5 tuổi;  $\geq 30$  lần/phút đối với trẻ từ 5 - 12 tuổi. (Lưu ý đếm nhịp thở ở trẻ em: đếm đủ trong 1 phút khi trẻ nằm yên không khóc).

- SpO2  $\leq$  96% (nếu có thể đo). Khi phát hiện bất thường đo lại lần 2 sau 30 giây đến 1 phút, khi đo yêu cầu giữ yên vị trí đo.

- Mạch nhanh  $>$  120 nhịp/phút hoặc dưới 50 nhịp/phút.

- Huyết áp thấp: Huyết áp tối đa  $<$  90 mmHg, huyết áp tối thiểu  $<$  60 mmHg (nếu đo được).

- Đau tức ngực thường xuyên, cảm giác bó thắt ngực, đau tăng khi hít sâu.

- Thay đổi ý thức: Lú lẫn, ngủ rũ, lơ mơ, rất mệt/mệt lả, trẻ quấy khóc, li bì khó đánh thức, có giật.

- Tím môi, tím đầu móng tay, móng chân, da xanh, môi nhợt, lạnh đầu ngón tay, ngón chân.

- Không thể uống hoặc bú kém/giảm, ăn kém, nôn (ở trẻ em). Trẻ có biểu hiện hội chứng viêm đa hệ thống: sốt cao, đỏ mắt, môi đỏ, lưỡi dâu tây, ngón tay chân sưng phù nổi hồng ban...

- Mặc thêm bệnh cấp tính: sốt xuất huyết, tay chân miệng...

- Bất kỳ tình trạng bất ổn nào của người mắc COVID-19 mà thấy cần báo cơ sở y tế.

### **3. Hoạt động 3. Theo dõi sức khỏe và khám bệnh, kê đơn điều trị tại nhà**

Gồm các hoạt động sau:

#### *a) Theo dõi sức khỏe F0*

- Quản lý danh sách các trường hợp F0 đang cách ly tại nhà trên địa bàn được phân công phụ trách.

- Tổ chức thăm khám; phát hoặc hướng dẫn sử dụng thuốc điều trị COVID-19 tại nhà cho người F0 theo quy định và một số trang thiết bị theo dõi sức khỏe như nhiệt kế, máy đo SpO2 (nếu có); theo dõi sức khỏe tại nhà, kịp thời phát hiện các trường hợp F0 có triệu chứng chuyển nặng để kịp thời đưa đến các cơ sở cách ly điều trị.

- Hướng dẫn người F0 khai báo tình hình sức khỏe mỗi ngày, lập phiếu theo dõi sức khỏe, kịp thời phát hiện các trường hợp có triệu chứng nặng để phối hợp với Đội đáp ứng nhanh của huyện, thành phố vận chuyển người bệnh tới các bệnh viện/TTYT huyện để điều trị.

- Luôn sẵn sàng tiếp nhận điện thoại của người F0 để tư vấn hoặc khám chữa bệnh tại nhà trong trường hợp cần can thiệp y tế hoặc không liên hệ được.

#### *b) Khám bệnh, kê đơn điều trị tại nhà*

- Điều trị triệu chứng: Kê đơn, cấp phát thuốc điều trị triệu chứng

+ Sốt:

Đối với người lớn: > 38,5°C hoặc đau đầu, đau người nhiều: uống mỗi lần 1 viên thuốc hạ sốt như paracetamol 0,5 g, có thể lặp lại mỗi 4-6 h, ngày không quá 4 viên, uống oresol nếu ăn kém/giảm hoặc có thể dùng uống thay nước.

Đối với trẻ em: > 38,5 °C, uống thuốc hạ sốt như paracetamol liều 10-15 mg/kg/lần, có thể lặp lại mỗi 4-6 h, ngày không quá 4 lần.

Nếu sau khi dùng thuốc hạ sốt 2 lần không đỡ, yêu cầu người mắc COVID-19 thông báo ngay cho Cơ sở quản lý người mắc COVID-19 tại nhà để được xử trí.

+ Ho: dùng thuốc giảm ho khi ho khan nhiều.

- Kê đơn, cấp phát thuốc điều trị ngoại trú: thực hiện theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do Bộ Y tế ban hành.

- Khám, chữa bệnh tại nhà bởi Trạm y tế lưu động hoặc Đội y tế lưu động: Căn cứ vào số ca mắc và khu vực có ca mắc trên địa bàn phường, xã để thành lập các Trạm y tế lưu động hoặc Đội y tế lưu động sẵn sàng hỗ trợ cấp cứu cho người bệnh tại nhà.

- Danh mục thuốc điều trị ngoại trú cho người mắc COVID-19 tại nhà trong Phụ lục 10 ban hành kèm theo Hướng dẫn này.

#### *c) Phát hiện và xử trí diễn biến bất thường liên quan bệnh nền*

- Sau khi thăm khám, đánh giá về bệnh nền, nếu phát hiện diễn biến bất thường liên quan bệnh nền cần tư vấn người bệnh chuyển đến quản lý theo dõi tại cơ sở y tế.

- Hội chẩn chuyên gia y tế tuyến trên cho những trường hợp có bệnh nền khó, phức tạp chưa có điều kiện vận chuyển ngay đến cơ sở y tế.

- Hướng dẫn người chăm sóc, người mắc COVID-19 về việc chuyển người bệnh đến các cơ sở y tế khi có các tình trạng cấp cứu đối với các bệnh lý khác như nguy cơ tai biến sản khoa, chấn thương, đột quỵ...đồng thời thông báo cho các cơ sở y tế nơi tiếp nhận các bệnh nhân này về tình trạng nhiễm COVID-19 của họ.

#### **4. Hoạt động Xét nghiệm COVID-19 để kết thúc cách ly**

a) Xét nghiệm COVID-19 cho người mắc COVID-19 để kết thúc cách ly y tế: Thực hiện theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do Bộ Y tế ban hành.

b) Trạm Y tế lưu động/Trạm y tế xã, phường, thị trấn có nhiệm vụ làm xét nghiệm hoặc hướng dẫn tự xét nghiệm tại nhà cho người chăm sóc hoặc người ở cùng nhà với người mắc COVID-19 (xét nghiệm realtime RT-PCR hoặc test nhanh kháng nguyên) khi có triệu chứng nghi mắc COVID-19.

**Lưu ý:** Trạm Y tế, UBND cấp xã cấp giấy xác nhận hoàn thành cách ly y tế tại nhà/nơi lưu trú và khỏi bệnh covid-19 theo **Phụ lục 9**.

#### **5. Xử trí cấp cứu, chuyển viện**

a) Cơ sở quản lý người mắc COVID-19 tại nhà hướng dẫn người mắc COVID-19 khi có các dấu hiệu, triệu chứng cấp cứu cần liên hệ ngay với Cơ sở quản lý người mắc COVID-19 tại nhà hoặc Trung tâm vận chuyển cấp cứu để được hỗ trợ xử trí cấp cứu, chuyển viện kịp thời.

b) Trong thời gian chờ đợi chuyển tuyến, Cơ sở quản lý người mắc COVID-19 hướng dẫn, xử trí cấp cứu cho người bệnh.

## **6. Tiêu chuẩn kết thúc cách ly, điều trị F0 tại nhà**

Thực hiện theo quy định hiện hành của Bộ Y tế (Hiện tại thực hiện theo Quyết định số 250/QĐ-BYT ngày 28/01/2022. Khi văn bản của Bộ Y tế có thay đổi sẽ cập nhật theo Hướng dẫn mới của Bộ Y tế).

Hướng dẫn này thay thế Văn bản số 6048/SYT-NV ngày 07/9/2021 của Sở Y tế tỉnh Long An Hướng dẫn tạm thời về quản lý, chăm sóc người nhiễm COVID-19 tại nhà. Sở Y tế sẽ tiếp tục cập nhật, điều chỉnh khi có thay đổi.

### ***Nơi nhận:***

- BCĐ PC Covid-19 tỉnh ( để báo cáo);
- Sở Chỉ huy PC Covid-19 tỉnh ( để báo cáo);
- UBND tỉnh ( để báo cáo);
- Ủy ban Mặt trận Tổ quốc Việt Nam tỉnh;
- Văn phòng Tỉnh ủy( để báo cáo);
- Các Tổ chức Chính trị - Xã hội tỉnh;
- Báo Long An;
- Đài Phát thanh và Truyền hình tỉnh;
- UBND huyện, thị xã Kén Tường, TP Tân An;
- BGĐ SYT (để c/đ);
- Các đơn vị trực thuộc Sở Y tế( để thực hiện);
- Website Sở Y tế;
- Lưu: VT, NV.

**GIÁM ĐỐC**

**Huỳnh Minh Phúc**



## **PHỤ LỤC 1.**

### **DANH MỤC CÁC BỆNH NÈN (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 2A.**

UBND....

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

Số: /GXN-UBND

.....ngày .....tháng .....năm 20....

**BIÊN BẢN ĐÁNH GIÁ ĐỦ ĐIỀU KIỆN CÁCH LY F0 TẠI NHÀ**

Địa điểm:..... Ngày.../.../..... ;... giờ..... phút.

Tổ đánh giá điều kiện cách ly F0 tại nhà (Đại diện UBND xã; Nhân viên Trạm y tế, Tổ trưởng Tổ dân phố/ trưởng ấp; Tổ Covid cộng đồng.....)

**I. THÔNG TIN GIÁM SÁT F0 CÁCH LY TẠI NHÀ**

- Họ và tên:..... Ngày sinh: //

- BMI (Chiều cao / Cân nặng): Số điện thoại.

- Địa chỉ cách ly:.....ấp/KP.....  
Xã/Phường/thị trấn..... Huyện/TP.....

- Ngày Xn Test nhanh hoặc PCR .../... /.....Kết quả..... Chỉ số CT:.....

Đã tiêm vắc xin Covid-19, Mũi 1 ngày.../.../..... Mũi 2 ngày.../.../....., mũi 3 ngày.../.../.....,

**II. ĐÁNH GIÁ ĐIỀU KIỆN CÁCH LY, VỀ HỖ TRỢ CÁCH LY TẠI NHÀ: (đánh dấu chọn ô phù hợp)**

| STT | Điều kiện  | Đạt | Không |
|-----|--|-----|-------|
| 1   | Người F0 không triệu chứng hoặc triệu chứng mức độ nhẹ (không có suy hô hấp: SpO2 > 96%, nhịp thở < 20 lần/phút), trên 01 tuổi đến dưới 50 tuổi, không có bệnh nền, phụ nữ không đang mang thai  |     |       |
| 2   | Người F0 có khả năng tự chăm sóc: Có khả năng liên lạc với nhân viên y tế để được theo dõi, giám sát và khi có tình trạng cấp cứu. Đối với trẻ em, người có bệnh lý nền không tự chăm sóc cá nhân được thì cần có người hỗ trợ và chăm sóc khi cách ly tại nhà |     |       |
| 3   | Có không gian riêng dành cho người F0, có cửa sổ thông thoáng, Có bàn hoặc ghế cá nhân đặt trước cửa phòng cách ly để nhận thức ăn và các vật dụng cá nhân cần thiết; có thùng rác cá nhân có nắp và túi rác đi kèm. Có dụng cụ, hóa                           |     |       |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
|   | chất để vệ sinh khử khuẩn  |  |  |
| 4 | Có số điện thoại riêng, có sẵn số điện thoại của cơ sở y tế, số điện thoại của Đội đáp ứng nhanh để liên hệ khi cần thiết. |  |  |
| 5 | Có sẵn dung dịch khử khuẩn tay và bề mặt, nước súc họng hoặc nước muối sinh lý (0,9%), khẩu trang y tế, nhiệt kế           |  |  |

### III. KẾT LUẬN

1. Đủ điều kiện cách ly tại nhà (ĐẠT: Khi các mục 1, 2, 3, 4, 5 đều đạt)

Địa chỉ .....

Kể từ ngày..... đến khi đủ tiêu chuẩn khỏi bệnh có giấy xác nhận của UBND cấp xã.

Họ tên nhân viên phụ trách.....

.....

2. Không đủ điều kiện cách ly tại nhà và hướng xử lý

.....

.....

.....

Biên bản làm việc kết thúc ngày..... lúc..... giờ..... phút ngày.../.../.....

....., ngày.... tháng.... năm 202.....

**Chủ hộ/  
Đại diện người ở cùng nhà**

**UBND cấp xã/TYT**

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

UBND....

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc 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 ĐIỀU TRỊ 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 điều trị):.....

**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 điều trị tại nhà.

**CHỦ TỊCH**

Nơi nhận:

(Ký, ghi họ tên và đóng dấu)

- Lưu:...

**PHỤ LỤC 3**

MẪU BẢN CAM KẾT CHO NGƯỜI CÁCH LY ĐIỀU TRỊ

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**BẢN CAM KẾT**

**Thực hiện các biện pháp cách ly điều trị 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 điều trị):

**I. NGƯỜI CÁCH LY**

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

1. Chấp hành nghiêm quy định về cách ly điều trị tại nhà. Cách ly đủ số ngày theo quy định. Tiếp tục thực hiện theo dõi sức khỏe tại nhà sau khi kết thúc cách ly điều trị theo quy định.

2. Tuyệt đối không ra khỏi phòng cách ly trong suốt thời gian cách ly điều trị.

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 và các dấu hiệu bất thường khác.

4. Phối hợp với cán bộ y tế để được lấy mẫu xét nghiệm SARS-CoV-2 trong quá trình cách ly điều trị 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 điều trị 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 điều trị 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 điều trị thực hiện đúng các yêu cầu về cách ly điều trị 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 điều trị.

4. Không cho người khác vào nhà trong suốt thời gian thực hiện cách ly điều trị (trừ 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 như ho, sốt, đau rát họng, khó thở hay bất kỳ các dấu hiệu bất thường khác.

6. Tự theo dõi sức khỏe. Thực hiện đúng các yêu cầu về điều trị của 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 cô người cách ly điều trị 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/  
Đại diện người ở cùng nhà**

**UBND cấp xã/TYT**

## **PHỤ LỤC 4**

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

**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 điều trị 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 phòng cách ly 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/  
Đại diện người ở cùng nhà**

**UBND cấp xã/TYT**

**PHỤ LỤC 5**

# **SỔ QUẢN LÝ NGƯỜI MẮC COVID-19 TẠI NHÀ**

(Ban hành kèm theo Hướng dẫn số            /HD-SYT ngày .... /.../ 2022 của Sở Y tế tỉnh Long An)

**Trang bìa**

**TÊN CƠ SỞ Y TẾ**

.....

## **DANH SÁCH QUẢN LÝ NGƯỜI MẮC COVID-19 TẠI NHÀ**

Năm 202.....

**Trang bên trái**







TẠI NHÀ/NƠI LƯU TRÚ

ỦY BAN NHÂN  
DÂN.....  
Số: ...../QĐ-UBND

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

....., 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 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 Công văn số 5599/BYT-MT ngày 14 tháng 7 năm 2021 của Bộ Y tế về Hướng dẫn tạm thời về cách ly y tế tại nhà phòng, chống dịch COVID-19.*

*Căn cứ Quyết định số 261/QĐ-BYT ngày 31/01/2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn quản lý người mắc COVID-19 tại nhà;*

*Căn cứ hướng dẫn số ...../HD-SYT ngày...../...../2022 của Sở Y tế tỉnh Long An về Quản lý, điều trị, chăm sóc người nhiễm COVID-19 tại nhà trên địa bàn tỉnh Long An;*

*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:**

- Như Điều 2, Điều 4;

-.....

- Lưu:....

**UBND XÃ/PHƯỜNG/THỊ TRẤN**

## BẢNG THEO DÕI SỨC KHỎE NGƯỜI NHIỄM COVID-19 TẠI NHÀ

(Ban hành kèm theo Hướng dẫn số /HD-SYT ngày .... /.../ 2022 của Sở Y tế tỉnh Long An)

Họ và tên:..... Sinh ngày...../...../.....Giới tính:.....Điện thoại:.....

Họ và tên người chăm sóc:..... Sinh ngày...../...../.....số điện thoại:.....

| TT  | Nội dung↓ Ngày theo dõi<br>→              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
|   |   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 8 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   | Buổi (sáng/chiều)                         | s | l | 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 |  |
| <b>Liên hệ ngay với nhân viên y tế nếu có 1 trong số dấu hiệu sau : <math>SpO_2 \leq 96\%</math>, nhịp thở <math>\geq 20</math> lần/phút, mạch <math>&lt; 50</math> hoặc <math>&gt; 120</math> lần / phút, huyết áp <math>&lt; 90/60</math>mmHg</b> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 1   | Mạch (lần/phút)                           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 2   | Nhiệt độ hàng ngày (độ C)                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 3   | Nhịp thở                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 4   | SpO2 (%)                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 5   | Huyết áp tối đa (mmHg)<br>(Nếu có thể đo) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 6   | Huyết áp tối thiểu (mmHg) (Nếu có thể đo) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 7   | <b>KHÔNG TRIỆU CHỨNG</b>                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| <b>Chú ý đến sức khỏe của bạn. Nếu bạn có bất kỳ triệu chứng nào, hãy viết (C) là CÓ: hoặc (K) là KHÔNG bên dưới cho mỗi triệu chứng hàng ngày .</b>  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 8   | Mệt mỏi                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 9   | Ho  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 10  | Ho có đờm                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 11.   | Ớn lạnh, gai rét                          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 12  | Viêm kết mạc (mắt đỏ)                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 13  | Mất vị giác hoặc khứu giác                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 14.   | Tiêu chảy (phân lỏng/đi ngoài)            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| <b>Liên hệ ngay với nhân viên y tế khi có một trong số các triệu chứng sau</b>  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 15.   | Ho ra máu                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 16  | Thở dốc hoặc khó thở                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 17  | Đau tức ngực kéo dài                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 18  | 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”

**Ghichú:**.....

.....

.....

## **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 trẻ 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 còn 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 điều trị**

- 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 điều trị**

- 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 biểu tượng cảnh báo chất thải có chứa chất gây bệnh đặt ở trong phòng cách ly. Bên ngoài túi, thùng 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. Các thùng đựng chất thải phải được thu gom riêng. Trong quá trình thu gom, thùng đựng chất thải phải đậy nắp kín, đảm bảo không bị rơi, rò rỉ chất thải ra ngoài.

- Vận chuyển, xử lý chất thải: Các địa phương quy định tần suất thu gom, người chịu trách nhiệm thu gom, phương tiện vận chuyển, biện pháp xử lý chất thải của người cách ly bảo đảm yêu cầu.

**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 VÀ KHỎI BỆNH COVID-19**

Trạm Y tế, 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 VÀ KHỎI BỆNH COVID-19:**

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 .....

**TRẠM Y TẾ XÃ/PHƯỜNG/THỊ TRẤN      UBND XÃ/PHƯỜNG/THỊ TRẤN**



## PHỤ LỤC 10

### Danh mục thuốc điều trị ngoại trú cho người mắc COVID-19 tại nhà

(Ban hành kèm theo Hướng dẫn số /HD-SYT ngày .... /.../ 2022 của Sở Y tế tỉnh Long An)

#### 1. Các nhóm thuốc trong Danh mục, bao gồm:

| TT | Tên thuốc   |
|----|---|
| 1. | Thuốc hạ sốt, giảm đau  |
|    | Paracetamol:<br>- cho trẻ em: gói bột hoặc cốm pha hỗn dịch uống hàm lượng 80 mg, 100 mg, 150 mg hoặc 250 mg;<br>- cho người lớn: viên nén 250 mg hoặc 500 mg.  |
| 2. | Thuốc kháng vi rút: lựa chọn một trong các thuốc sau:<br>Favipiravir 200 mg, 400 mg (viên).<br>Molnupiravir 200 mg, 400 mg (viên).  |
| 3. | Thuốc chống viêm corticosteroid đường uống: Thuốc không phát sẵn cho người mắc COVID-19, thuốc phải được bác sỹ kê đơn theo quy định tại Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do Bộ Y tế ban hành và chỉ kê đơn điều trị trong 1 ngày trong thời gian chờ chuyển đến cơ sở điều trị người bệnh COVID-19. Lựa chọn một trong các thuốc sau:<br>- Dexamethason 0,5 mg (viên nén)<br>- Methylprednisolon 16 mg (viên nén). |
| 4. | Thuốc chống đông máu đường uống: Thuốc không phát sẵn cho người mắc COVID-19, thuốc phải được bác sỹ kê đơn theo quy định tại Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do Bộ Y tế ban hành và chỉ kê đơn điều trị trong 1 ngày trong thời gian chờ chuyển đến cơ sở điều trị người bệnh COVID-19. Lựa chọn một trong các thuốc sau:<br>- Rivaroxaban 10 mg (viên).<br>- Apixaban 2,5 mg (viên).                             |

## **2. Lưu ý thuốc kháng vi rút, thuốc chống viêm corticosteroid và thuốc chống đông máu:**

a) Thực hiện kê đơn điều trị ngoại trú theo quy định tại Thông tư 52/2017/TTBYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế quy định về Đơn thuốc và việc kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú và Thông tư 18/2018/TT-BYT ngày 22/8/2018 của Bộ Y tế về sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 52/2017/TTBYT.

b) Thuốc kháng vi rút dùng sớm ngay sau khi có chẩn đoán xác định mắc COVID-19, tốt nhất trong 05 ngày đầu kể từ khi khởi phát triệu chứng. Ưu tiên sử dụng cho những trường hợp có triệu chứng hoặc có nguy cơ cao bệnh tiến triển nặng như người trên 65 tuổi, chưa tiêm đủ liều vắc xin, có bệnh nền không ổn định...

c) Chỉ định điều trị kết hợp đồng thời thuốc chống viêm corticosteroid và thuốc chống đông máu khi người bệnh COVID-19 có bất kỳ một trong các dấu hiệu sớm của suy hô hấp và chỉ kê đơn điều trị trong 1 ngày trong thời gian chờ chuyển đến cơ sở điều trị người bệnh COVID-19.

Các dấu hiệu suy hô hấp là:

(1) Khó thở, thở hụt hơi, hoặc khó thở tăng lên khi vận động (đứng lên, đi lại trong nhà) hoặc ở trẻ em có dấu hiệu thở bất thường: thở rên, rút lõm lồng ngực, phập phồng cánh mũi, khò khè, thở rít thì hít vào, và/hoặc

(2) Nhịp thở (ở trẻ em đếm đủ nhịp thở trong 1 phút khi trẻ nằm yên không khóc):

≥ 20 lần/phút ở người lớn;

≥ 30 lần/phút ở trẻ em từ 5 - dưới 12 tuổi;

≥ 40 lần/phút ở trẻ em từ 1 đến dưới 5 tuổi; và/hoặc

(3)  $SpO_2 \leq 96\%$  (khi phát hiện bất thường đo lại lần 2 sau 30 giây đến 1 phút, khi đo yêu cầu giữ yên vị trí đo).

d) Khi kê đơn, lưu ý kiểm tra kỹ các chống chỉ định, khai thác thông tin về các thuốc người bệnh đang sử dụng để tránh các tương tác thuốc nghiêm trọng khi kê đơn. Tư vấn cho người bệnh hoặc người chăm sóc nhận biết một số tác dụng không mong muốn quan trọng của thuốc để kịp thời phát hiện và xử trí phù hợp trong quá trình sử dụng.

