

BIỂU MẪU SÀNG LỌC COVID-19

Chữ Cái Đầu Tên Của Bệnh Nhân: _____

Ngày: _____

Quý vị có một trong các triệu chứng mới sau đây đã tiến triển trong vòng 14 ngày qua không:

| | | |
|---|----|-------|
| Mất vị giác hoặc khứu giác? | Có | Không |
| Mới bị ho? | Có | Không |
| Khó thở? | Có | Không |
| Buồn ói, ói mửa hoặc tiêu chảy nghiêm trọng? | Có | Không |
| Sốt hoặc cảm thấy ớn lạnh? | Có | Không |
| Kết quả xét nghiệm dương tính với COVID-19 | Có | Không |

Viết Tắt Tên Của Nhân viên:

HOẶC

Quý vị đã tiếp xúc với người có
kết quả xét nghiệm dương tính
trong 3 tuần qua?

| | | |
|--|----|-------|
| Quý vị đang chờ kết quả xét nghiệm covid gần đây? | Có | Không |
|--|----|-------|



Quý vị không được phép vào thăm khám nếu trả lời **CÓ** cho bất kỳ câu hỏi nào ở trên.