**Phụ lục 6: Mẫu Quyết định phê duyệt người nhiễm COVID-19 không triệu chứng cách ly, điều trị tại nhà**

*(Kèm theo Văn bản số /SYT-NVY ngày /11/2021 của Sở Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| **UBND (BCĐ PC DỊCH)**  **XÃ, PHƯỜNG, THỊ TRẤN**  Số: /QĐ-UBND/BCĐ | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  *Hà Tĩnh, ngày tháng năm 2021* |

**QUYẾT ĐỊNH**

**Phê duyệt danh sách người nhiễm COVID-19 không có triệu chứng hoàn thành thời gian cách ly, theo dõi sức khỏe tại nhà**

**CHỦ TỊCH ỦY BAN NHÂN DÂN (TRƯỞNG BCĐ PC DỊCH)**

**XÃ, PHƯỜNG, THỊ TRẤN…**

*Căn cứ Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm ngày 21/11/2007;*

*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 Quyết định số 447/QĐ-TTg ngày 01/4/2020 của Thủ tướng Chính phủ về việc công bố dịch COVID-19;*

*Căn cứ Quyết định số 4038/QĐ-BYT ngày 21/8/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành "Hướng dẫn tạm thời về quản lý người nhiễm COVID-19 tại nhà”.*

*Căn cứ Quyết định 4156/QĐ-BYT ngày 28/08/2021 của Bộ Y tế về việc Ban hành Tài liệu Hướng dẫn chăm sóc người nhiễm COVID-19 tại nhà.*

*Căn cứ Hướng dẫn số 4319/HD-SYT ngày 10/11/2021 của Sở Y tế về việc* *triển khai tổ chức Trạm Y tế lưu động phòng, chống dịch COVID-19, Tổ Chăm sóc người nhiễm COVID-19 tại cộng đồng trên địa bàn tỉnh và quản lý, chăm sóc người nhiễm COVID-19 tại nhà;*

*Căn cứ Quyết định số /QĐ-… ngày / /20… của…… về việc phê duyệt danh sách người nhiễm COVID-19 không có triệu chứng áp dụng biện pháp cách ly, theo dõi sức khỏe tại nhà;*

*Theo đề nghị của Trạm Y tế xã/phường/thị trấn ….tại Văn bản số ….. ngày …….*

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Phê duyệt danh sách người nhiễm COVID-19 không có triệu chứng hoàn thành thời gian cách ly, theo dõi sức khỏe tại nhà bao gồm ….người *(có Danh sách kèm theo).*

Thời gian hoàn thành cách ly: ngày / /20…

**Điều 2.** Công dân có tên tại Điều 1 tiếp tục tự theo dõi sức khỏe, thực hiện nghiêm thông điệp 5K của Bộ Y tế. Nếu thấy có một trong các biểu hiện sốt/ho/khó thở/đau rát họng phải thông báo cho chính quyền và cơ quan y tế địa phương nơi gần nhất để khám, điều trị kịp thời.

**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ban hành;

Trạm Y tế xã/phường/thị trấn và các cá nhân có tên tại Điều 1 chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***  - Như Điều 5;  - UBND huyện (để b/c);  - Lưu: VT,… | **TM. ỦY BAN NHÂN DÂN**  **CHỦ TỊCH**  **(***Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

**DANH SÁCH  
Người nhiễm COVID-19 không triệu chứng hoàn thành thời gian cách ly, theo dõi sức khỏe tại nhà**

*(Kèm theo Quyết định số /QĐ-... ngày /11/2021 của...)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Mã BN** | **Họ và tên** | **Giới tính** | **Năm sinh** | **Số CMND/ CCCD/  Hộ chiếu** | **Địa chỉ** | | | **Kế quả xét nghiệm** | **Ngày bắt đầu cách ly, điều trị** | **Ngày hoàn thành cách ly** | **Số điện thoại liên hệ** |
| **Xã, phường, thị trấn** | **Huyện/TP/TX** | **Tỉnh** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |