**Phụ lục 5: 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;**

**hoặc có triệu chứng lâm sàng ở mức độ nhẹ để áp dụng biện pháp cách ly, chăm sóc 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; Văn bản bản số: /SYT-NVY, ngày /11/2021 của Sở Y tế về việc hướng dẫn bổ sung việc quản lý, theo dõi cách ly người nhiễm COVID-19 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; hoặc có triệu chứng lâm sàng ở mức độ nhẹ cách ly, theo dõi tại nhà bao gồm ….người *(có Danh sách kèm theo).*

**Điều 2. Địa điểm, lý do và thời gian cách ly**

- Địa điểm cách ly: ………

- Lý do cách ly: Dương tính với SARS-CoV-2.

- Thời gian thực hiện cách ly: Kể từ ….... ngày …...

**Điều 3.** Trong thời gian cách ly, chăm sóc sức khỏe tại nhà cá nhân người nhiễm COVID-19 có trách nhiệm tuân thủ sự kiểm soát, quản lý của chính quyền và y tế địa phương; tuyệt đối không được ra khỏi nhà và tiếp xúc với người khác, trừ trường hợp phải chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định.

**Điều 4. Tổ chức thực hiện**

1. Trạm Y tế tuyến xã: Phân công nhân viên y tế phối hợp với thôn/tổ dân phố và Trạm Y tế lưu động (nếu có) chịu trách nhiệm chính việc theo dõi quản lý người nhiễm COVID-19 không có triệu chứng cách ly tại nhà trên địa bàn, báo cáo Trưởng Trạm Y tế khi có bất thường để xử trí và chuyển lên tuyến trên. Đảm bảo điện thoại của nhân viên y tế được phân công theo dõi người nhiễm COVID-19 không có triệu chứng cách ly tại nhà hoạt động 24/24 giờ.

2. Tổ dân phố/thôn/xóm

Huy động các tổ chức, đoàn thể trong tổ dân phố/thôn/xóm tham gia tiếp tế, cung cấp các nhu yếu phẩm cần thiết cho gia đình có người nhiễm COVID-19 không có triệu chứng cách ly, chăm sóc tại nhà.

3. Tổ COVID-19 cộng đồng

- Theo dõi, giám sát việc tuân thủ cách ly người nhiễm COVID không triệu chứng tại nhà trên địa bàn quản lý.

- Phối hợp, hỗ trợ với cán bộ y tế trong việc theo dõi giám sát sức khỏe người nhiễm COVID không triệu chứng tại nhà.

**Điều 5.** 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 áp dụng biện pháp cách ly, chăm sóc 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** | | | **Ngày bắt đầu cách ly, điều trị** | **Số điện thoại liên hệ** | **Ghi chú (chưa tiêm, đã tiêm 1 mũi, đã tiêm đủ 2 mũi vắc xin…)** |
| **Xã, phường, thị trấn** | **Huyện/TP/TX** | **Tỉnh** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |