

BỘ Y TẾ

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

Số: 3192 /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 25 tháng 8 năm 2014

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành Quy trình giám sát bệnh do vi rút Ê-bô-la

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;
Căn cứ Quyết định 2914/QĐ-BYT ngày 06 tháng 8 năm 2014 của Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn giám sát và phòng, chống bệnh do vi rút Ê-bô-la;
Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “ Quy trình giám sát bệnh do vi rút Ê-bô-la”.

Điều 2. “Quy trình giám sát bệnh do vi rút Ê-bô-la” là tài liệu hướng dẫn được áp dụng trong các cơ sở y tế dự phòng và các cơ sở khám, chữa bệnh nhà nước và tư nhân trên toàn quốc.

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

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ; Chánh Thanh tra Bộ; Vụ trưởng, Cục trưởng, Tổng Cục trưởng các Vụ, Cục, Tổng cục thuộc Bộ Y tế; Viện trưởng các Viện Vệ sinh dịch tễ/Pasteur; Giám đốc các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế; Giám đốc Trung tâm Y tế dự phòng, Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng y tế các Bộ, ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- BT. Nguyễn Thị Kim Tiến (để báo cáo);
- Các đồng chí Thứ trưởng (để phối hợp);
- Công TTĐT Bộ Y tế; ✓
- Lưu: VT, DP.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Thanh Long

QUY TRÌNH

Giám sát bệnh do vi rút Ê-bô-la

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 25 tháng 8 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

PHẦN 1. GIÁM SÁT BỆNH DO VI RÚT Ê-BÔ-LA TẠI CỬA KHẨU

Tăng cường giám sát, kiểm tra sàng lọc nhằm phát hiện sớm các trường hợp nghi ngờ tại khu vực cửa khẩu để cách ly kịp thời, hạn chế lây lan dịch bệnh qua cửa khẩu.

Kiểm dịch y tế phối hợp với các đơn vị chức năng tại cửa khẩu (Công an cửa khẩu, Biên phòng) tiếp nhận và xử lý thông tin, đồng thời quan sát thể trạng và giám sát thân nhiệt hành khách để phân loại hành khách.

1. Trường hợp hành khách sốt >38°C

Kiểm dịch viên y tế hướng dẫn hành khách đến khu vực cách ly và tiến hành các bước và phân loại sau:

- Kiểm tra lại thân nhiệt.
- Áp dụng khai báo y tế.
- Quan sát thể trạng.
- Điều tra theo mẫu phiếu Báo cáo trường hợp nghi ngờ, mắc bệnh nhóm A tại khu vực cửa khẩu.

1.1. Hành khách có yếu tố dịch tễ

Người có yếu tố dịch tễ là những người có tiền sử ở/đi/đến từ vùng/quốc gia có dịch hoặc tiếp xúc gần với người bị bệnh Ê-bô-la hoặc động vật nhiễm vi rút Ê-bô-la trong vòng 21 ngày.

Kiểm dịch viên y tế hướng dẫn hành khách đến phòng cách ly và thực hiện các bước sau:

- Áp dụng các biện pháp phòng hộ cá nhân cho hành khách.
- Khám lâm sàng sơ bộ, sơ cứu, điều trị sơ bộ (nếu cần thiết).
- Hoàn thiện Phiếu điều tra ca bệnh (*Phụ lục 3*).
- Chuyển bệnh nhân bằng xe chuyên dụng đến cơ sở y tế.

- Báo cáo Lãnh đạo Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế, Trung tâm Y tế dự phòng các tỉnh/thành phố có hoạt động kiểm dịch y tế, Sở Y tế, Viện Vệ sinh Dịch tễ, Viện Pasteur phụ trách và Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế.

- Thông báo và phối hợp các đơn vị chức năng tại cửa khẩu để làm thủ tục nhập cảnh cho hành khách.

- Thông báo và phối hợp với cơ sở y tế được quy định để chuẩn bị phòng cách ly, thu dung và điều trị bệnh nhân.

- Lập danh sách, điện thoại và địa chỉ cụ thể ở Việt Nam của những người ngồi cùng hoặc trước, sau, bên cạnh hai hàng ghế với hành khách đó trên cùng chuyến xe/toa tàu/máy bay:

+ Gửi Viện Vệ sinh Dịch tễ/Pasteur, Cục Y tế Dự phòng và TTYTDP tỉnh/thành phố trực thuộc Trung ương để quản lý và theo dõi trong vòng 21 ngày.

+ Hướng dẫn những người trong danh sách tự theo dõi sức khỏe và thông báo cho cán bộ y tế khi có yêu cầu hoặc khi xuất hiện một trong các triệu chứng nghi ngờ mắc bệnh do vi rút Ê-bô-la.

1.2. Hành khách không có yếu tố dịch tễ

Áp dụng kiểm tra và xử lý y tế theo quy định tại Nghị định số 103/201/NĐ-CP ngày 01/10/2010 của Thủ tướng Chính phủ Quy định chi tiết thi hành một số Điều của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới.

2. Trường hợp hành khách không có sốt

2.1. Hành khách có yếu tố dịch tễ

- Áp dụng khai báo y tế.

- Kiểm dịch viên xác nhận tờ khai y tế và hướng dẫn làm thủ tục nhập cảnh.

- Lập danh sách hành khách, gửi báo cáo hàng ngày theo quy định.

2.2. Hành khách không có yếu tố dịch tễ

Thực hiện thủ tục nhập cảnh bình thường.

PHẦN 2: GIÁM SÁT BỆNH DO VI RÚT Ê-BÔ-LA TẠI CỘNG ĐỒNG

Tăng cường giám sát chặt chẽ tại cộng đồng và cơ sở y tế đối với các trường hợp nghi ngờ mắc bệnh Ê-bô-la và có tiền sử đi về từ vùng có dịch trong vòng 21 ngày. Phát hiện sớm các trường hợp nghi ngờ mắc bệnh trong cộng đồng, xử lý triệt để ổ dịch, hạn chế tối đa khả năng dịch lan rộng trong cộng đồng.

1. Trường hợp người có yếu tố dịch tễ

- Lập danh sách những người cần theo dõi tại địa phương.

- Liên hệ và tư vấn cho người phải theo dõi về các biện pháp phòng bệnh.

- Giám sát tình trạng sức khỏe của người phải theo dõi đến hết 21 ngày kể từ ngày cuối cùng đối tượng rời khỏi vùng/quốc gia có dịch hoặc tiếp xúc gần với người bị bệnh do vi rút Ê-bô-la hoặc động vật nhiễm vi rút Ê-bô-la.

- Khi có thông tin đối tượng phải theo dõi rời khỏi địa phương thì phải thông báo cơ quan y tế địa phương nơi đối tượng sẽ đến để tiếp nhận và quản lý.

- Cung cấp số điện thoại và địa chỉ cụ thể cho người phải theo dõi để thông báo khi có biểu hiện sốt hoặc triệu chứng khác giống bệnh do vi rút Ê-bô-la

- Hướng dẫn người nghi ngờ:

+ Thực hiện các biện pháp vệ sinh phòng bệnh.

+ Hạn chế đi lại và tiếp xúc với người khác trong thời gian theo dõi.

+ Tự theo dõi sức khỏe, thông báo cho cán bộ y tế khi có yêu cầu hoặc khi xuất hiện một trong các triệu chứng nghi ngờ mắc bệnh do vi rút Ê-bô-la.

2. Trường hợp có ca bệnh nghi ngờ

2.1. Đối với ca bệnh nghi ngờ

- Áp dụng các biện pháp phòng hộ cá nhân.

- Chuyển người nghi ngờ mắc bệnh bằng xe chuyên dụng đến cơ sở y tế được quy định để cách ly, quản lý và điều trị theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

- Điều tra ca bệnh theo mẫu phiếu (*Phụ lục 4*).

- Lấy mẫu bệnh phẩm, bảo quản và vận chuyển đến Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương hoặc Viện Pasteur Hồ Chí Minh làm xét nghiệm chẩn đoán theo đúng quy trình.

- Các cán bộ tham gia điều tra, vận chuyển, xử lý người nghi ngờ mắc bệnh do vi rút Ê-bô-la phải sử dụng trang bị phòng hộ cá nhân đúng cách và hạn chế tối đa tiếp xúc trực tiếp để hạn chế lây nhiễm cho cán bộ y tế và cộng đồng.

2.2. Đối người tiếp xúc gần

- Người tiếp xúc gần bao gồm:

+ Người trực tiếp chăm sóc; người sống, làm việc cùng phòng, cùng gia đình với trường hợp bệnh xác định.

+ Người ngồi cùng hàng hoặc trước, sau, bên hai hàng ghế trên một cùng chuyến xe/toa tàu/máy bay.

+ Có tiếp xúc trực tiếp với trường hợp bệnh trong bất cứ hoàn cảnh nào.

- Lập danh sách những người tiếp xúc trực tiếp và tiếp xúc gần.

- Hướng dẫn các biện pháp phòng chống dịch bệnh do vi rút Ê-bô-la:

+ Phải thực hiện các biện pháp phòng hộ cá nhân (đeo khẩu trang N95, kính bảo hộ, mũ, găng tay, bao giày, quần áo) khi tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân.

+ Rửa tay ngay bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn khác sau mỗi lần tiếp xúc với người bệnh.

+ Hạn chế đi lại và tiếp xúc với người khác trong thời gian theo dõi.

+ Tự theo dõi sức khỏe, thông báo cho cán bộ y tế khi có yêu cầu hoặc khi xuất hiện một trong các triệu chứng nghi ngờ mắc bệnh do vi rút Ê-bô-la.

3. Trường hợp ghi nhận ca bệnh xác định

Khi ghi nhận ca bệnh xác định do vi rút Ê-bô-la, cần thực hiện ngay các hoạt động sau:

- Triển khai các hoạt động phòng chống dịch theo Quyết định số 2941/QĐ-BYT ngày 07/8/2014 của Bộ Y tế về Kế hoạch phòng chống bệnh do vi rút Ê-bô-la tại Việt Nam.

- Thành lập đội cơ động chống dịch.

- Tổ chức khoanh vùng, triển khai các biện pháp hạn chế đi lại khi cần thiết, áp dụng các biện pháp phòng bệnh rộng rãi, bắt buộc đối với người dân trong khu vực bệnh nhân cư trú.

- Tăng cường giám sát, phát hiện ca bệnh mới và chùm ca bệnh.

- Điều tra theo mẫu phiếu (*Phụ lục 4*).

- Báo cáo tình hình dịch về Viện Vệ sinh dịch tễ/Pasteur và Bộ Y tế.

- Khử trùng triệt để khu vực bệnh nhân cư trú.

- Thông tin giáo dục truyền thông về nguy cơ dịch bệnh, các biện pháp phòng chống.

- Thiết lập đường dây điện thoại nóng để trả lời, hướng dẫn nhân dân.

3.1. Đối với bệnh nhân

- Bệnh nhân phải được cách ly tại bệnh viện theo quy định.

- Hàng ngày các chất thải, dịch tiết của bệnh nhân phải được quản lý và xử lý theo đúng quy định.

- Trong thời gian điều trị, hạn chế tối đa việc vận chuyển người bệnh ra khỏi buồng bệnh và khu vực cách ly.

3.2. Đối với người tiếp xúc

- Lập danh sách những người tiếp xúc với bệnh nhân và theo dõi tình hình sức khỏe trong vòng 21 ngày kể từ khi tiếp xúc lần cuối. Nếu có sốt trên 38⁰C hoặc có các biểu hiện lâm sàng của bệnh do vi rút Ê-bô-la phải đến ngay cơ sở y tế để kiểm tra.

- Những người được cách ly theo dõi nên bố trí nơi ăn ngủ riêng, hạn chế đi lại, tiếp xúc với người khác.

- Tại gia đình, nơi tạm trú hoặc khu vực ổ dịch cần được khử trùng triệt để.

4. Xử lý môi trường

Khử trùng nhà ở, khu vực xung quanh, vật dụng, phương tiện chuyên chở và quản lý chất thải người nghi ngờ, người mắc bệnh theo quy định.

5. Khử trùng phương tiện vận chuyển.

- Vận chuyển bệnh nhân bằng xe chuyên dụng và đảm bảo an toàn cho người vận chuyển (lái xe, nhân viên y tế, người nhà...)

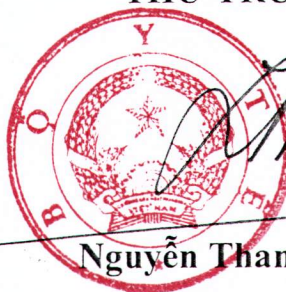
- Nhân viên vận chuyển người bệnh phải được trang bị phòng hộ cá nhân như khẩu trang, áo choàng dùng một lần, mặt nạ hoặc kính che mắt, găng tay, mũ.

- Sau khi vận chuyển, phương tiện vận chuyển phải được khử trùng theo đúng quy định.

PHẦN 3. THÔNG TIN BÁO CÁO

Thực hiện thông tin, báo cáo theo quy định tại Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2010 của Bộ Y tế hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm và các văn bản khác về thông tin, báo cáo dịch bệnh và theo Thông tư số 15/2014/TT-BYT ngày 15/5/2014 của Bộ Y tế hướng dẫn thông tin báo cáo hoạt động kiểm dịch y tế.

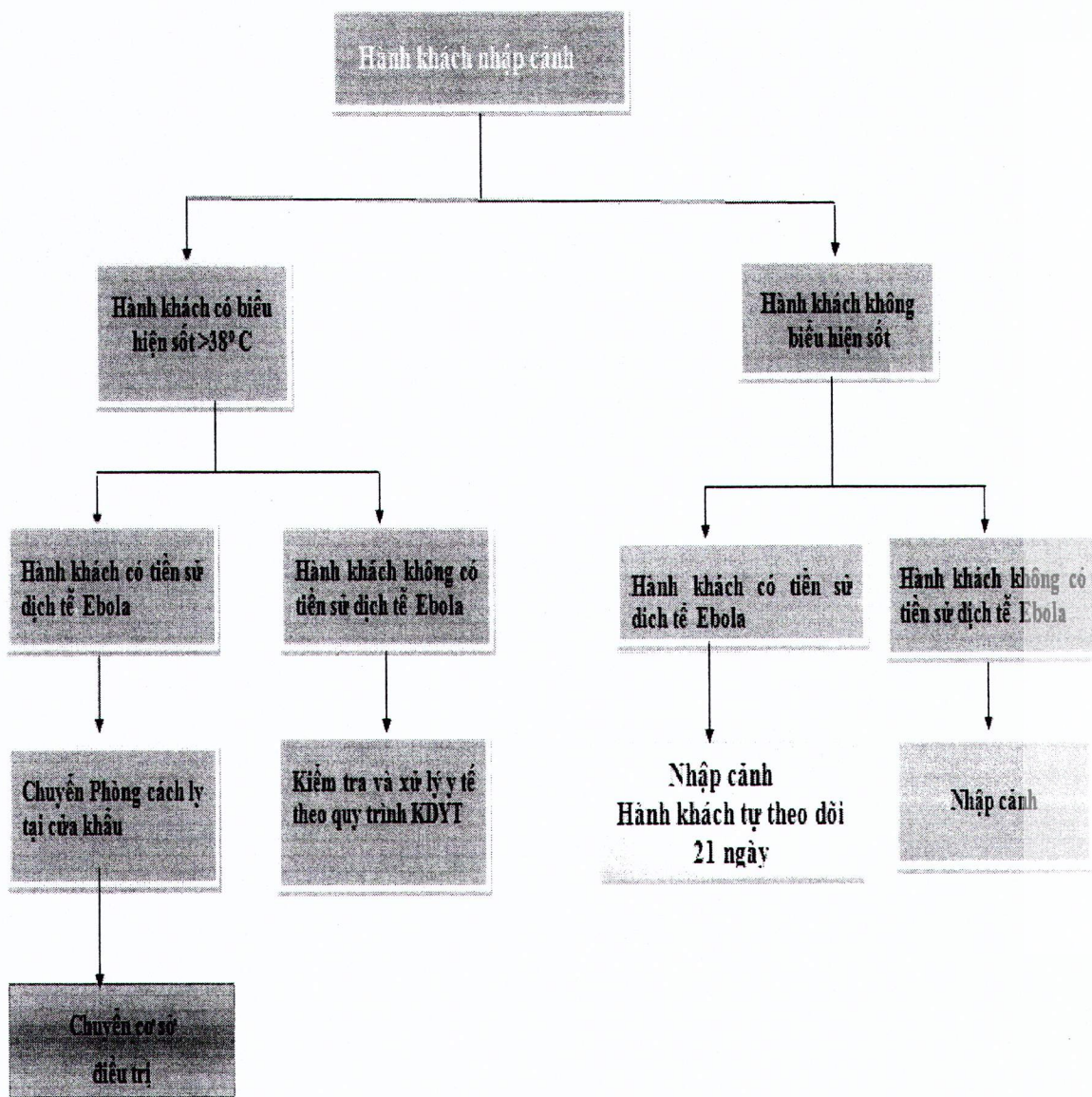
**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Nguyễn Thanh Long

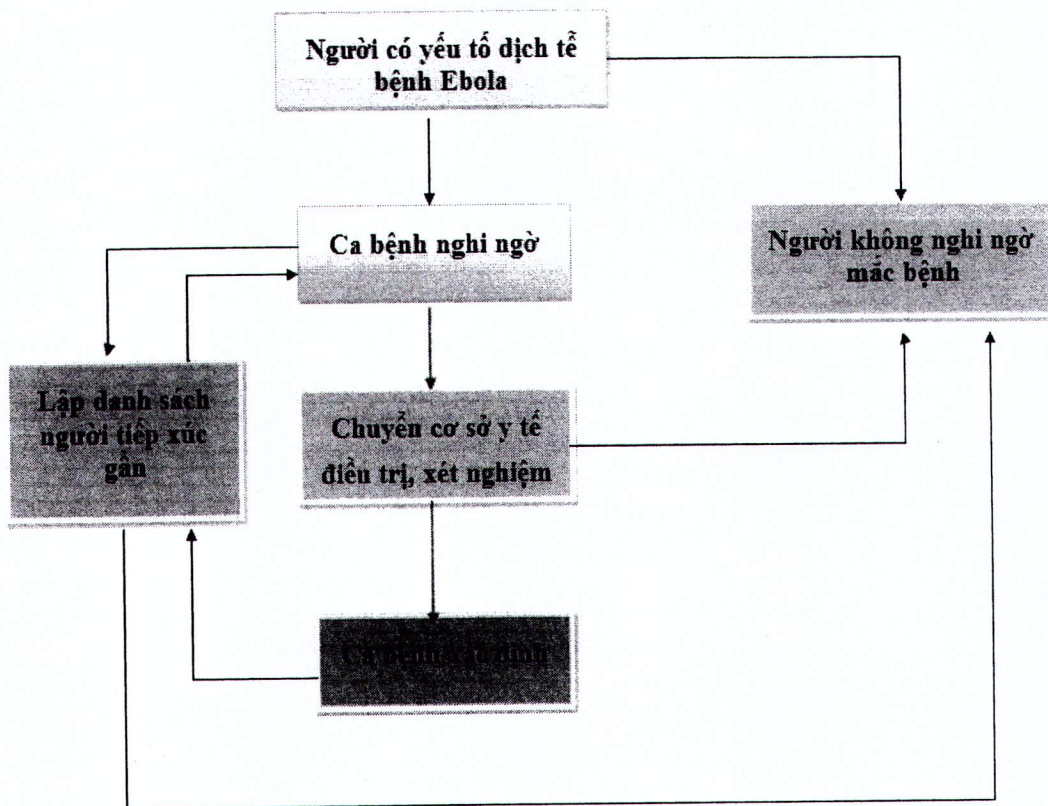
Phụ lục 1:

SƠ ĐỒ GIÁM SÁT BỆNH EBOLA TẠI CỬA KHẨU



Phụ lục 2:

SƠ ĐỒ GIÁM SÁT BỆNH EBOLA TẠI CỘNG ĐỒNG



Phụ lục 3:

PHIẾU ĐIỀU TRA CA BỆNH NGHI MẮC BỆNH DO VI RÚT EBOLA TẠI CỬA KHẨU

Ngày phát hiện điều tra: ___/___/_____

Đơn vị báo cáo:

Cửa khẩu _____ Cảng _____

Sân bay _____ Khác: _____

Họ và tên người điền phiếu: _____ Điện thoại: _____

THÔNG TIN CA BỆNH NGHI NGỜ

Họ và tên: _____

Ngày tháng năm sinh ___/___/___ Tuổi (năm) _____ Giới: Nam Nữ

Quốc tịch:Số hộ chiếu/CMND:.....

Nhập cảnh, xuất cảnh, quá cảnh qua cửa khẩu:.....giờ, ngày tháng..... năm.....

Phương tiện đi/đến..... số hiệu:.....

Nơi cư trú/đến ở Việt Nam:

Họ và tên chủ hộ _____

Thôn/xóm/khu _____ Xã/Phường _____

Quận/huyện _____ Tỉnh/thành phố _____

Điện thoại: _____ Email: _____

Nghề nghiệp (*đánh dấu ô thích hợp và ghi chi tiết nếu cần*)

Công nhân Nội trợ Trẻ em Thợ săn/bán thịt thú rừng

Nhân viên y tế, cụ thể: tên cơ sở y tế _____ Trình độ chuyên môn _____

Học sinh/sinh viên Khác (cụ thể) _____

TIỀN SỬ DỊCH TỄ

Quốc tịch: Guinea Liberia Nigeria Sierra Leone Khác _____

Ngày khởi phát ___/___/_____ (triệu chứng lâm sàng đầu tiên)

Địa chỉ nơi bệnh nhân xuất hiện triệu chứng: _____

Trong vòng 21 ngày kể từ ngày xuất hiện triệu chứng đầu tiên:

Có tiếp xúc với bệnh nhân mắc bệnh Ê-bô-la không? Có Không Không biết

Có ở/đi/đến các nước đang có dịch Ê-bô-la không? Có Không Không biết

Nếu có nước nào? _____ (ghi rõ tên nước/bang/quận)

Có tiếp xúc trực tiếp hoặc gần với các động vật nhiễm vi rút Ê-bô-la? Có Không Không biết

LÂM SÀNG

Bệnh nhân có các dấu hiệu sau không (đánh dấu tất cả những dấu hiệu mà bệnh nhân có)

Bệnh nhân có bị sốt không? Có Không Không biết

Nếu có, ngày bắt đầu sốt: ___/___/___ Nhiệt độ cao nhất _____ (độ C) hoặc _____ (độ F)

Bệnh nhân có hoặc đã có những dấu hiệu nào sau đây (đánh dấu tất cả những ô phù hợp và ghi cụ thể nếu cần):

Đau đầu.....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Tiêu chảy.....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Đau bụng.....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Nôn.....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Hôn mê.....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Chán ăn.....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Đau cơ.....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Khó nuốt.....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Khó thở.....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Ho nhiều.....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Nổi ban.....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Chảy máu tại vết tiêm.....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Chảy máu lợi (viêm lợi).....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Chảy máu mắt (viêm kết mạc).....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Ỉa phân máu hoặc phân đen (xuất huyết tiêu hóa).....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Nôn ra máu.....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Chảy máu mũi (chảy máu cam).....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết
Chảy máu đường sinh dục ngoài thời kỳ kinh nguyệt.....	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không biết

-----KẾT THÚC ĐIỀU TRA-----

DÀNH CÁN BỘ KIỂM DỊCH

- Thông báo cho Lãnh đạo cấp trên trực tiếp về ca nghi ngờ? Có Không

- Bệnh nhân có được đưa đến bệnh viện không? Có Không

o Nếu có, tên bệnh viện

_____ Ngày chuyển ___/___/___

KẾT QUẢ (Cập nhật 4 tuần sau ngày phát bệnh) Còn sống Tử vong, ngày tử vong: ___/___/___

PHÂN LOẠI CA BỆNH CUỐI CÙNG

Nghi ngờ Có thể Xác định Loại trừ

Phụ lục 4:

PHIẾU ĐIỀU TRA CA BỆNH NGHI NHIỄM EBOLA

Ngày phát hiện ca bệnh: ___/___/___

Đơn vị báo cáo (đánh dấu và ghi cụ thể):

- Đội cơ động, số _____ Cơ sở y tế _____
 Bệnh viện _____ Khác: _____

Họ và tên người điền phiếu: _____

Họ và tên người cung cấp thông tin: _____

Quan hệ của người cung cấp thông tin với bệnh nhân: _____

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Họ và tên: _____

Ngày tháng năm sinh ___/___/___ Tuổi (năm) ____ Giới: Nam Nữ

Họ và tên bố/mẹ _____

Nơi thường trú: Họ và tên chủ hộ _____

Thôn/xóm/khu _____ Xã/Phường _____

Quận/huyện _____ Tỉnh/thành phố _____

Tọa độ ngôi nhà: Vĩ độ _____ Kinh độ _____

Quốc tịch: _____ Dân tộc: _____

Nghề nghiệp của bệnh nhân (đánh dấu ô thích hợp và ghi chi tiết nếu cần)

- Công nhân Nội trợ Trẻ em Thợ săn/bán thịt thú rừng
 Nhân viên y tế, cụ thể: tên cơ sở y tế _____ Trình độ chuyên môn _____
 Thợ mỏ/người tìm vàng _____ Ngày bắt đầu làm mỏ: _____
 Học sinh/sinh viên Khác (cụ thể) _____

TÌNH TRẠNG CỦA BỆNH NHÂN

Tình trạng của bệnh nhân khi được phát hiện Còn sống Đã tử vong

Nếu đã tử vong, ngày tử vong ___/___/___

Nơi TV: Tại cộng đồng, Thôn/xóm/khu _____

Xã/phường _____ Quận/huyện _____ Tỉnh/thành phố _____

Bệnh viện, tên bệnh viện và tên khoa phòng _____

Quận/huyện _____ Tỉnh/thành phố _____

Nơi chôn cất: Thôn/xóm/khu _____ Xã/phường _____

Quận/huyện _____ Tỉnh/thành phố _____

TIỀN SỬ CỦA ĐỢT BỆNH

Ngày khởi phát ___/___/___

Địa chỉ nơi bệnh nhân bị bệnh:

Thôn/xóm/khu _____ Xã/phường _____

Quận/huyện _____ Tỉnh/thành phố _____

Bệnh nhân có đi ra khỏi nhà sau khi bị bệnh không Có Không Không biết

Nếu trả lời “Có”, địa chỉ các nơi bệnh nhân đã đến:

Thôn/xóm/khu	Xã/phường	Cơ sở y tế	Huyện	Tỉnh

LÂM SÀNG

Bệnh nhân có các dấu hiệu sau không (đánh dấu tất cả những dấu hiệu mà bệnh nhân có)

Bệnh nhân có bị sốt không? Có Không Không biết

Nếu có, ngày bắt đầu sốt: ___/___/___

Bệnh nhân có hoặc đã có những dấu hiệu nào sau đây (đánh dấu tất cả những ô phù hợp và ghi cụ thể nếu cần):

- | | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Đau đầu..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Tiêu chảy..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Đau bụng..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Nôn..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Hôn mê..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Chán ăn..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Đau cơ..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Khó nuốt..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Khó thở..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Ho nhiều..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Nổi ban..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Chảy máu tại vết tiêm..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Chảy máu lợi (viêm lợi)..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Chảy máu mắt (viêm kết mạc)..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Ỉa phân máu hoặc phân đen (xuất huyết tiêu hóa)..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Nôn ra máu..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Chảy máu mũi (chảy máu cam)..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |
| Chảy máu đường sinh dục ngoài thời kỳ kinh nguyệt..... | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Không biết |

NGUY CƠ TIẾP XÚC

Bệnh nhân có tiếp xúc với người mắc hoặc nghi mắc bệnh trong vòng 3 tuần trước khi phát bệnh không?

Có Không Không biết

Nếu có, cụ thể: Họ và tên _____

Vào lúc tiếp xúc, người đó còn sống hay đã TV: Còn sống Đã TV → ngày TV: ___/___/___

Ngày tiếp xúc lần cuối cùng với người đó ___/___/___

Bệnh nhân có được nhập viện hay đến thăm khám ở một bệnh viện trong vòng 3 tuần trước khi phát bệnh không?

Có Không Không biết

Nếu có, ở đâu _____ khi nào (ngày) ___/___/___ đến ___/___/___

Bệnh nhân có đến khám thầy lang trong vòng 3 tuần trước khi phát bệnh không?

Có Không Không biết

Nếu có, Họ tên thầy lang: _____ Xóm/thôn/khu _____

Xã/phường _____ Quận/huyện _____ Tỉnh _____

Bệnh nhân được tư vấn về bệnh ở đâu và khi nào? Nơi _____ Ngày: ___/___/___

Bệnh nhân có được chữa bằng thuốc dân tộc không? Có Không Không biết

Nếu có, ghi cụ thể phương pháp chữa bệnh: _____

Bệnh nhân có tham dự **đám ma** nào trong vòng 3 tuần trước khi phát bệnh không? Có Không Không biết

Nếu có, họ và tên người chết: _____

Bệnh nhân có tiếp xúc với bất kỳ **động vật** hoang dã nào trong vòng 3 tuần trước khi phát bệnh không? Có Không Không biết

Nếu có, con gì _____ Ở đâu _____ Ngày ___/___/___

Bệnh nhân có làm việc hoặc ở trong **hầm mỏ/hang động có dơi sinh sống** trong vòng 3 tuần trước khi phát bệnh không? Có Không Không biết

Nếu có, tên hầm mỏ _____ Ở đâu _____ Ngày ___/___/___

Bệnh nhân có đi du lịch trong vòng 3 tuần trước khi phát bệnh không? Có Không Không biết

Nếu có, đi đến đâu _____ và từ ngày ___/___/___ đến ngày ___/___/___

LẤY MẪU BỆNH PHẨM

Câu hỏi cho đội điều tra: Sau khi cung cấp thông tin đầy đủ và rõ ràng cho bệnh nhân (hoặc người đại diện hợp pháp), bạn có được chấp thuận lấy mẫu bệnh phẩm không?

Có Không Không biết

Có lấy mẫu bệnh phẩm không? Có Không Không biết

Nếu có, ngày lấy mẫu ___/___/___ Loại mẫu? Máu Nước tiểu Nước bọt Sinh thiết Phân

VẬN CHUYỂN BỆNH NHÂN ĐẾN BỆNH VIỆN

Phần này do đội cơ động và cơ sở y tế điền

Bệnh nhân có được đưa đến bệnh viện không? Có Không

Nếu có, tên bệnh viện _____ Ngày chuyển ___/___/___

CÁC THÔNG TIN CẬP NHẬT DO ĐƠN VỊ CÁCH LY CUNG CẤP

Phần này do bệnh viện hoặc văn phòng giám sát điền

Bệnh nhân có được chuyển đến khu vực cách ly không? Có Không

Nếu có, tên bệnh viện _____ Ngày nhập viện ___/___/___

Họ và tên (những) người nhà đi cùng bệnh nhân: _____

Ngày ra viện ___/___/___ HOẶC ngày tử vong ___/___/___

SỐ LIỆU XÉT NGHIỆM

Mẫu bệnh phẩm xét nghiệm thu thập từ: Người bệnh Người hồi phục Sau khi chết

Ngày lấy mẫu ___/___/___ Ngày nhận kết quả ___/___/___ Mã số xét nghiệm _____

Loại bệnh phẩm Mẫu máu đựng trong tuýp khô Mẫu máu trong tuýp có chất chống đông
 Mẫu nước bọt Mẫu phân/nước tiểu
 Mẫu sinh thiết Khác, ghi rõ _____

Kết quả Phát hiện kháng nguyên Dương tính Âm tính Không áp dụng Ngày: ___/___/___
 Kháng thể IgM Dương tính Âm tính Không áp dụng Ngày: ___/___/___
 Kháng thể IgG Dương tính Âm tính Không áp dụng Ngày: ___/___/___
 RT-PCR Dương tính Âm tính Không áp dụng Ngày: ___/___/___

Nuôi cấy vi rút Dương tính Âm tính Không áp dụng Ngày: ___/___/___
Nhuộm hóa mô miễn dịch Dương tính Âm tính Không áp dụng Ngày: ___/___/___
Miễn dịch huỳnh quang Dương tính Âm tính Không áp dụng Ngày: ___/___/___

KẾT QUẢ(được xác định 4 tuần sau ngày phát bệnh)

Còn sống Tử vong, nếu tử vong, ngày tử vong: ___/___/___

PHÂN LOẠI CA BỆNH CUỐI CÙNG(đánh dấu ô thích hợp)

Nghi ngờ Có thể Xác định Loại trừ