

# PHƯƠNG TIỆN KIỂM TRA Hội Chứng Hô Hấp Cấp Tính Trầm Trọng (SARS) Dành cho Các Cơ Sở Y Tế Tại Ontario

Tất cả những ai đi vào cơ sở này bắt buộc phải điền vào bản kiểm tra.

## PHẦN A:

1. Trong 10 ngày qua bạn đã có tiếp xúc với một người mắc bệnh SARS  Không có  Có → **Cách ly, thông báo cho Sở Y Tế**
2. Trong 10 ngày qua bạn đã có vào một cơ sở y tế trong khi cơ sở này bị đóng cửa vì bệnh SARS? **HOẶC**
3. Bạn đã có vào một cơ sở có khả năng bị nhiễm bệnh SARS (xem trang liên mạng [www.health.gov.on.ca](http://www.health.gov.on.ca)) trong thời kỳ lây nhiễm hay không? **HOẶC**
4. Bạn có đang bị cách ly, hoặc đã được Sở Y Tế liên lạc và cho cô lập tại nhà hay không?

## PHẦN B:

Trong 10 ngày qua bạn đã ở \_\_\_\_\_ (xem trang liên mạng [www.health.gov.on.ca](http://www.health.gov.on.ca))

Không có  Có

## PHẦN C: Bạn hiện có bất cứ những triệu chứng nào sau đây hay không?

- Đau nhức bắp thịt (myalgia) mà không biết tại sao **HOẶC**
- Thấy khó chịu mà không biết tại sao (rất mệt mỏi hay cảm thấy nhướm bệnh) **HOẶC**
- Nhức đầu kinh khủng (tệ hơn bình thường) **HOẶC**  Không có  Có
- Ho (lên cơn ho trong vòng 7 ngày) **HOẶC**
- Bị hụt hơi (tệ hơn mức bình thường đối với bạn) **HOẶC**
- Cảm thấy sốt, bị run rẩy hay ớn lạnh trong 24 tiếng đồng hồ vừa qua

## PHẦN D: Vui lòng ghi nhiệt độ nếu trả lời có ở phần C.

Nhiệt độ \_\_\_\_\_ °C Sốt cao hơn 38°C?  Không có  Có

**THÔNG QUA** -Nếu câu trả lời là KHÔNG CÓ ở tất cả Các Phần từ A đến C  
-Nếu chỉ trả lời CÓ ở Phần B → Cung cấp các tài liệu giáo dục về bệnh SARS

**KHÔNG THÔNG QUA**

- Nếu chỉ trả lời **CÓ ở phần A** → Cách ly và báo cho Sở Y Tế
- Nếu trả lời **Có ở phần A hoặc B VÀ** trả lời Có ở **phần C hoặc D** → Phòng Cấp Cứu hoặc Phòng Khám Bệnh SARS (Xin gọi trước)
- Nếu trả lời **Không có ở Phần A và Phần B VÀ** cả hai **Phần C và D** đều trả lời **Có** → Đánh giá Lâm sàng (phòng ngừa dịch thể lây nhiễm)
- Nếu chỉ trả lời **Có ở Phần C** → Tự mình cách ly tại nhà trong 72 tiếng đồng hồ và theo dõi thân nhiệt hai lần trong một ngày; Tiếp tục theo dõi với Bác sĩ Gia đình; Sức khoẻ Nghề nghiệp hoặc với Telehealth Ontario (1 866 797 0000) **Hoặc** đánh giá lâm sàng và tùy phòng khám quyết định

Tôi tuyên bố những lời tôi khai trong bản Phương Tiện Kiểm Tra Hội Chứng SARS là hoàn toàn đúng sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

Người được phỏng vấn:

Chữ ký:

Ngày, tháng, năm: