

PHỤ LỤC 1.

DANH MỤC CÁC BỆNH NỀN (CÓ NGUY CƠ GIA TĂNG MỨC ĐỘ NẶNG KHI MẮC COVID-19)

1. Đái tháo đường
2. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và các bệnh phổi khác
3. Ung thư (đặc biệt là các khối u ác tính về huyết học, ung thư phổi và bệnh ung thư di căn khác).
4. Bệnh thận mạn tính
5. Ghép tạng hoặc cấy ghép tế bào gốc tạo máu
6. Béo phì, thừa cân
7. Bệnh tim mạch (suy tim, bệnh động mạch vành hoặc bệnh cơ tim)
8. Bệnh lý mạch máu não
9. Hội chứng Down
10. HIV/AIDS
11. Bệnh lý thần kinh (bao gồm cả chứng sa sút trí tuệ)
12. Bệnh hồng cầu hình liềm, bệnh thalassemia, bệnh huyết học mạn tính khác
13. Hen phế quản
14. Tăng huyết áp
15. Thiếu hụt miễn dịch
16. Bệnh gan
17. Rối loạn do sử dụng chất gây nghiện
18. Đang điều trị bằng thuốc corticosteroid hoặc các thuốc ức chế miễn dịch khác.
19. Các bệnh hệ thống.
20. Bệnh lý khác đối với trẻ em: Tăng áp phổi nguyên hoặc thứ phát, bệnh tim bẩm sinh, rối loạn chuyển hóa di truyền bẩm sinh, rối loạn nội tiết bẩm sinh-mắc phải.

PHỤ LỤC 2A.

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

BIÊN BẢN ĐÁNH GIÁ ĐỦ ĐIỀU KIỆN CÁCH LY F0 TẠI NHÀ

Địa điểm:..... Ngày...../...../..... ;..... giờ..... phút

Tổ đánh giá điều kiện cách ly F0 tại nhà (Đại diện UBND xã; Nhân viên Trạm y tế, Tổ trưởng Tổ dân phố; Tổ Covid cộng đồng...)

.....
.....

I. Thông tin giám sát F0 cách ly tại nhà:

- Họ và tên:..... Ngày sinh: / /

- BMI (Chiều cao / Cân nặng): Số điện thoại.

- Địa chỉ cách ly:.....Thôn/TDP.....

Xã/Phường/thị trấn..... Huyện/TX/TP

- Ngày Xn PCR .../... /.....	Kết quả..... Chi số CT:.....
------------------------------	------------------------------

- Đã tiêm vắc xin Covid-19, Mũi 1 ngày...../...../..... Mũi 2 ngày...../...../.....

II. Đánh giá điều kiện cách ly, về hỗ trợ cách ly tại nhà: (đánh dấu chọn ô phù hợp)

STT	Điều kiện	Đạt	Không
1	Người F0 không triệu chứng hoặc triệu chứng mức độ nhẹ (không có suy hô hấp: SpO ₂ > 96%, nhịp thở < 20 lần/phút), trên 1 tuổi đến dưới 50 tuổi, không có bệnh nền, phụ nữ không đang mang thai.		
2	Người F0 có khả năng tự chăm sóc: Có khả năng liên lạc với nhân viên y tế để được theo dõi, giám sát và khi có tình trạng cấp cứu. Đối với trẻ em, người có bệnh lý nên không tự chăm sóc cá nhân được thì cần có người hỗ trợ và chăm sóc khi cách ly tại nhà.		
3	Có phòng riêng dành cho người F0, có cửa sổ thông thoáng, có nhà vệ sinh riêng, Có bàn hoặc ghế cá nhân đặt trước cửa phòng cách ly để nhận thức ăn và các vật dụng cá nhân cần thiết; có thùng rác cá nhân có nắp và túi rác đi kèm. Có dụng cụ, hóa chất để vệ sinh khử khuẩn.		
4	Có số điện thoại riêng, có sẵn số điện thoại của cơ sở y tế, số điện thoại của Đội đáp ứng nhanh để liên hệ khi cần thiết.		

5	Có sẵn dung dịch khử khuẩn tay và bề mặt, nước súc họng hoặc nước muối sinh lý (0,9%), khẩu trang y tế, nhiệt kế.		
---	---	--	--

III. Kết luận:

1. Đủ điều kiện cách ly tại nhà (ĐẠT: Khi các mục 1, 2, 3, 4 và 5 đều đạt)

Địa chỉ

Kể từ ngày..... đến khi đủ tiêu chuẩn khỏi bệnh có giấy xác nhận của UBND cấp xã.

Họ tên nhân viên phụ trách.....

.....

2. Không đủ điều kiện cách ly tại nhà và hướng xử lý :

.....

.....

.....

Biên bản làm việc kết thúc ngày..... lúc..... giờ..... phút

Đại diện UBND xã/phường/TT

Đại diện TDP/Thôn

Trạm Y tế.....

PHỤ LỤC 2B.

**MẪU GIẤY XÁC NHẬN ĐỦ ĐIỀU KIỆN CƠ SỞ VẬT CHẤT, TRANG
THIẾT BỊ ĐẢM BẢO CÁCH LY Y TẾ TẠI NHÀ**

UBND....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /GXN-UBND

....., ngày tháng năm 20....

**GIẤY XÁC NHẬN
ĐỦ ĐIỀU KIỆN CƠ SỞ VẬT CHẤT, TRANG THIẾT BỊ ĐẢM BẢO
CÁCH LY Y TẾ TẠI NHÀ**

ỦY BAN NHÂN DÂN..... XÁC NHẬN

I. THÔNG TIN CHUNG

Họ và tên người cách ly:

.....

Số CMT/CCCD: Điện thoại:

Họ và tên chủ hộ/đại diện người ở cùng nhà:

Số CMT/CCCD: Điện thoại:

Địa chỉ nhà ở (nơi thực hiện cách ly y tế):

.....

.....

II. NỘI DUNG XÁC NHẬN

Xác nhận Nhà ở tại địa chỉ nêu trên có đủ điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị để thực hiện cách ly y tế tại nhà.

Cụ thể:

-

-

-

Nơi nhận:

-

- Lưu:...

CHỦ TỊCH

(Ký, ghi họ tên và đóng dấu)

PHỤ LỤC 3.

MẪU BẢN CAM KẾT THỰC HIỆN CÁCH LY Y TẾ TẠI NHÀ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BẢN CAM KẾT

Thực hiện các biện pháp cách ly y tế tại nhà phòng, chống dịch COVID-19

Họ và tên người cách ly:

Số CMT/CCCD: Điện thoại:

Họ và tên chủ hộ/đại diện người ở cùng nhà:

Số CMT/CCCD: Điện thoại:

Địa chỉ nhà ở (nơi thực hiện cách ly y tế):

.....

I. NGƯỜI CÁCH LY

Tôi xin cam kết thực hiện tốt các biện pháp cách ly y tế tại nhà cụ thể như sau:

1. Chấp hành nghiêm quy định, thời gian về cách ly điều trị tại nhà. Tiếp tục thực hiện theo dõi sức khỏe tại nhà sau khi kết thúc cách ly y tế theo quy định.
2. Tuyệt đối không ra khỏi phòng/nhà cách ly trong suốt thời gian cách ly.
3. Thực hiện đầy đủ Thông điệp 5K và các biện pháp phòng, chống dịch bệnh COVID-19 theo hướng dẫn và khuyến cáo của Bộ Y tế. Cài đặt và sử dụng các phần mềm khai báo y tế điện tử. Thực hiện khai báo y tế hàng ngày và thông báo cho cán bộ y tế khi có biểu hiện ho, sốt, đau rát họng, khó thở...
4. Phối hợp với cán bộ y tế để được lấy mẫu xét nghiệm SARS-CoV-2 trong quá trình cách ly theo quy định.

Nếu vi phạm cam kết, tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật và đền bù các chi phí phát sinh do việc tôi không tuân thủ các quy định về cách ly y tế tại nhà.

II. CHỦ HỘ/ĐẠI DIỆN NGƯỜI Ở CÙNG NHÀ

Tôi xin cam kết:

1. Đảm bảo đủ điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị đáp ứng yêu cầu cách ly y tế tại nhà đối với người cách ly. Thực hiện vệ sinh khử khuẩn và thu gom rác thải hàng ngày theo quy định.

2. Theo dõi, giám sát, nhắc nhở người cách ly thực hiện đúng các yêu cầu về cách ly y tế phòng, chống dịch COVID-19, không ra khỏi nhà và cách ly đủ thời gian theo quy định.

3. Không tiếp xúc gần với người cách ly;

4. Không cho người khác vào nhà trong suốt thời gian thực hiện cách ly y tế (trừ người ở cùng nhà, nhân viên y tế và người có thẩm quyền giám sát cách ly y tế).

5. Báo ngay cho cán bộ y tế khi người cách ly tự ý rời khỏi nhà hoặc có các triệu chứng nghi ngờ mắc bệnh như ho, sốt, đau rát họng, khó thở.

6. Tự theo dõi sức khỏe. Khi có biểu hiện nghi ngờ như ho, sốt, đau rát họng, khó thở thì phải báo ngay cho cán bộ y tế.

7. Phối hợp với cán bộ y tế để được lấy mẫu xét nghiệm SARS-CoV-2 theo quy định.

8. Người ở cùng nhà hạn chế tiếp xúc với người xung quanh, không ra khỏi nhà, thực hiện Thông điệp 5K và ghi chép đầy đủ các mốc tiếp xúc trong thời gian có người cách ly tại nhà.

Nếu vi phạm cam kết, tôi xin chịu mọi trách nhiệm theo quy định của pháp luật./.

....., ngày.... tháng.... năm 202...

Người cách ly

**Chủ hộ/Đại
diện người ở
cùng nhà**

**Tổ dân
phố/thôn**

**Tổ trưởng Tổ
Covid cộng đồng**

UBND xã.....

PHỤ LỤC 4

MẪU BẢN CAM KẾT CHO NGƯỜI CHĂM SÓC, HỖ TRỢ NGƯỜI CÁCH LY CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BẢN CAM KẾT

Thực hiện các biện pháp phòng, chống dịch COVID-19

Họ và tên người cách ly:

Số CMT/CCCD: Điện thoại:

Họ và tên người chăm sóc, hỗ trợ:

Số CMT/CCCD: Điện thoại:

Tôi là người chăm sóc, hỗ trợ người cách ly tại nhà tại địa chỉ:

.....
.....

xin cam kết thực hiện các biện pháp phòng, chống dịch COVID-19 cụ thể như sau:

1. Hướng dẫn cho người cách ly và bản thân thực hiện nghiêm Thông điệp 5K, các biện pháp phòng, chống dịch theo quy định.
2. Cài đặt và sử dụng các phần mềm khai báo y tế điện tử. Thực hiện theo dõi sức khỏe, đo thân nhiệt cho người cách ly và bản thân. Thực hiện khai báo y tế hàng ngày và thông báo cho cán bộ y tế hàng ngày và khi bản thân hoặc người cách ly có ho, sốt, đau rát họng, khó thở.
3. Tuyệt đối không ra khỏi nhà trong suốt thời gian cách ly.
4. Phối hợp với cán bộ y tế để được lấy mẫu xét nghiệm SARS-CoV-2 trong quá trình cách ly theo quy định.
5. Chủ động vệ sinh khử khuẩn phòng cách ly, quần áo, đồ dùng cá nhân và của người cách ly.

Nếu vi phạm cam kết, tôi xin chịu mọi trách nhiệm theo quy định của pháp luật./.

....., ngày.... tháng.... năm 202...

Người cách ly

**Chủ hộ/Đại
diện người ở
cùng nhà**

**Tổ dân
phố/thôn**

**Tổ trưởng Tổ
Covid cộng đồng**

UBND xã.....

PHỤ LỤC 5
Danh sách quản lý người mắc COVID-19 tại nhà

Trang bìa

TÊN CƠ SỞ Y TẾ

.....

DANH SÁCH QUẢN LÝ
NGƯỜI MẮC COVID-19 TẠI NHÀ

PHỤ LỤC 6.

ỦY BAN NHÂN DÂN.....

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

Số:/QĐ.....

....., ngày tháng năm 20....

QUYẾT ĐỊNH

Áp dụng biện pháp cách ly y tế tại nhà/nơi lưu trú đối với người mắc COVID-19 (F0)
trên địa bàn

UBND.....

Căn cứ Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm năm 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, cường chế cách ly y tế và chống dịch đặc thù trong thời gian có dịch;

Căn cứ quyết định số 879/QĐ-BYT ngày 12/3/2020 của Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn cách ly y tế tại nhà, nơi lưu trú phòng chống dịch COVID-19”;

Căn cứ Kế hoạch số...../KH-UBND ngày của UBND tỉnh về việc thực hiện quản lý, chăm sóc người nhiễm COVID-19 tại nhà trên địa bàn tỉnh Nam Định

Theo Biên bản đánh giá đủ điều kiện cách ly tại nhà đối với người bệnh COVID-19.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Áp dụng biện pháp cách ly y tế tại nhà/nơi lưu trú đối với:

Ông/Bà:..... Nam/Nữ:.....

Ngày/tháng/năm sinh:.... /.... /..... Số điện thoại:.....

Số CMND / CCCD / Hộ chiếu :..... Quốc tịch.....

Địa chỉ lưu trú:.....

Địa chỉ cách ly:.....

Lý do cách ly: người mắc COVID-19 (F0) điều trị tại nhà/nơi lưu trú.

Ngày xét nghiệm test nhanh/PCR dương tính:..../..../.....

Thời gian thực hiện cách ly: kể từ ngày..../..../ đến khi đủ tiêu chuẩn khỏi bệnh. Trong thời gian áp dụng biện pháp cách ly y tế tại nhà/nơi lưu trú, Ông/Bà và chủ hộ/người chăm sóc/người ở cùng nhà phải tuân thủ đúng các nội dung đã cam kết về thực hiện các biện pháp cách ly tại nhà phòng, chống bệnh COVID-19. Người mắc COVID-19 khi có dấu hiệu chuyển nặng phải thông báo ngay cho nhân viên y tế để được hướng dẫn và điều trị kịp thời.

Điều 2. Giao..... là đơn vị tiếp nhận và hướng dẫn cách ly y tế theo quy định.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày áp dụng biện pháp cách ly.

Điều 4. chịu trách nhiệm thi hành quyết định này./.

Nơi nhận:

UBND XÃ/PHƯỜNG/THỊ TRẤN

PHỤ LỤC 7

PHIẾU THEO DÕI SỨC KHOẺ NGƯỜI MẮC COVID-19 TẠI NHÀ

Họ và tên: _____ Sinh ngày: ____/____/____ Giới tính: Nam Nữ Điện thoại: _____

Họ và tên người chăm sóc: _____ Sinh ngày: ____/____/____ Số điện thoại: _____

TT	↓ Nội dung ☐	Ngày theo dõi	1	2	3	4	5	6	7	8	8	10	11	12	13	14
			S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C
	Liên hệ ngay với nhân viên y tế nếu có 1 trong số dấu hiệu sau: SpO2 ≤96%, nhịp thở ≥20 lần/phút, mạch <50 hoặc >120 lần/phút, huyết áp < 90/60 mmHg															
1.	Mạch (lần/phút)															
2.	Nhiệt độ hằng ngày (độ C)															
3.	Nhịp thở															
4.	SpO ₂ (%)															
5.	Huyết áp tối đa (mmHg) (nếu có thể đo)															
	Huyết áp tối thiểu (mmHg) (nếu có thể đo)															
6.	KHÔNG TRIỆU CHỨNG															
	<i>Chú ý đến sức khỏe của bạn. Nếu bạn có bất kỳ triệu chứng nào, hãy viết (C): hoặc (K) là KHÔNG bên dưới cho mỗi triệu chứng hằng ngày.</i>															
7.	Mệt mỏi															
8.	Ho															
9.	Ho ra đờm															
10.	Ớn lạnh/gai rét															
11.	Viêm kết mạc (mắt đỏ)															
12.	Mất vị giác hoặc khứu giác															
13.	Tiêu chảy (phân lỏng / đi ngoài)															
	Liên hệ ngay với nhân viên y tế nếu có một trong số các triệu chứng sau															
14.	Ho ra máu															
14.	Thở dốc hoặc khó thở															
15.	Đau tức ngực kéo dài															
16.	Lơ mơ, không tỉnh táo															

Triệu chứng khác: Đau họng, nhức đầu, chóng mặt, chán ăn, buồn nôn và nôn, đau nhức cơ... thêm vào phần “Ghi chú”

Ghi chú:

.....

.....

PHỤ LỤC 8.

VỆ SINH KHỬ KHUẨN, QUẢN LÝ CHẤT THẢI

1. Vệ sinh khử khuẩn môi trường

- Thực hiện vệ sinh môi trường, khử khuẩn tối thiểu 2 lần/ngày tại các vị trí: Sàn nhà, sàn khu vệ sinh và bề mặt thường xuyên tiếp xúc như bàn, ghế, thành giường, tủ quần áo, tủ lạnh, tay nắm cửa, bồn cầu, lavabo, vòi nước,...

- Phải làm sạch bề mặt, đồ dùng, vật dụng trước khi tiến hành khử khuẩn. Người chăm sóc phải được hướng dẫn thực hiện và đeo khẩu trang, găng tay khi thực hiện làm sạch, khử khuẩn bề mặt môi trường.

- Dung dịch làm sạch và khử trùng bằng chất tẩy rửa thông thường và cồn 70 độ. Thường xuyên sử dụng cồn 70 độ để lau các bề mặt các thiết bị điện, điện tử như công tắc đèn, điều khiển ti vi, điện thoại,... Trước khi lau phải tắt nguồn điện.

2. Khử khuẩn quần áo, đồ dùng của người cách ly

- Giặt riêng quần áo của người cách ly. Tốt nhất giặt ngay trong phòng cách ly và phơi khô tự nhiên hoặc sấy

- Trước khi giặt, phải ngâm đồ vải với xà phòng giặt trong tối thiểu 20 phút.

3. Quản lý chất thải từ phòng cách ly

- Phân loại: chất thải là khẩu trang, khăn, giấy lau mũi miệng phát sinh từ phòng cách ly tại nhà, nơi lưu trú phải được bỏ vào túi đựng chất thải, sau đó xịt cồn 70 độ để khử trùng và buộc chặt miệng túi, tiếp tục bỏ vào thùng đựng chất thải lây nhiễm có lót túi, có nắp đậy kín, có dán nhãn **“CHẤT THẢI CÓ NGUY CƠ CHỨA SARS-CoV-2”**.

- Thu gom: trước khi thu gom, túi đựng chất thải phải buộc kín miệng túi và tiếp tục bỏ vào túi đựng chất thải lây nhiễm thứ 2, buộc kín miệng túi, sau đó bỏ vào thùng thu gom chất thải lây nhiễm. Thùng thu gom chất thải lây nhiễm phải có thành cứng, có nắp đậy kín, có bánh xe đẩy, bên ngoài thùng có dán nhãn **“CHẤT THẢI CÓ NGUY CƠ CHỨA SARS-CoV-2”**. Các chất thải khác thực hiện thu gom và xử lý theo quy định của Bộ Tài nguyên và Môi trường.

Trong quá trình thu gom, thùng đựng chất thải phải đậy nắp kín, đảm bảo không bị rơi, rò rỉ chất thải ra ngoài. Sau đó phải thực hiện khử trùng và xử lý môi trường theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

- Vận chuyển, xử lý chất thải lây nhiễm hoặc có nguy cơ lây nhiễm: thực hiện theo hướng dẫn tại Quyết định số 4437/QĐ-UBND ngày 07/12/2017 của UBND tỉnh về việc phê duyệt kế hoạch thu gom, vận chuyển và xử lý chất thải rắn y tế nguy hại trên địa bàn tỉnh Nam Định; Văn bản số 3282/STNMT-CCMT ngày 10/11/2021 của Sở Tài nguyên và Môi trường về việc thu gom, xử lý chất thải y tế phát sinh đối với người thực hiện cách ly y tế tại nhà.

PHỤ LỤC 9
CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

....., ngày tháng năm 20...

GIẤY XÁC NHẬN
HOÀN THÀNH CÁCH LY Y TẾ TẠI NHÀ/NƠI LƯU TRÚ

UBND xã/phường/thị trấn

Căn cứ Quyết định cách ly

số :..... /QĐ....., ngày.../.../..... **xác nhận:**

Ông/Bà:..... Nam/Nữ:

Ngày/tháng/năm sinh:... /... /Số điện thoại:

Số CMND / CCCD / Hộ chiếu :Quốc tịch

Địa chỉ lưu trú:

Địa chỉ cách ly:

Lý do cách ly: người mắc COVID-19 (F0) điều trị tại nhà.

Ngày xét nghiệm test nhanh/PCR dương tính:

ĐÃ HOÀN THÀNH CÁCH LY Y TẾ TẠI NHÀ/NƠI LƯU TRÚ:

Thời gian thực hiện cách ly: từ ngày.../.../..... đến ngày.../.../.....

Kết quả xét nghiệm kể từ ngày áp dụng biện pháp cách ly:

- Lần 1: ngày..... kết quả.....

- Lần 2: ngày..... kết quả.....

- Lần

UBND XÃ/PHƯỜNG/THỊ TRẤN

PHỤ LỤC 10.

Danh mục thuốc điều trị ngoại trú cho người mắc COVID-19 tại nhà

1. Các nhóm thuốc trong Danh mục, bao gồm:

TT	Tên thuốc
1.	Thuốc hạ sốt, giảm đau
	Paracetamol: - Cho trẻ em: gói bột hoặc cốm pha hỗn dịch uống hàm lượng 80 mg, 100 mg, 150 mg hoặc 250 mg; - Cho người lớn: viên nén 250 mg hoặc 500 mg.
2.	Thuốc kháng vi rút: lựa chọn một trong các thuốc sau:
	Favipiravir 200 mg, 400 mg (viên).
	Molnupiravir 200 mg, 400 mg (viên).
3.	Thuốc chống viêm corticosteroid đường uống: Thuốc không phát sẵn cho người mắc COVID-19, thuốc phải được bác sỹ kê đơn theo quy định tại Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do Bộ Y tế ban hành và chỉ kê đơn điều trị trong 1 ngày trong thời gian chờ chuyển đến cơ sở điều trị người bệnh COVID-19. Lựa chọn một trong các thuốc sau:
	- Dexamethason 0,5 mg (viên nén)
	- Methylprednisolon 16 mg (viên nén).
4.	Thuốc chống đông máu đường uống: Thuốc không phát sẵn cho người mắc COVID-19, thuốc phải được bác sỹ kê đơn theo quy định tại Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do Bộ Y tế ban hành và chỉ kê đơn điều trị trong 1 ngày trong thời gian chờ chuyển đến cơ sở điều trị người bệnh COVID-1. Lựa chọn một trong các thuốc sau:
	- Rivaroxaban 10 mg (viên).
	- Apixaban 2,5 mg (viên).

2. Lưu ý thuốc kháng vi rút, thuốc chống viêm Corticosteroid và thuốc chống đông máu:

a) Thực hiện kê đơn điều trị ngoại trú theo quy định tại Thông tư 52/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế quy định về Đơn thuốc và việc kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú và Thông tư 18/2018/TT-BYT ngày 22/8/2018 của Bộ Y tế về sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 52/2017/TT-BYT.

b) Thuốc kháng vi rút dùng sớm ngay sau khi có chẩn đoán xác định mắc COVID-19, tốt nhất trong 05 ngày đầu kể từ khi khởi phát triệu chứng. Ưu tiên sử dụng cho những trường hợp có triệu chứng hoặc có nguy cơ cao bệnh tiến triển nặng như người trên 65 tuổi, chưa tiêm đủ liều vắc xin, có bệnh nền không ổn định...

c) Chỉ định điều trị kết hợp đồng thời thuốc chống viêm corticosteroid và thuốc chống đông máu khi người bệnh COVID-19 có bất kỳ một trong các dấu hiệu sớm của suy hô hấp và chỉ kê đơn điều trị trong 1 ngày trong thời gian chờ chuyển đến cơ sở điều trị người bệnh COVID-19.

Các dấu hiệu suy hô hấp là:

(1) Khó thở, thở hụt hơi, hoặc khó thở tăng lên khi vận động (đứng lên, đi lại trong nhà) hoặc ở trẻ em có dấu hiệu thở bất thường: thở rên, rút lõm lồng ngực, phập phồng cánh mũi, khò khè, thở rít thì hít vào, và/hoặc

(2) Nhịp thở (ở trẻ em đếm đủ nhịp thở trong 1 phút khi trẻ nằm yên không khóc):

≥ 20 lần/phút ở người lớn;

≥ 30 lần/phút ở trẻ em từ 5 - dưới 12 tuổi;

≥ 40 lần/phút ở trẻ em từ 1 đến dưới 5 tuổi;

và/hoặc

(3) $SpO_2 \leq 96\%$ (khi phát hiện bất thường đo lại lần 2 sau 30 giây đến 1 phút, khi đo yêu cầu giữ yên vị trí đo).

d) Khi kê đơn, lưu ý kiểm tra kỹ các chống chỉ định, khai thác thông tin về các thuốc người bệnh đang sử dụng để tránh các tương tác thuốc nghiêm trọng khi kê đơn. Tư vấn cho người bệnh hoặc người chăm sóc nhận biết một số tác dụng không mong muốn quan trọng của thuốc để kịp thời phát hiện và xử trí phù hợp trong quá trình sử dụng.