

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

..... **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/bản.....

Xã/Phường/thị trấn..... Huyện/TP.....

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

Đã tiêm vắc xin Covid-19, Mũi 1 ngày.../.../..... Mũi 2 ngày.../.../....., mũi 3 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: SpO2 > 96%, nhịp thở < 20 lần/phút), trên 01 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, 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 ngày.../.../.....

**Đại diện UBND  
xã/phường/Thị trấn**

**Đại diện Tổ dân  
phố/Thôn/bản**

**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 XÃ..... **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: ..... Ngày cấp .....

Nơi cấp.....

Điện thoại: .....

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

Số CMT/CCCD: ..... Ngày cấp .....

Nơi cấp.....

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: ..... Ngày cấp .....

Nơi cấp.....

Điện thoại: .....

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

Số CMT/CCCD: ..... Ngày cấp .....

Nơi cấp.....

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/bản**

**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: ..... Ngày cấp .....

Nơi cấp.....

Điện thoại: .....

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

Số CMT/CCCD: ..... Ngày cấp .....

Nơi cấp.....

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/bản**

**Tổ trưởng Tổ  
Covid cộng đồng**

**UBND xã.....**

**PHỤ LỤC 5****DANH SÁCH QUẢN LÝ NGƯỜI NHIỄM COVID-19 TẠI NHÀ**





**PHỤ LỤC 6.****MẪU QUYẾT ĐỊNH ÁP DỤNG BIỆN PHÁP CÁCH LY Y TẾ  
TẠI NHÀ/NƠI LƯU TRÚ****ỦY BAN NHÂN DÂN..... CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: ...../QĐ-UBND ..... , 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, cưỡng 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 Quyết định số 4038/QĐ-BYT ngày 21/8/2021 của Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn tạm thời về quản lý người nhiễm COVID-19 tại nhà;**Căn cứ hướng dẫn số ...../HD-SYT ngày...../01/2022 của Sở Y tế tỉnh Lai Châu về Quản lý, điều trị, chăm sóc người nhiễm COVID-19 tại nhà trên địa bàn tỉnh Lai Châu;**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:*

- Như Điều 2, Điều 4;

-.....

- Lưu:.....

**UBND XÃ/PHƯỜNG/THỊ TRẤN**

**PHỤ LỤC 7:**  
**BẢNG THEO DÕI SỨC KHOẺ NGƯỜI NHIỄM COVID-19 TẠI NHÀ**

Họ và tên: ..... Sinh ngày: ...../...../..... Giới tính:  Nam.  Nữ. Số điện thoại: .....  
 Họ và tên người chăm sóc: ..... Sinh ngày: ...../...../.....  
 Số điện thoại:.....

T T	Nội dung theo dõi	NGÀY																											
		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14	
		S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C	S	C
	<i>Liên hệ ngay với nhân viên y tế nếu có 1 trong số dấu hiệu sau: SpO2 ≤95%, nhịp thở ≥21 lần/phút, mạch &lt;50 hoặc &gt;120 lần/phút, huyết áp &lt;90/60</i>																												
1	Mạch (lần/phút)																												
2	Nhiệt độ hằng ngày (độ C)																												
3	Nhịp thở																												
4	SpO2 (%) (nếu có thể đo)																												
5	Huyết áp tối đa (mmHg) (nếu có thể đo)																												
6	Huyết áp tối thiểu (mmHg) (nếu có thể đo)																												
7	<b>KHÔNG TRIỆU CHỨNG</b>																												
	<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>																												
8	Mệt mỏi																												
9	Ho																												
10	Ho ra đờm																												
11	Ớn lạnh/gai rét																												
12	Viêm kết mạc (mắt đỏ)																												
13	Mất vị giác hoặc khứu giác																												
14	Tiêu chảy (phân lỏng / đi ngoài)																												
	<i>Liên hệ ngay với nhân viên y tế nếu có một trong số các triệu chứng sau</i>																												
15	Ho ra máu																												
16	Thở dốc hoặc khó thở																												
17	Đau tức ngực kéo dài																												
18	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.

- Quản lý, vận chuyển, xử lý chất thải lây nhiễm hoặc có nguy cơ lây nhiễm: thực hiện theo Công văn số 871/SYT-NVY ngày 29/5/2021 của Sở Y tế Lai Châu về việc xử lý chất thải phát sinh do dịch bệnh COVID-19 trên địa bàn tỉnh Lai Châu; Căn cứ Công văn số 1246/STNMT-MTK ngày 22/6/2021 của Sở Tài Nguyên và Môi trường tỉnh Lai Châu về việc xử lý chất thải phát sinh do dịch bệnh COVID-19 trên địa bàn tỉnh Lai Châu.

**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.

### A. HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ COVID-19 TẠI NHÀ CHO NGƯỜI TRÊN 18 TUỔI

Thuốc điều trị COVID-19 tại nhà gồm 3 gói (A,B,C): **Gói thuốc A** là những thuốc thông dụng bao gồm thuốc hạ sốt và thuốc nâng cao thể trạng; **Gói thuốc B** là thuốc kháng viêm và thuốc chống đông chỉ sử dụng trong trường hợp đặc biệt; **Gói thuốc C** là thuốc kháng vi rút với liều dùng theo thuyết minh đề cương thử nghiệm lâm sàng đã được phê duyệt.

**GÓI THUỐC A: (dùng trong 07 ngày) cấp ngay cho F0 khi tiếp nhận thông tin:**

#### 1. Paracetamol 500mg

Uống 01 viên khi sốt trên 38,5° C, có thể lặp lại mỗi 4-6h nếu vẫn còn sốt.

#### 2. Các loại vitamin ( vitamin tổng hợp hoặc vitamin C)

Vitamin tổng hợp: uống ngày 01 lần, lần 01 viên.

*HOẶC*

Vitamin C 500mg: uống ngày 02 lần, sáng 01 viên, trưa 01 viên.

**GÓI THUỐC B :** *(chỉ dùng khi có chỉ định của bác sĩ theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 tại Quyết định số 4689/QĐ-BYT ngày 06/10/2021 của Bộ Y tế)*

*Hướng dẫn người bệnh khi cảm thấy khó thở (thở hụt hơi, khó thở tăng lên khi vận động, nhịp thở khi nghỉ ngơi > 20 lần/phút hoặc đo SpO<sub>2</sub> < 96%) phải liên hệ ngay với bác sĩ để được tư vấn, hỗ trợ. Bác sĩ đánh giá tình trạng bệnh, nếu có chỉ định nhập viện, bác sĩ sẽ cho người bệnh sử dụng 01 liều duy nhất (gói thuốc B) trước khi chuyển viện.*

#### 3. Dexamethasone 0,5mg x 12 viên

Uống 01 lần, 12 viên (tương đương 06mg).

*HOẶC*

#### Methylprednisolone 16mg x 01 viên

Uống 01 lần, 01 viên.

#### 4. Rivaroxaban 10mg x 01 viên

Uống 01 lần, 01 viên.

*HOẶC*

#### Apixaban 2,5mg x 01 viên

Uống 01 lần, 01 viên.

*HOẶC*

#### Dabigatran 220mg x 01 viên

Uống 01 lần, 01 viên.

**Lưu ý:** Thuốc số 3 và số 4 **KHÔNG** sử dụng trong các trường hợp sau: Phụ

nữ có thai và phụ nữ đang cho con bú, người có mắc một trong những bệnh (viêm loét dạ dày tá tràng, suy gan, suy thận, các bệnh lý dễ gây chảy máu đường tiêu hoá, đường tiết niệu và các bệnh lý dễ gây chảy máu khác).

### **GÓI THUỐC C**

Đây là thuốc kháng vi rút được chỉ định đối với trường hợp F0 có triệu chứng nhẹ, thuốc này được Bộ Y tế cung cấp trong Chương trình can thiệp cộng đồng có kiểm soát.

#### **5. Thuốc kháng virus**

<b>Hoạt chất</b>	<b>Chỉ định</b>	<b>Chống chỉ định</b>	<b>Liều dùng</b>	<b>Chú ý</b>
<b>Favipiravir 200mg</b>	Bệnh nhân COVID-19 mức độ nhẹ	- Phụ nữ có thai; phụ nữ đang có kế hoạch có thai; - Dưới < 18 tuổi; - Suy gan nặng, suy thận nặng; - Phụ nữ cho con bú;	- Liều dùng: ngày đầu uống 1600mg/lần x 02lần/ngày, các ngày sau uống 600mg/lần x 02lần/ngày - Thời gian điều trị: 5-7 ngày	- Chú ý ít nhất 2 ngày đầu dùng thuốc do có thể gây rối loạn tâm thần; - Tiền sử gout vì có thể làm tăng acid uric và làm nặng thêm bệnh; - Thông tin chi tiết thêm về thuốc thực hiện theo tờ hướng dẫn sử dụng thuốc.
<b>Molnupiravir 200mg hoặc 400mg</b>	Bệnh nhân COVID-19 mức độ nhẹ đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu	Phụ nữ có thai hoặc có kế hoạch có thai hoặc đang cho con bú.	Uống ngày 02 lần: sáng 800mg, chiều 800mg, uống 05 ngày liên tục.	Các cơ sở y tế hướng dẫn cho người F0 ký phiếu chấp nhận tham gia Chương trình sử dụng thuốc Molnupiravir có kiểm soát tại cộng đồng cho người mắc COVID-19 nhẹ trước khi cấp phát.

### **B. HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG GÓI THUỐC ĐIỀU TRỊ COVID-19 TẠI NHÀ CHO TRẺ EM TRÊN 1 TUỔI**

#### **1. Hướng dẫn điều trị trẻ em mắc COVID-19 mức độ nhẹ tại nhà**

- Nằm phòng riêng.
- Áp dụng phòng ngừa chuẩn, đeo khẩu trang với trẻ  $\geq 2$  tuổi
- Điều trị triệu chứng:
  - + Hạ sốt khi nhiệt độ  $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ : Paracetamol liều 10-15mg/kg/lần mỗi 6 giờ.
  - + Thuốc điều trị ho: Ưu tiên dùng thuốc ho thảo dược.
- Uống nhiều nước.
- Đảm bảo dinh dưỡng: bú mẹ, ăn đầy đủ.



- Vệ sinh thân thể, răng miệng, mũi họng.
- Tập thể dục tại chỗ và tập thở ít nhất 15 phút/ngày (trẻ lớn).
- Theo dõi:
  - + Đo thân nhiệt tối thiểu 2 lần/ngày hoặc khi cảm thấy trẻ sốt.
  - + Đo SpO<sub>2</sub> (nếu có thiết bị) tối thiểu 2 lần/ngày hoặc khi cảm thấy trẻ mệt, thở nhanh/khó thở.
- Khai báo y tế hàng ngày qua ứng dụng “PC COVID” hoặc qua phiếu tự theo dõi sức khỏe, báo nhân viên y tế khi có dấu hiệu cảnh báo.

## 2. Hướng dẫn sử dụng gói thuốc trẻ em điều trị COVID-19 tại nhà (dùng trong 07 ngày):

Độ tuổi trẻ em	Dạng thuốc	Liều thuốc mỗi lần
< 1 tuổi	Paracetamol bột 80mg	01 gói x 04 lần/ngày
Từ 1 đến dưới 2 tuổi	Paracetamol bột 150mg	01 gói x 04 lần/ngày
Từ 2 đến dưới 5 tuổi	Paracetamol bột 250mg	01 gói x 04 lần/ngày
Từ 5 đến 12 tuổi	Paracetamol viên 325mg	01 gói x 04 lần/ngày
Trên 12 tuổi	Paracetamol viên 500mg	01 gói x 04 lần/ngày

\* **Ghi chú:** Uống Paracetamol khi sốt trên 38,5°C, có thể lặp lại mỗi 4-6 giờ nếu vẫn còn sốt.

### \*\* Dấu hiệu cảnh báo:

- Triệu chứng bất thường cần báo nhân viên y tế của Trạm y tế, Trạm y tế lưu động:

- + Sốt > 38°C
- + Đau rát họng, ho
- + Tiêu chảy
- + Trẻ mệt, không chịu chơi
- + Tức ngực
- + Cảm giác khó thở
- + SpO<sub>2</sub> < 96% (nếu đo được)
- + Ăn/bú kém

- Dấu hiệu chuyển nặng cần báo dịch vụ cấp cứu hoặc Đội đáp ứng nhanh tại bệnh viện cấp huyện trên địa bàn để được cấp cứu tại nhà hoặc đưa trẻ đến bệnh viện ngay:

- + Thở nhanh theo tuổi\*
- + Cánh mũi phập phồng
- + Rút lõm lồng ngực
- + Li bì, lơ đờ, bỏ bú/ăn uống
- + Tím tái môi đầu chi
- + SpO<sub>2</sub> < 95% (nếu đo được)

\* **Ghi chú:** Thở nhanh theo tuổi: Trẻ 1 -5 tuổi: ≥ 40 lần/phút, 5-12 tuổi: ≥ 30 lần/phút, > 12 tuổi: ≥ 20 lần/phút.