**LƯU Ý CỦA ĐƠN VỊ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE: CHẨN ĐOÁN KHÁC (KHÔNG PHẢI COVID-19)**

Nếu con quý vị có bất kỳ triệu chứng nào được liệt kê dưới đây có thể được cho là do chẩn đoán không phải là COVID-19, đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con quý vị (bác sĩ, y tá hoặc bác sĩ trợ lý) phải hoàn thành và ký tên vào biểu mẫu này trước khi trẻ trở lại trường sau khi vắng mặt hoặc được đưa từ trường về nhà:

* Sốt/ớn lạnh (hơn 100,4°)
* Ho
* Hụt hơi/khó thở
* Mệt mỏi
* Đau cơ/đau nhức cơ thể
* Đau đầu
* Mới mất vị giác hoặc khứu giác
* Đau họng
* Nghẹt mũi/chảy nước mũi
* Buồn nôn/ói mửa
* Tiêu chảy

**Cha mẹ**, vui lòng lưu ý:nếu quý vị chọn:

* KHÔNG cho đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khám cho con quý vị để loại trừ nguyên nhân gây sốt và/hoặc các triệu chứng bệnh khác **HOẶC**
* KHÔNG cho con quý vị xét nghiệm COVID-19 hoặc nếu trẻ có kết quả dương tính

Con quý vị có thể trở lại trường:

|  |
| --- |
| Học sinh có thể trở lại trường sau khi:* 24 giờ không sốt mà không cần sự hỗ trợ của thuốc hạ sốt

**VÀ*** Các triệu chứng đang cải thiện

**VÀ*** 10 ngày sau khi các triệu chứng của bệnh bắt đầu.
 |
|   |

Tên của trẻ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lớp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ngày được đưa từ trường về nhà hoặc ngày đầu tiên ở nhà:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Trang này phải được đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của trẻ hoàn thành và ký tên.**

❏ Tôi xác nhận rằng học sinh được phát hiện là **có nguồn triệu chứng khác**. Xét nghiệm COVID-19 **KHÔNG** được thực hiện.

❏ Tôi xác nhận rằng học sinh được phát hiện là **có nguồn triệu chứng khác**.Học sinh có kết quả xét nghiệm **ÂM TÍNH** với COVID-19.

Học sinh có thể trở lại trường sau khi:

* Trẻ đáp ứng các yêu cầu thông thường để trở lại trường vì BỆNH KHÔNG PHẢI COVID.

Theo nội dung ở trên, học sinh có thể trở lại trường sớm nhất là: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ngày)

Tên của đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chữ ký của đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vui lòng gửi lại biểu mẫu hoàn chỉnh này cho:**[Insert contact information]**