

PHIẾU ĐÁNH GIÁ
RỦI RO PHƠI NHIỄM COVID-19 CHO NHÂN VIÊN Y TẾ
(Ban hành kèm theo Quyết định số: /QĐ-YTKS ngày tháng 03 năm 2021)

Phần 1: Mẫu đánh giá rủi ro phơi nhiễm COVID-19 cho NVYT

1. Thông tin người phỏng vấn	
A. Họ và tên	
B. Ngày sinh	
C. Số điện thoại	
D. NVYT có tiền sử ở cùng môi trường gia đình hoặc lớp học với NB COVID-19 đã được xác nhận không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
E. NVYT có tiền sử đi du lịch, tiếp xúc gần (trong vòng 1 mét) với NB được xác định nhiễm COVID-19 trong bất kỳ loại phương tiện giao thông nào không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Có, đối với câu hỏi 1D - 1E được coi là tiếp xúc cộng đồng với COVID-19. NVYT nên được quản lý như trên. Các khuyến nghị quản lý trong Phần 2: Quản lý NVYT tiếp xúc với COVID-19 chỉ áp dụng cho phơi nhiễm trong các cơ sở y tế.

2. Thông tin NVYT	
A. Họ	
B. Tên	
C. Tuổi	
D. Giới tính	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không trả lời
E. Thành phố	
F. Quốc gia	
G. Chi tiết liên lạc (SĐT)	
H. NVYT thuộc bộ phận:	<input type="checkbox"/> Bác sĩ <input type="checkbox"/> Trợ lý bác sĩ <input type="checkbox"/> Điều dưỡng (hoặc tương đương) <input type="checkbox"/> Hỗ trợ điều dưỡng (hoặc tương đương) <input type="checkbox"/> Kỹ thuật viên X quang <input type="checkbox"/> Nhân viên lấy mẫu máu <input type="checkbox"/> Bác sĩ nhãn khoa <input type="checkbox"/> Vật lý trị liệu <input type="checkbox"/> Trị liệu hô hấp <input type="checkbox"/> Chuyên gia dinh dưỡng <input type="checkbox"/> Nữ hộ sinh <input type="checkbox"/> Dược sĩ <input type="checkbox"/> Kỹ thuật viên dược hoặc pha chế <input type="checkbox"/> Nhân viên phòng xét nghiệm <input type="checkbox"/> Nhân viên lễ tân, tiếp đón

	<input type="checkbox"/> Nhân viên vận chuyển NB <input type="checkbox"/> Nhân viên phục vụ <input type="checkbox"/> Nhân viên vệ sinh <input type="checkbox"/> Khác (ghi rõ):
I. Loại hình cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	Đánh dấu vào tất cả những gì áp dụng: <input type="checkbox"/> Khám bệnh ngoại trú <input type="checkbox"/> Cấp cứu <input type="checkbox"/> Các khoa lâm sàng, cận lâm sàng <input type="checkbox"/> Đơn vị hồi sức tích cực <input type="checkbox"/> Đơn vị dịch vụ vệ sinh <input type="checkbox"/> Phòng xét nghiệm <input type="checkbox"/> Khoa Dược <input type="checkbox"/> Khác, ghi rõ:
3. Thông tin NB COVID-19 tương tác với NVYT	
A. Ngày NVYT tiếp xúc lần đầu với NB dương tính COVID-19:	Ngày (Ngày/tháng/năm): ___/___/___ <input type="checkbox"/> Không biết
B. Tên của cơ sở y tế nơi NB được KBCB:	
C. Nơi chăm sóc y tế:	<input type="checkbox"/> Bệnh viện <input type="checkbox"/> Phòng khám ngoại trú <input type="checkbox"/> Cơ sở KBCB ban đầu <input type="checkbox"/> Chăm sóc tại nhà cho NB có triệu chứng nhẹ <input type="checkbox"/> Khác (ghi rõ):
D. Thành phố	
E. Quốc gia	
F. Có nhiều NB COVID-19 KBCB tại cơ sở:	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Không trả lời Nếu có, số NB (gần đúng nếu không biết chính xác số lượng):
4. Các hoạt động của NVYT được thực hiện trên NB COVID-19 tại cơ sở chăm sóc sức khỏe.	
A. Bạn có chăm sóc trực tiếp cho NB dương tính COVID-19 không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết
B. Bạn có tiếp xúc trực tiếp (trong vòng 1 mét) với NB COVID-19 được xác nhận tại cơ sở y tế không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết
C. Bạn đã có mặt khi có bất kỳ thủ thuật tạo khí dung nào được thực hiện trên NB không? Xem bên dưới để biết ví dụ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết
Nếu có, loại quy trình?	<input type="checkbox"/> Đặt nội khí quản <input type="checkbox"/> Điều trị khí dung

	<input type="checkbox"/> Hút dịch đường thở <input type="checkbox"/> Lấy mẫu bệnh phẩm đờm <input type="checkbox"/> Mở khí quản <input type="checkbox"/> Nội soi phế quản <input type="checkbox"/> Hồi sức tim phổi (CPR) <input type="checkbox"/> Khác (ghi rõ):
D. Bạn có tiếp xúc trực tiếp với môi trường nơi NB dương tính COVID-19 được chăm sóc không? Ví dụ. giường, đồ vải, thiết bị y tế, phòng tắm vv...	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết
E. Bạn có tham gia vào (các) tương tác chăm sóc sức khỏe trong một cơ sở chăm sóc sức khỏe khác trong khoảng thời gian trên không?	<input type="checkbox"/> Cơ sở y tế khác (công lập hoặc tư) <input type="checkbox"/> Xe cứu thương <input type="checkbox"/> Chăm sóc tại nhà <input type="checkbox"/> Không có cơ sở chăm sóc sức khỏe nào khác

Nếu NVYT trả lời ‘Có, đối với bất kỳ câu hỏi 4A - 4D nào, NVYT nên được coi là bị phơi nhiễm với COVID-19.

5. Tuân thủ các quy trình KSNK trong các tương tác chăm sóc sức khỏe

Đối với các câu hỏi sau, vui lòng định lượng tần suất bạn mặc phương tiện PHCN (PHCN), như được khuyến nghị: ‘Luôn luôn có nghĩa là hơn 95% thời gian; Hầu hết thời gian có nghĩa là 50% trở lên nhưng không phải 100%; Thỉnh thoảng có nghĩa là 20% đến dưới 50% và ‘Hiếm khi có nghĩa là dưới 20%.

A. Trong quá trình tương tác chăm sóc sức khỏe với NB COVID-19, bạn có mặc đồ PHCN không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
■ Nếu có, đối với từng mục của phương tiện PHCN bên dưới, hãy cho biết mức độ thường xuyên bạn sử dụng nó:	
■ Găng tay dùng một lần	<input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Hiếm khi
■ Khẩu trang y tế	<input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Hiếm khi

<p>■ Tắm chắn mặt hoặc kính bảo hộ / kính bảo vệ</p>	<p><input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị</p> <p><input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian</p> <p><input type="checkbox"/> thỉnh thoảng</p> <p><input type="checkbox"/> Hiếm khi</p>
<p>■ Áo choàng dùng 1 lần</p>	<p><input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị</p> <p><input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian</p> <p><input type="checkbox"/> thỉnh thoảng</p> <p><input type="checkbox"/> Hiếm khi</p>
<p>B. Trong quá trình tương tác chăm sóc sức khỏe với NB COVID-19, bạn đã loại bỏ và thay phương tiện PHCN của mình theo quy trình (ví dụ: khi khẩu trang y tế bị ướt, bỏ phương tiện PHCN ướt vào thùng rác, thực hiện VST, v.v.)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị</p> <p><input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian</p> <p><input type="checkbox"/> thỉnh thoảng</p> <p><input type="checkbox"/> Hiếm khi</p>
<p>C. Trong quá trình tiếp xúc chăm sóc NB COVID-19, bạn có thực hiện VST trước và sau khi chạm vào NB COVID-19 (cho dù bạn có đeo găng tay hay không)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị</p> <p><input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian</p> <p><input type="checkbox"/> thỉnh thoảng</p> <p><input type="checkbox"/> Hiếm khi</p>
<p>D. Trong quá trình tiếp xúc chăm sóc NB COVID-19, bạn đã thực hiện VST trước và sau khi thực hiện bất kỳ quy trình sạch hay vô trùng nào (ví dụ: trong khi đặt ống thông mạch máu ngoại biên, ống thông tiểu, đặt nội khí quản, v.v.)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị</p> <p><input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian</p> <p><input type="checkbox"/> thỉnh thoảng</p> <p><input type="checkbox"/> Hiếm khi</p>
<p>E. Trong quá trình tiếp xúc chăm sóc NB COVID-19, bạn có thực hiện VST sau khi tiếp xúc với dịch của cơ thể không?</p>	<p><input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị</p> <p><input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian</p> <p><input type="checkbox"/> thỉnh thoảng</p> <p><input type="checkbox"/> Hiếm khi</p>
<p>F. Trong quá trình tiếp xúc chăm sóc NB COVID-19, bạn có thực hiện VST sau khi tiếp xúc môi trường sống của NB (giường, tay nắm cửa, v.v.), bất kể bạn có đeo găng tay không?</p>	<p><input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị</p> <p><input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian</p> <p><input type="checkbox"/> thỉnh thoảng</p> <p><input type="checkbox"/> Hiếm khi</p>
<p>G. Trong quá trình tiếp xúc chăm sóc NB COVID-19, các bề mặt tiếp xúc nhiều có được khử khuẩn thường xuyên (ít nhất ba lần mỗi ngày) không?</p>	<p><input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị</p> <p><input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian</p> <p><input type="checkbox"/> thỉnh thoảng</p> <p><input type="checkbox"/> Hiếm khi</p>

6. Tuân thủ các biện pháp KSNK khi thực hiện các quy trình tạo khí dung (ví dụ đặt nội khí quản, điều trị nebulizer, hút đường thở mở, thu thập đờm, mở khí quản, nội soi phế quản, hồi sức tim phổi (CPR), v.v.).

Đối với các câu hỏi sau, vui lòng định lượng tần suất bạn mặc PPE, như được khuyến nghị: luôn luôn có nghĩa là hơn 95% thời gian; Hầu hết thời gian có nghĩa là 50% trở lên nhưng không phải 100%; Thỉnh thoảng có nghĩa là 20% đến dưới 50% và ‘Hiếm khi có nghĩa là dưới 20%.

A. Trong quá trình tạo khí dung trên NB COVID-19, bạn có mặc trang bị PHCN không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
■ Nếu có, đối với từng mục trang bị PHCN bên dưới, hãy cho biết mức độ thường xuyên bạn sử dụng nó:	
■ 1. Găng tay dùng 1 lần	<input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Hiếm khi
■ 2. Khẩu trang N95 (hoặc khẩu trang tương đương)	<input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Hiếm khi
■ 3. Tấm chắn mặt hoặc kính bảo hộ / kính bảo vệ	<input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Hiếm khi
■ 4. Áo choàng dùng một lần	<input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Hiếm khi
■ 5. Tạp dề chống nước	<input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Hiếm khi
B. Trong các thủ thuật tạo khí dung trên NB COVID-19, bạn đã loại bỏ và thay thế trang bị PHCN của mình theo quy trình (ví dụ: khi khẩu trang bị ướt, vứt trang bị PHCN ướt vào thùng rác, thực hiện VST, v.v.)?	<input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Hiếm khi

C. Trong quá trình tạo khí dung trên NB COVID-19, bạn có thực hiện VST trước và sau khi chạm vào NB COVID-19, bất kể bạn có đeo găng tay không?	<input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Hiếm khi
F. Trong các thủ thuật tạo khí dung trên NB COVID- 19, các bề mặt tiếp xúc nhiều có được khử nhiễm thường xuyên (ít nhất ba lần mỗi ngày) không?	<input type="checkbox"/> Luôn luôn, như được đề nghị <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Hiếm khi
7. Tai nạn với vật liệu sinh học	
A. Trong quá trình tiếp xúc chăm sóc với NB COVID- 19, bạn có gặp tai nạn nào với dịch tiết cơ thể / dịch tiết hô hấp không? Xem bên dưới để biết ví dụ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<p>■ Nếu có, loại tai nạn nào?</p>	<input type="checkbox"/> Tách chất lỏng sinh học / dịch tiết hô hấp trong màng nhầy của mắt <input type="checkbox"/> Tách chất lỏng sinh học / dịch tiết đường hô hấp trong màng nhầy của miệng / mũi <input type="checkbox"/> Tách chất lỏng sinh học / dịch tiết hô hấp trên da không còn nguyên vẹn <input type="checkbox"/> Đâm thủng / tai nạn sắc nhọn với bất kỳ vật liệu nào bị nhiễm chất lỏng sinh học / dịch tiết hô hấp

Phần 2: Phân loại rủi ro của Nhân viên y tế tiếp xúc với SARS-CoV-2

1. Nguy cơ nhiễm SARS-CoV-2 cao:

NVYT đã không trả lời ‘Luôn luôn, như khuyến nghị đối với các câu hỏi:

- 5A1 - 5G, 6A - 6F
- Hoặc trả lời “Có” đến số 7.

2. Nguy cơ nhiễm SARS-CoV-2 thấp:

Tất cả các câu trả lời khác