

phần mềm “Hệ thống quản lý người cách ly và người bệnh COVID-19” nhằm thuận tiện cho việc quản lý và thống kê báo cáo.

Trong quá trình thực hiện, khi cần hỗ trợ về quy trình tiếp nhận, cấp phát, bảo quản thuốc liên hệ Phòng Nghiệp vụ Dược (điện thoại: 028.3930.9932), về chuyên môn liên hệ phòng Nghiệp vụ Y (điện thoại: 028.3930.9981) để được hỗ trợ./.

(Đính kèm: Phiếu chấp thuận tham gia chương trình sử dụng thuốc Molnupiravir có kiểm soát tại cộng đồng cho người mắc COVID-19 nhẹ)./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- BP TT ĐB PCD COVID-19 tại TP.HCM;
- Bí thư Thành ủy;
- Ban Thường vụ Thành ủy;
- Chủ tịch Ủy ban nhân dân thành phố;
- BCD phòng, chống dịch Thành phố;
- Ban Thường vụ Thành ủy TP.Thủ Đức và quận, huyện;
- BCD phòng, chống dịch TP.Thủ Đức, quận, huyện;
- Ban Giám đốc Sở;
- Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật Thành phố;
- Lưu: VT, NVY (NĐT).

KT.GIÁM ĐỐC

PHÓ GIÁM ĐỐC



Tăng Chí Thượng

PHIẾU CHẤP THUẬN THAM GIA
CHƯƠNG TRÌNH SỬ DỤNG THUỐC MOLNUPIRAVIR CÓ KIỂM
SOÁT TẠI CỘNG ĐỒNG CHO NGƯỜI MẮC COVID-19 NHẸ

Họ tên người F0:.....

Hiện ngụ tại :

Số điện thoại liên lạc:

Họ tên người thân (nếu có):

SĐT của người thân (nếu có):

Đang cách ly tại: Nhà Khu cách ly

*Tôi đồng ý tham gia vào **Chương trình sử dụng thuốc Molnupiravir có kiểm soát tại cộng đồng cho người mắc COVID-19 có triệu chứng nhẹ** và **CAM KẾT** thực hiện đúng tất cả những nội dung sau đây:*

- Sử dụng thuốc đúng mục đích chương trình, đúng hướng dẫn của nhân viên y tế về liều dùng, cách dùng.
- Không chia sẻ thuốc cho người khác (kể cả người thân). Trong trường hợp không sử dụng hết thuốc của chương trình, phải hoàn trả lại cho cơ sở y tế địa phương (Trạm Y tế phường, xã, thị trấn hoặc Trạm Y tế lưu động).
- Đối với nữ:
 - + Cam kết không mang thai trong thời gian sử dụng thuốc và trong 100 ngày kể từ ngày cuối cùng sử dụng thuốc.
 - + Không cho con bú trong thời gian sử dụng thuốc và trong 100 ngày kể từ ngày cuối cùng sử dụng thuốc.
- Đối với nam: cam kết sử dụng các biện pháp tránh thai khi quan hệ tình dục trong vòng 100 ngày kể từ ngày cuối cùng sử dụng thuốc.

Tôi chịu trách nhiệm hoàn toàn trước pháp luật với những cam kết trên./.

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2021
(ký và ghi rõ họ tên)

.....

Handwritten signature