

**PHỤ LỤC III: DANH SÁCH NGƯỜI CÓ TRIỆU CHỨNG NGHI LAO VÀ
NGƯỜI NGUY CƠ**

*(Ban hành theo quyết định số...../QĐ-BYT ngày tháng năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y
tế)*

Địa điểm: Thôn:Xã..... Huyện.....Tỉnh
.....

Ngày lập danh sách:
.....

S T T	Họ và tên	Năm sinh		Địa chỉ cụ thể (thôn ấp, xã)	Số điện thoại	Phân loại nhóm		Ghi chú
		Na m	N ữ			Triệu chứng nghi lao (ghi rõ)*	Nhóm nguy cơ khác (ghi rõ)**	
1								
2								
3								
4								

Lưu ý:

*** Cột triệu chứng nghi lao:** Liệt kê tất cả các triệu chứng nghi lao, bao gồm: ho kéo dài trên 2 tuần, sốt kéo dài không rõ nguyên nhân trên 2 tuần, sút cân, kém ăn, mệt mỏi, ra mồ hôi đêm, đau ngực, khó thở

**** Cột Nhóm nguy cơ khác :** Ghi rõ người tham gia thuộc nhóm đối tượng nguy cơ nào