

Form 9
Mẫu số 9

Case Investigation Report
Phiếu Điều Tra Ca Nhiễm Cụ Thể

Date of investigation Ngày giờ điều tra	___/___/___ (DD/MM/YYYY) (Ngày/Tháng/Năm) Time: Giờ	Name of investigation organization Tên cơ quan của điều tra viên	
Name of investigator Tên điều tra viên		Contact number of Investigator Số liên lạc của điều tra viên	
Reporting medical institution Cơ sở y tế báo cáo		Date of report Ngày báo cáo Contact number of reporting medical institution Số liên lạc của cơ sở y tế báo cáo	___/___/___ (DD/MM/YYYY) (Ngày/Tháng/Năm)

1. Personal Information
Thông tin cá nhân

Enter the personal information of the case subject to this case investigation and fill in the blank.
Nhập thông tin cá nhân của đối tượng điều tra hoặc đánh dấu ✓ vào các hạng mục thích hợp

1.1 Name Tên		1.2 Nationality (based on the passport) Quốc tịch (theo hộ chiếu)	
1.3 Date of birth Ngày tháng năm sinh	(For foreign nationals, enter passport number) (Số hộ chiếu của người nước ngoài)	1.4 Gender and age Giới tính – Tuổi	<input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female (Age) <input type="radio"/> Nam <input type="radio"/> Nữ (tuổi)
1.5 Occupation Nghề nghiệp		1.6 Contact number Số liên lạc (Bản thân)	
1.7 Name of workplace(School) Tên công ty (Tên trường học)		1.8 Contact number (guardian) Số liên lạc(Người giám hộ)	
1.9 Address Địa chỉ	Address (as shown on the resident registration card): Địa chỉ đăng ký thường trú Current address: Nơi ở thực tế		

2. Current illness
Triệu chứng lâm sàng

Choose any relevant clinical signs and symptoms manifested from the initial onset until the time of investigation
Ghi hoặc đánh dấu ✓ vào các dấu hiệu hoặc triệu chứng lâm sàng kể từ khi bắt đầu có triệu chứng đến thời điểm điều tra

2.1 Initial symptoms and date of onset Ngày có triệu chứng đầu tiên / Loại hình	Onset Date of initial symptoms: ___/___/___ (DD/MM/YYYY) / symptoms : Ngày có triệu chứng: ___/___/___ (Ngày/Tháng/Năm) / Loại hình:		
2.2 Current signs and symptoms (Choose all relevant condition) Các triệu chứng, dấu hiệu gần đây	<input type="checkbox"/> General symptoms Triệu chứng toàn thân	<input type="checkbox"/> Fever/Sốt (°C) <input type="checkbox"/> Chills/Ớn Lạnh <input type="checkbox"/> Sweats/Đổ mồ hôi <input type="checkbox"/> Sore throat/Viêm họng <input type="checkbox"/> Cough/Ho <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy/Nổi hạch (<input type="checkbox"/> Cervical/Cổ <input type="checkbox"/> Axillary/Nách <input type="checkbox"/> Inguinal/Háng	

(Đánh dấu <input checked="" type="checkbox"/> tất cả các thông tin phù hợp)		<input type="checkbox"/> Other/Nổi hạch vị trí khác) <input type="checkbox"/> Headache/Đau đầu <input type="checkbox"/> Muscle pain(Myalgia)/Đau cơ <input type="checkbox"/> Back pain/Đau thắt lưng <input type="checkbox"/> Asthenia(weakness)/Suy nhược(cảm thấy yếu) <input type="checkbox"/> Fatigue/Malaise/Mệt mỏi <input type="checkbox"/> Itchiness/Ngứa ngứa <input type="checkbox"/> Keratitis/Conjunctivitis/Viêm giác mạc <input type="checkbox"/> Nausea and Vomiting/Nôn/Buồn nôn <input type="checkbox"/> Other/Khác ()
<input type="checkbox"/> Skin Lesions (rashes) Tổn thương da (Phát ban)	Date Ngày giờ	Onset of symptom : __/__/__(DD/MM/YYYY) Time: Ngày phát bệnh đầu tiên: ____/____/_____ (Ngày/Tháng/Năm) Giờ:
	Stage Loại hình	<input type="checkbox"/> Macules/Nổi ban <input type="checkbox"/> Papules/Mẩn đỏ <input type="checkbox"/> Vesicles/Mụn nước <input type="checkbox"/> Pustules/Mụn mủ <input type="checkbox"/> Scabs/Đóng vảy
	Area Vị trí	<input type="checkbox"/> Face/Trên mặt <input type="checkbox"/> Trunk/Thân mình <input type="checkbox"/> Limbs/Tay chân <input type="checkbox"/> Palms of hands/Lòng bàn tay <input type="checkbox"/> Soles of the feet/Lòng bàn chân <input type="checkbox"/> genitals/Xung quanh bộ phận sinh dục <input type="checkbox"/> anal/Xung quanh hậu môn <input type="checkbox"/> Other/Khác ()
		first area of lesion: (), area spread () Phần phát bệnh đầu tiên: (), Phần lan rộng ()
	Characteristic Diện mạo	<input type="checkbox"/> Pain / Đau do tổn thương da <input type="checkbox"/> Itchiness / Ngứa do tổn thương da <input type="checkbox"/> The lesions are in the same state of development on the body. Các nốt ban trên cùng một phần của cơ thể có kích thước và mức độ tiến triển tương tự (ví dụ: mụn mủ trên mặt, mụn nước ở chân) <input type="checkbox"/> All of the lesions are the same size. Hình dạng có ranh giới rõ ràng và ở giữa bị khoét vào giống như cái rốn <input type="checkbox"/> The lesions are deep and profound. Tổn thương trên da có xuất huyết

	2.5.2 Visit to medical institution Hồ sơ sử dụng cơ sở y tế	<input type="radio"/> No / Không <input type="radio"/> Yes / Có ➡ the following questions should only be asked if the case reports 'yes/ Mô tả bên dưới'		
	Type of visit(+) Hình thức đến(+)	Name of medical institution Tên cơ sở y tế	Date/Period Ngày / Thời hạn	ICU Admission Nhập viện phòng chăm sóc đặc biệt
	<input type="radio"/> Outpatient service Ngoại trú <input type="radio"/> Emergency room Phòng cấp cứu <input type="radio"/> Inpatient Nhập viện		~	<input type="radio"/> Yes/Có <input type="radio"/> No/Không
	<input type="radio"/> Outpatient service Ngoại trú <input type="radio"/> Emergency room Phòng cấp cứu <input type="radio"/> Inpatient Nhập viện		~	<input type="radio"/> Yes/Có <input type="radio"/> No/Không
2.6 History of smallpox vaccination Hồ sơ tiêm phòng đậu mùa	<input type="radio"/> Yes / Có (➡ Date of vaccination/Năm tiêm chủng: _____) <input type="radio"/> No / Không <input type="radio"/> Unknown / Không biết			
2.7 Underlying disease Bệnh nền	<input type="radio"/> Yes / Có (➡ Specify/Tên bệnh: _____) <input type="radio"/> No / Không			
2.8 Immunocompromising condition (innate or acquired) Bệnh suy giảm miễn dịch	<input type="radio"/> Yes (Date of initial diagnosis: __/__/__(DD/MM/YYYY), name of disorder: _____) Có (Ngày chẩn đoán đầu tiên: __/__/____ (Ngày/Tháng/Năm), Tên bệnh: _____) <input type="radio"/> None/ Không <input type="radio"/> Unknown / Không biết			
2.9 Pregnancy status Thai kỳ	<input type="radio"/> Yes / Có <input type="radio"/> No / Không (If yes, gestational age: ____weeks / Estimated date of delivery: ____/____/____(YYYY/MM/DD) (Nếu có, Tuần thai: ____ tuần / Ngày dự sinh: ____/____/____ (Ngày/Tháng/Năm))			
2.10 Differential diagnosis Khác	If any differential diagnosis was made or tests undergone, specify: _____ (e.g. chickenpox, shingles, measles, scabies, syphilis, malaria, and so on) Chẩn đoán loại trừ (thủy đậu, zona, sởi, ghẻ, giang mai, sốt rét, v.v.) (Ghi bổ sung nếu có tình trạng bệnh lý khác với nêu ở trên (hoặc tên chẩn đoán nghi ngờ không phải bệnh đậu mùa khi)): _____ _____			

3. Travel history Lịch sử đi nước ngoài	➡ Choose or fill out any relevant travel history within 21 days prior to symptom onset Ghi hoặc đánh dấu ✓ những điểm liên quan trong vòng 21 ngày khi ở nước ngoài trước khi bắt đầu có triệu chứng
	3.1 Travel history (within the past 21 days) Chuyến đi nước ngoài <input type="checkbox"/> Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 3. Travel history) Có (Kiểm tra chi tiết lịch sử chuyến thăm nước ngoài bên dưới) <input type="checkbox"/> None (Move to Section 4. Risk Exposure)

	Không (chuyển đến câu hỏi 4 ‘ Lịch sử tiếp xúc yếu tố lây bệnh)				
3.2 Immigration information (to and from South Korea) Thông tin xuất nhập cảnh Hàn Quốc	Date of Departure (from South Korea) Ngày xuất cảnh		____/____/____ (DD/MM/YYYY) (Ngày/Tháng/Năm)		
	Date of Arrival (To South Korea) Ngày nhập cảnh		____/____/____ (DD/MM/YYYY) (Ngày/Tháng/Năm) Time/ Giờ:		
	Modes of transportation Phương thức nhập cảnh		<input type="checkbox"/> Air (Flight number: Airline: Seat number:) Máy bay (Số hiệu chuyến bay: Tên hãng hàng không: Số ghế:) <input type="checkbox"/> Vessel/ship (Ship number: Name of company:) Location where most time you remained:) Tàu biển (Số hiệu chuyến tàu: Tên hãng tàu: Nơi sử dụng chính:)		
3.3 Visited Countries or cities /period of visit Tên quốc gia, khu vực đã ghé thăm và khoảng thời gian	Countries Tên quốc gia đã đến	Cities Tên Thành phố đã đến	Date Thời gian ghé thăm	Airport transit Quá cảnh sân bay	Was it monkeypox endemic or non-endemic country? Khu vực phát sinh/ nguy hiểm
			~	<input type="radio"/> Yes/ Có <input type="radio"/> No/ Không	<input type="radio"/> Yes/Có <input type="radio"/> No/Không
			~	<input type="radio"/> Yes/ Có <input type="radio"/> No/ Không	<input type="radio"/> Yes/Có <input type="radio"/> No/Không
			~	<input type="radio"/> Yes/ Có <input type="radio"/> No/ Không	<input type="radio"/> Yes/Có <input type="radio"/> No/Không
			~	<input type="radio"/> Yes/ Có <input type="radio"/> No/ Không	<input type="radio"/> Yes/Có <input type="radio"/> No/Không
			~	<input type="radio"/> Yes/ Có <input type="radio"/> No/ Không	<input type="radio"/> Yes/Có <input type="radio"/> No/Không

3.4 Accompanying persons Hình thức chuyến thăm	<input type="radio"/> Solo travel/visit Đi thăm, du lịch một mình <input type="radio"/> Accompanying two or more persons (family members, co-workers, and so on; the number of accompanying persons:) Đồng hành từ 2 người trở lên(gia đình, đồng nghiệp, v.v.; Số người đi cùng: người)
3.5 Purpose of Visit Mục đích viếng thăm	<input type="radio"/> Fellowship/social/hobbies / Giao lưu, hợp mặt, hoạt động sở thích <input type="radio"/> Travel/tourism / Du lịch, tham quan <input type="radio"/> Business / Công việc, công tác <input type="radio"/> Missionary activities / Hoạt động truyền giáo <input type="radio"/> Medical volunteering and relief activities / Hoạt động khám chữa trị cư tình nguyện <input type="radio"/> Work/Residence / Nơi hiện làm việc, cư ngụ <input type="radio"/> Other / Khác ()

4. Risk Exposure Lịch sử tiếp xúc yếu tố lây bệnh		<p>👁️ Choose any relevant history of risk exposure within 21 days prior to symptom onset</p> <p>Ghi hoặc đánh dấu <input checked="" type="checkbox"/> sự tiếp xúc yếu tố lây bệnh trong vòng 21 ngày trước khi bắt đầu có triệu chứng</p>																
4.1 History of contact to suspected or confirmed monkeypox case Tiếp xúc với bệnh nhân	Do you have any known contact with suspected or confirmed monkeypox case? Có (ngghi ngờ) tiếp xúc với bệnh nhân đậu mùa khỉ?	<input type="radio"/> Yes/Có <input type="radio"/> No/Không <input type="radio"/> Unknown/Không biết																
	<p>👁️ If yes, Trường hợp "Có",</p> <p>Relationship/Quan hệ: Date and time of contact/Ngày giờ tiếp xúc: Location of contact/Nơi tiếp xúc: Exposure setting/Tình trạng: <input type="radio"/> household contact / Cư ngụ/sống chung <input type="radio"/> a stay in the same place / Ở trong cùng một không gian <input type="radio"/> physical contact / Tiếp xúc cơ thể <input type="radio"/> Other/ Khác ()</p>																	
4.2 Any known experience of risk environment Tiếp xúc với môi trường	<p>👁️ Specify below Mô tả bên dưới</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Details of exposure Nội dung chi tiết</th> <th>Place/are a Địa điểm /Khu vực</th> <th>Date and time Ngày giờ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Participation in large events Tham gia các sự kiện lớn</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Laboratory exposures (work or temporary visit) Lịch sử ghé thăm hoặc làm việc tại phòng thí nghiệm liên quan</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Specimens handling(incl. collection, transport) Di chuyển mẫu xét nghiệm liên quan</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Other () Khác</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Details of exposure Nội dung chi tiết	Place/are a Địa điểm /Khu vực	Date and time Ngày giờ	<input type="checkbox"/> Participation in large events Tham gia các sự kiện lớn			<input type="checkbox"/> Laboratory exposures (work or temporary visit) Lịch sử ghé thăm hoặc làm việc tại phòng thí nghiệm liên quan			<input type="checkbox"/> Specimens handling(incl. collection, transport) Di chuyển mẫu xét nghiệm liên quan			<input type="checkbox"/> Other () Khác		
Details of exposure Nội dung chi tiết	Place/are a Địa điểm /Khu vực	Date and time Ngày giờ																
<input type="checkbox"/> Participation in large events Tham gia các sự kiện lớn																		
<input type="checkbox"/> Laboratory exposures (work or temporary visit) Lịch sử ghé thăm hoặc làm việc tại phòng thí nghiệm liên quan																		
<input type="checkbox"/> Specimens handling(incl. collection, transport) Di chuyển mẫu xét nghiệm liên quan																		
<input type="checkbox"/> Other () Khác																		

<p>4.3 Animal exposure Tiếp xúc với động vật</p>	<p>Have you ever had a contact with livestock or wild animals? Đã từng tiếp xúc với gia súc hoặc động vật hoang dã? <input type="radio"/> Yes/Có <input type="radio"/> No/Không <input type="radio"/> Unknown/Không biết </p>		
	<p> If yes, Trường hợp “Có”,</p>	<p>Animal (specific)/Động vật(Loài): Date of contact/Ngày tiếp xúc: Place of contact/Nơi tiếp xúc: Source of contact/Loại tiếp xúc: <input type="checkbox"/> Pet (rodents, etc.)/Thú cưng(Loài gặm nhấm .v.v.) <input type="checkbox"/> Wild animal carcass/Xác động vật hoang dã <input type="checkbox"/> Wild animal/Động vật hoang dã </p>	
<p>4.4 Sexual contact (within the last 3 weeks) Lịch sử quan hệ tình dục (Trong vòng 3 tuần qua)</p>	<p>Have you had a sexual contact within 21 days prior to symptom onset? Đã từng quan hệ tình dục trong vòng 21 ngày trước khi xuất hiện các triệu chứng?</p>		<p> <input type="radio"/> Yes/Có <input type="radio"/> No/Không <input type="radio"/> Unknown/Không biết <input type="radio"/> Refuse to respond Từ chối trả lời </p>
	<p> If yes, Trường hợp “Có”</p>	<p>Number of partners/Số người: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 or more/2 người trở lên <input type="radio"/> Refuse to respond/Từ chối trả lời Relationship with partner(s)/Mối quan hệ với đối tượng: <input type="radio"/> Spouse/Người bạn đời <input type="radio"/> Acquaintances/Quen biết <input type="radio"/> by chance/Ngẫu nhiên <input type="radio"/> Refuse to respond/Từ chối trả lời </p>	
<p>4.5 Blood transfusion donation history Hiển máu</p>	<p>Have you ever donated blood or received blood transfusion within 21 days prior symptom onset? Đã từng hiến máu hoặc truyền máu trong vòng 21 ngày trước khi xuất hiện các triệu chứng? <input type="radio"/> Yes/Có <input type="radio"/> No/Không </p>		
	<p> If yes, Trường hợp “Có”</p>	<p> <input type="checkbox"/> Donated Place: Date: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) Nơi hiến máu: Thời gian: (Ngày/Tháng/Năm) <input type="checkbox"/> Received Place: Date: ____/____/____ (DD/MM/YYYY) Nơi nhận máu: Thời gian: (Ngày/Tháng/Năm) </p>	
<p>4.6 Other suspected exposures Tiếp xúc với nguồn lây nhiễm nghi ngờ khác</p>	<p>Secify Mô tả những nguồn lây nhiễm khác trong trường hợp cảm thấy nghi ngờ</p>		

<p>5. Case classification and Management Biện pháp, phân loại trường hợp</p>	<p> Choose or fill out any relevant items Ghi hoặc đánh dấu✓ vào các trường hợp liên quan</p>		
<p>5.1 Date of notification received Báo cáo ngày giờ tiếp nhận</p>	<p>____/____/____ (DD/MM/YYYY) Time/Giờ: (Ngày/Tháng/Năm)</p>		
<p>5.2 Outcome of case classification Kết quả phân loại trường hợp</p>	<p>Epidemiological links Tinh liên quan đến dịch tễ học</p>	<p> <input type="radio"/> Yes (visits to outbreak countries or confirmation of risks exposure) Có (xác định có đến khu vực xảy ra dịch và tiếp xúc với yếu tố lây bệnh, v.v.) <input type="radio"/> No (no history of visit to an outbreak country) </p>	

		Không (Không đến khu vực xảy ra dịch, v.v.)	
	Clinical signs and symptoms Các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng	<input type="radio"/> Meet the suspected or confirmed case definition Phù hợp với mô tả ca nhiễm <input type="radio"/> Fail to meet the suspected or confirmed case definitions Không phù hợp mô tả ca nhiễm	
	Outcome of case classification Kết quả phân loại trường hợp	<input type="radio"/> Suspected case Bệnh nhân nghi ngờ <input type="radio"/> Not a case Không liên quan	
<Note on case classification> <Tham khảo về phân loại trường hợp>	Classification Phân loại		Monkeypox clinical signs and symptoms Các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng bệnh đậu mùa khỉ
			Meet clinical criteria Phù hợp
			Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms) Không phù hợp (Triệu chứng không cụ thể)
	Epidemiological links (Risk level) Liên quan đến dịch tễ học (nguy cơ lây nhiễm)	Presence Có Absence Không	<div> Suspected case Bệnh nhân nghi ngờ </div> <div> Not applicable Không tương ứng </div> <div> Not applicable Không tương ứng </div> <div> Not applicable Không tương ứng </div>
<div> ★ Admitted in the isolated ward and subject to testing Nhập viện cách ly Đối tượng điều tra </div> <div> ※ The case is considered probable upon diagnosis by medical professionals in infectious disease, proctology, urology and dermatology, even though a monkeypox case doesn't have any epidemiological link. However, the case should be reconfirmed by epidemiological investigation officers from regional governments and regional Centers for Disease Control and prevention Agency to identify whether the case meets the case investigation criteria including epidemiological links and exclusive diagnosis. Ngay cả khi không có mối liên quan đến dịch tễ học nhưng nếu kết quả chẩn đoán của bác sĩ chuyên môn khoa nội lây, khoa ngoại hậu môn, khoa tiết niệu, khoa da liễu nghi ngờ là bệnh đậu mùa khỉ thì cũng có thể xếp vào dạng bệnh nhân chưa được xác nhận. Tuy nhiên, trường hợp này cần được xác nhận lại bởi các cán bộ điều tra dịch tễ học từ các chính quyền khu vực và Cơ quan Phòng ngừa và Kiểm soát Dịch bệnh khu vực để xác định xem trường hợp có đáp ứng các tiêu chí điều tra trường hợp bao gồm liên kết dịch tễ học và chẩn đoán độc quyền hay không. </div>			
5.3 Patient transfer Di chuyển bệnh nhân	Patient transfer Việc di chuyển	<input type="radio"/> Transfer Di chuyển <input type="radio"/> NOT necessary (because the medical institution has isolation bed units) Không cần (Các cơ sở y tế có phòng cách ly) <input type="radio"/> NOT eligible(not a case) Không phải đối tượng	
	Means of transport Phương tiện vận	<input type="radio"/> Public Health Center / Trung tâm y tế <input type="radio"/> Quarantine Station/ Trạm kiểm dịch <input type="radio"/> 119 Ambulance / Xe cấp cứu119	

	chuyển	<input type="radio"/> Other/Khác: _____
5.4 Quarantine Nhập viện cách ly	Location of isolation Nơi cách ly	<input type="radio"/> Government-designated inpatient treatment beds Phòng bệnh điều trị nội trú do nhà nước chỉ định <input type="radio"/> Negative pressure isolation beds in general hospitals Phòng áp suất âm của bệnh viện đa khoa <input type="radio"/> Other (specify: _____) Khác
	Name of Medical Institution Tên cơ sở y tế	
	Start date of Isolation Ngày bắt đầu cách ly	____/____/____ (DD/MM/YYYY) Time/Giờ: (Ngày/Tháng/Năm)

6. Laboratory test Kiểm tra phòng thử nghiệm		Choose any relevant items below Ghi hoặc đánh dấu <input checked="" type="checkbox"/> vào các trường hợp liên quan		
6.1 Diagnostic tests Tiến hành kiểm tra	<input type="radio"/> Yes/Thực hiện <input type="radio"/> No/Không thực hiện			
Type of specimen Loại hình kiểm tra	Sample (+) Mẫu(+)	Date of specimen collected (DD/MM/YYYY) Ngày thu mẫu	Name of agency conducting laboratory test Cơ sở kiểm tra	Test result Kết quả thử nghiệm và chủng loại
	<input type="radio"/> Skin lesion fluid Nước nhầy da tổn thương <input type="radio"/> Not performed Không tiến hành	____/____/____ (DD/MM/YYYY) (Ngày/Tháng/Năm)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency Trung tâm kiểm soát dịch bệnh <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute Viện nghiên cứu sức khỏe và môi trường	<input type="radio"/> Positive Dương tính <input type="radio"/> Negative Âm tính <input type="radio"/> Pending Không xác định <input type="radio"/> In progress Đang tiến hành <input type="radio"/> Other () Khác
	<input type="radio"/> Skin lesion tissue Mô da tổn thương <input type="radio"/> Not performed Không tiến hành	____/____/____ (DD/MM/YYYY) (Ngày/Tháng/Năm)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency Trung tâm kiểm soát dịch bệnh <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute Viện nghiên cứu sức khỏe và môi trường	<input type="radio"/> Positive Dương tính <input type="radio"/> Negative Âm tính <input type="radio"/> Pending Không xác định <input type="radio"/> In progress Đang tiến hành <input type="radio"/> Other ()

				Khác
	<input type="radio"/> Scab Vảy <input type="radio"/> Not performed Không tiến hành	____/____/____ (DD/MM/YYYY) (Ngày/Tháng/Năm)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency Trung tâm quản lý dịch bệnh <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute Viện nghiên cứu sức khỏe và môi trường	<input type="radio"/> Positive Dương tính <input type="radio"/> Negative Âm tính <input type="radio"/> Pending Không xác định <input type="radio"/> In progress Đang tiến hành <input type="radio"/> Other () Khác
	<input type="radio"/> Oropharyngeal smear Phết tế bào hầu họng <input type="radio"/> Not performed Không tiến hành	____/____/____ (DD/MM/YYYY) (Ngày/Tháng/Năm)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency Trung tâm quản lý dịch bệnh <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute Viện nghiên cứu sức khỏe và môi trường	<input type="radio"/> Positive Dương tính <input type="radio"/> Negative Âm tính <input type="radio"/> Pending Không xác định <input type="radio"/> In progress Đang tiến hành <input type="radio"/> Other () Khác
	<input type="radio"/> Blood Máu <input type="radio"/> Not performed Không tiến hành	____/____/____ (DD/MM/YYYY) (Ngày/Tháng/Năm)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency Trung tâm quản lý dịch bệnh <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute Viện nghiên cứu sức khỏe và môi trường	<input type="radio"/> Positive Dương tính <input type="radio"/> Negative Âm tính <input type="radio"/> Pending Không xác định <input type="radio"/> In progress Đang tiến hành <input type="radio"/> Other () Khác
	<input type="radio"/> Other () Khác <input type="radio"/> Not performed Không tiến hành	____/____/____ (DD/MM/YYYY) (Ngày/Tháng/Năm)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency Trung tâm quản lý dịch bệnh <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute Viện nghiên cứu sức khỏe và môi trường	<input type="radio"/> Positive Dương tính <input type="radio"/> Negative Âm tính <input type="radio"/> Pending Không xác định <input type="radio"/> In progress Đang tiến hành <input type="radio"/> Other () Khác

7. Contact Status
Hiện trạng tiếp xúc

☞ Choose or fill out any relevant items below
Ghi hoặc đánh dấu✓ vào các trường hợp liên quan

7.1 Contacts (Have you had contact with anyone after the onset of symptoms?) Hiện trạng của người tiếp xúc	<input type="radio"/> Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 7. Contacts Status) <input type="radio"/> No		
	Có <input type="checkbox"/> Mô tả bên dưới Không <input type="checkbox"/>		
	How many contacts the case has had since the onset of symptoms? Người tiếp xúc với bệnh nhân sau khi thấy triệu chứng	<input type="text"/> Total Tổng	person(s) người
	<input type="checkbox"/> Family members and live-in person(s) Gia đình và người sống chung		person(s) người
	<input type="checkbox"/> Those from medical institution(s) (Institution(s) Name: _____) Người tiếp xúc ở cơ sở y tế (Tên cơ sở: _____)		person(s) người
	<input type="checkbox"/> People commuted/traveled via the same transport (Specify: _____) Người sử dụng cùng một phương tiện vận chuyển (Chủng loại: _____)		person(s) người
<input type="checkbox"/> Other (_____) Khác			person(s) người
* For contacts investigation and relevant details, use a separate 'Contact and Exposure Survey Form' Điều tra người tiếp xúc và tình hình cụ thể, sử dụng "mẫu điều tra riêng, người tiếp xúc" * Please refer to the 'monkeypox response guideline' for registering contacts on the web system Tham khảo hướng dẫn nội dung chính nhập đối tượng người tiếp xúc và nhập thời điểm vào trang web v.v.			

8. Final decision Kết luận cuối cùng		<input type="checkbox"/> Choose or fill out any relevant items below Ghi hoặc đánh dấu <input checked="" type="checkbox"/> vào các trường hợp liên quan
8.1 case management result Kết quả đối phó	<input type="radio"/> Under treatment Đang điều trị <input type="radio"/> Discharged after recovery (___/___/__(DD/MM/YYYY) Xuất viện sau khi hồi phục (___/___/__(Ngày/Tháng/Năm) <input type="radio"/> Died ___/___/__(YYYY/MM/DD) Chết ___/___/__(Ngày/Tháng/Năm)	
8.2 Final result Kết luận cuối cùng	<input type="radio"/> Confirmed case Bệnh nhân <input type="radio"/> Suspected case Bệnh nhân nghi ngờ <input type="radio"/> Not a patient (Diagnosis: _____) Không phải bệnh nhân (Tên nhóm: _____)	
<input type="checkbox"/> If case is confirmed as 'monkeypox patient', indicate clinical characteristics: Trường hợp người 'bệnh nhân', đánh dấu loại lâm sàng:		

9. Contact tracing	<input type="checkbox"/> Choose or fill out any relevant items below
--------------------	--

[illegible]