

ASSESSMENT CHECKLIST OF CLINICAL AND SOCIAL CRITERIA FOR COVID-19 HOME ISOLATION BENEFIT PACKAGE

Name of Patient: _____

Age: _____

Swab Test Result: _____

Date Done: _____

Testing Laboratory: _____

Panuto: Lagyan ng tsek mark ang kahon sa tabi ng iyong obserbasyon at rekomendasyon ayon sa mga kasagutan ng pasyenteng ineevaluate. Siguraduhing lahat ng kahon ay napunan ng tama at ang mga rekomendasyon ay ayon sa mga panuntunan na nakasulat sa baba.

A. Clinical Evaluation

Part 1. Signs and symptoms

- | | | | | | |
|-----------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| • Fever | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | • Shortness of breath | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| • Cough | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | • Chest pain | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| • Colds | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | • Diarrhea | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| • Muscle pain | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | • Loss of taste/smell | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| • Body weakness | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | | | |

Tandaan: Kapag ang patient ay may shortness of breath, chest pain o iba pang sintomas ng malubhang COVID-19, wag nang ipagpatuloy ang checklist at irekomendang magpakonsulta sa doktor

Part 2. History of illness/Health risk factors

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| • Immune suppressed (katulad ng HIV, cancer and Tuberculosis) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| • May mga risk factors sa malubhang COVID-19 (obesity, >60 years of age, pregnancy, smoker) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| • May mga comorbidities (katulad ng hypertension, heart disease, diabetes and chronic kidney/lung disease) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| • Nangangailangan ng supportive care (katulad ng oxygen, antibiotics, intravenous hydration) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

Tandaan: Kapag **Yes** sa dalawa o higit pa, ang patient ay hindi maaaring i-home isolate. Kapag **Yes** sa isa, ikonsulta sa doctor kung maaaring mag home isolation. Kapag **No** sa lahat, ang patient ay clinically eligible for home isolation at magpatuloy sa Social Criteria Evaluation.

Clinically eligible for Home Isolation **Yes** **No**

B. Social criteria Evaluation

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. May sariling kwarto | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 2. May sariling banyo/toilet | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 3. May sapat na airflow/ventilation | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 4. May tagapangalaga o kakayanan ma-meet ang pang-araw-araw na pangangailangan | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 5. May sariling landline, cellphone, o laptop na maaaring magamit para sa teleconsultation | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

Tandaan: Kapag ang patient ay may kahit isang sagot na “no” sa social criteria evaluation, ang patient ay **hindi** maaaring i-home isolate.

Socially eligible for Home Isolation **Yes** **No**

Tandaan:

- (1) Kapag na-meet ng patient **parehas** and social at clinical criteria, sila ay **maaring i-home isolate**.
(2) Kapag naman na-meet nila ang **clinical criteria lamang**, sila ay dapat **i-isolate sa isang TTMF/CIU**.

Recommended for: **Home Isolation** **TTMF/CIU** **Magpakonsulta sa doktor**

Assessed by: _____

Name with signature and designation
(BHERT)