附件1

隔离观察人员入住通知书

　　　　　　　　:

　　　　　（姓名），系　　　　　　　　　（院系）

　　　　　年级学生／教师，于　　　年　月　日，自

　　　　　　　　　　　　（家庭地址）返校，因

　　　　　　　　　　　　原因，符合隔离观察要求，请办理入住手续。

　　　　　　　　　　　　　校医（签名）：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

附件2

隔离观察人员须知

一、在隔离区域内应佩戴一次性医用口罩。佩戴时分清口罩的内外面、上下端，一般浅色为内、深色为外，鼻夹的位置为上端，确保口罩遮住口、鼻、下颌，且与脸部贴合。

二、隔离观察者原则上不得外出，不得与其他无关人员接触，在房间内单独就餐。

三、隔离观察期间，隔离观察者每天早、晚各进行2次体温测量并作好记录，主动向校医报告体温和健康情况。

四、讲究个人卫生，不随地吐痰，咳嗽或打喷嚏时用纸巾、毛巾等遮住口鼻，咳嗽或打喷嚏后用肥皂、含有酒精的洗手液和流水洗手，尽量避免用手触摸眼睛、鼻或口。

五、做好居室通风，每天上、下午要两次开窗通风，每次30分钟。

六、隔离观察期间，如出现可疑症状（包括发热、干咳、乏力、胸闷等），应及时联系校医，对符合条件的由定点医疗机构及时将其转运到定点医院进行隔离救治。

七、隔离期满未出现相应症状，解除隔离观察。

八、对于违反隔离观察相关规定，造成疫情扩散和蔓延，危害公共安全和公众安全的，依照《中华人民共和国传染病防治法》等法律法规将承担相应法律责任。

九、联系人：XXX,联系电话：XXXXXXX。

附件3

隔离观察人员入住及退宿流程图

校医院开具《隔离观察人员入住通知书》

签署《隔离观察人员须知》

办理入住登记手续

分配隔离室入住

做好日常健康观察和记录，至隔离期满

|  |
| --- |
|  |

无疫情症状

出现可疑症状

及时联系校医，对符合条件的由定点医疗机构及时将其转运到定点医院进行隔离救治

校医院出具《隔离观察期满证明》

对隔离室进行检查确认，办理退宿手续

对隔离室开展终末消毒

附件4

独立隔离区消毒记录表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日期** | **消毒时间** | **消毒区域** | **消毒方式** | **消毒　人员** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

附件5

卫生间清洁消毒检查表

（　　 ）卫生间

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日期** | **时段** | **消毒时间** | **消毒内容** | **消毒人员** | **备注** |
|  | 上午 |  |  |  |  |
| 下午 |  |  |  |  |
|  | 上午 |  |  |  |  |
| 下午 |  |  |  |  |
|  | 上午 |  |  |  |  |
| 下午 |  |  |  |  |
|  | 上午 |  |  |  |  |
| 下午 |  |  |  |  |
|  | 上午 |  |  |  |  |
| 下午 |  |  |  |  |
|  | 上午 |  |  |  |  |
| 下午 |  |  |  |  |
|  | 上午 |  |  |  |  |
| 下午 |  |  |  |  |

附件6

独立隔离区垃圾清运消毒记录表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日期** | **清运时间** | **垃圾内容数量** | **消毒方式** | **清运消　　毒人员** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

附件7

隔离观察期满证明

　　　　　　（姓名）:

系　　　　　　　　　学校　　　　　　　　（院系）

　　　　　年级学生／教师，于　　　年　月　日起开始隔离观察，在隔离观察期间，积极配合疫情防控工作，现已完成隔离观察要求，无疫情相关症状，可以进行正常学习生活，特此证明。

　　　　　　　　　　　　　校医（签名）：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

平顶山市教育体育局办公室 2020年2月27日印发