附件：

**长沙市第三医院公开招聘新冠肺炎疫情防控要求**

为做好新冠肺炎疫情防控常态化下公开招聘工作，确保考生安全和考试顺利进行，对所有考生进行分类筛查，并根据筛查审验情况确认可参加招聘考试的对象。

一、防控筛查时间与地点

（一）时间：2021年10月9日8:45-9:15

（二）地点：笔试考场疾病筛查处

（三）考生持本人有效身份证原件(不含电子身份证）、48小时内有效核酸检测阴性证明、解除隔离证明（特定人员提供）、彩色打印筛查当日健康码、防疫行程卡参加疾病筛查。考生进入考场前需查看实时健康码与防疫行程卡，体温正常且无其他新冠疑似症状、健康码及防疫行程卡为绿码者方可参加此次招聘考试。

二、防控筛查审验方式及结果

（一）进行流行病学调查，填写“新冠肺炎流行病学调查问卷”并签名（附件1），考试（核）当天上交留存备查。

（二）监测考试（核）前14天健康情况，如实填写“长沙市第三医院新冠肺炎防控健康信息登记表”并签名（附件2），考试（核）当天上交留存备查。

（三）来院前需向人事科提供24小时内健康码及行程码截图，健康码为红、黄码人员不能参加此次招聘考试。

（四）近14天内有中高风险地区旅居史及有发热、咳嗽、腹泻等新冠肺炎感染相关症状人员不能参加此次招聘考试。

（五）近14天内有中高风险地区旅居史的考生，需提前向长沙市第三医院人事科报备并按以下要求执行，未提前报备和未按要求执行的不能参加此次招聘考试。

1.无中风险地区旅居史，但有中风险地区所在地市旅居史的，离开该地市起，至少有7 天居家健康监测并有第1 天核酸检测结果。

2.无高风险地区旅居史，但有高风险地区所在县市区旅 居史的，离开该县市区起，至少要有7 天居家隔离再7 天居家健康监测，并提供第 1、3、7、14 天核酸阴性检测结果。

3.无高风险地区所在县市区旅居史，但有高风险地区所在地市旅居史的，离开该地市起，至少7 天居家健康监测，并提供第 1、3 天核酸阴性检测结果。

三、其它疫情防控管理规定参照本院人员执行（包括每日健康监测、外出管理、定期核酸监测、出入口管理等）。

四、考试（核）期间必须全程正确佩戴口罩，勤洗手，不聚集，并遵守医院其他相关管理规定。

五、本要求执行时限将根据疫情形势实时调整。

附件1：

**新冠肺炎流行病学调查问卷**

为精准做好疫情防控工作，根据《新型冠状病毒肺炎防控方案（第八版）》，结合我省当前疫情防控形势，现调整《新冠肺炎流行病学调查问卷》。

姓名:                          联系电话:

现住址：

身份证号码:

健康码情况： □绿码    □黄码    □红码

行程卡情况：  □绿     □黄      □红

是否显示去过中高风险地区 □否 □是

是否为以下特定职业人群: □否□医务人员 □病原微生物检测人员□野生动物接触相关人员□家禽、家畜养殖人员 □农贸（集贸）市场从业人员 □口岸检疫和边防检查人员 □口岸进口货物直接接触人员 □从事冷链食品监管和从业人员 □隔离场所管理和服务人员 □其他

如为医务人员，请选择具体工作性质：

□医生 □护士 □疾控现场工作人员 □实验室检测人员 □其他

一、近14天内是否有发热、干咳、乏力、嗅(味)觉减退、鼻塞、流涕、咽痛、结膜炎、肌痛和腹泻等症状?（请在口内打“√”）

□否                   □是:     体温:       °C

二、近14天内是否曾到过中高风险地区★或境内有确诊病例及无症状感染者报告的社区：

□旅行史            □居住史               □否

如有，请填写：       省       地（市）       县（区）

三、近14天是否有境外疫情国家或地区的旅行史或居住史：

□旅行史            □居住史               □否

如有，请填写国家或地区：

四 、近14天是否接触过来自境内外有确诊病例或无症状感染者报告社区的发热和/或呼

吸道症状的患者：

 □是               □否                   □不清楚

五、近14天是否曾有确诊病例或无症状感染者的接触史：

□是                □否                   □不清楚

六、近14天患者同一家庭、办公室、学校或托幼机构班级、车间等集体单位是否有聚集性发病（出现2例及以上发热和/或呼吸道症状的聚集性病例）：

□是                □否                   □不清楚

本人保证，以上内容真实无误，如有瞒报，将承担法律责任。

患者/填表人签名:                                日期: 2021年  月   日

附件2：

**长沙市第三医院新冠肺炎防控健康信息登记表**

 姓名：  居住地址：                            联系方式：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日期 |  体温  | 本人长期同住者是否有呼吸道相关症状（咳嗽、咽痛、头痛、乏力、流涕或其他） | 本人长期同住者近2周内是否有新型冠状病毒肺炎确诊或疑似病例接触史 | 14天内是否有病例或无症状感染社区、或境外疫情严重国家或地区的旅行史或居住史 | 14天内是否与新型冠状病毒感染者(核酸检测阳性者)有接触史 | 14天内是否接触过来有病例或无症状感染社区、或境外疫情严重国家或地区的发热或有呼吸道症状的患者 | 是否有聚集性发病（2例及以上） | 健康码及行程码有无异常 |  备注 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

注：1．请每天如实详细进行记录。  2．来院时，须带此健康信息登记表。

**本健康卡所填内容完全真实，如有弄虚作假，一切责任自负。（本人签名）：                   年  月  日**