

## แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับย่อ

1. ข้อมูลทั่วไป เลขบัตรประชาชน/passport.....
- ชื่อ - นามสกุล..... เพศ  ชาย  หญิง อายุ .....ปี .....เดือน สัญชาติ.....
- ประเภท  PUI  ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ  การค้นหา/สำรวจเชิงรุก  Sentinel surveillance  อื่นๆ.....
- อาชีพ (ระบุลักษณะงาน เช่น บุคลากรทางการแพทย์ งานที่สัมผัสกับนักท่องเที่ยว/ชาวต่างชาติ) .....
- เบอร์โทรศัพท์..... สถานที่ทำงาน/ สถานศึกษา.....
- ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย ชื่อสถานที่.....
- หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ..... จังหวัด.....
- ลักษณะที่พักอาศัย  บ้านเดี่ยว  ตึกแถว/ทาวน์เฮ้าส์  หอพัก/คอนโด/ห้องเช่า
- พักห้องรวมกับคนจำนวนมาก เช่น แคมป์ก่อสร้าง หอผู้ป่วยใน รพ.  อื่นๆ ระบุ .....

2. ข้อมูลทางคลินิก
- วันเริ่มป่วย ...../...../..... วันรับการรักษาครั้งแรก ...../...../..... วันวินิจฉัยโควิด-19 ...../...../.....
- ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน..... จังหวัด .....
- อาการและอาการแสดง (ณ วันที่รายงาน) :  ไม่มีอาการใดๆ  มีอาการ แต่ไม่มีอาการระบบทางเดินหายใจ
- มีอาการระบบทางเดินหายใจ O<sub>2</sub> Sat.....% ( ) เป็นปอดอักเสบ ( ) ใส่เครื่องช่วยหายใจ ( ) เสียชีวิต
- โรคประจำตัว..... กรณีแพ้หญิง  ไม่ตั้งครรภ์  ตั้งครรภ์.....สัปดาห์
- ผลการตรวจที่ยืนยันว่าเป็น SARS-CoV-2

วิธีตรวจ	วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	สถานที่ตรวจ	ผลตรวจ
RT-PCR				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
Antigen				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
Antibody ครั้งที่ 1				<input type="checkbox"/> IgM ..... : ..... <input type="checkbox"/> IgG ..... : ..... <input type="checkbox"/> Neg
Antibody ครั้งที่ 2				<input type="checkbox"/> IgM ..... : ..... <input type="checkbox"/> IgG ..... : ..... <input type="checkbox"/> Neg

3. ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- ไม่เคยได้รับ  เคยได้รับ มีสมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่ ( ) มี ( ) ไม่มี
- ครั้งที่ 1 วันที่ได้รับ ...../...../..... ชื่อวัคซีน..... สถานที่ฉีด.....
- ครั้งที่ 2 วันที่ได้รับ ...../...../..... ชื่อวัคซีน..... สถานที่ฉีด.....
4. ประวัติเสี่ยงในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย (หรือ 14 วันก่อนตรวจพบการติดเชื้อ)
- อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด  มี  ไม่มี
    - ประเทศไทย ระบุจังหวัด.....
    - ต่างประเทศ ระบุประเทศ..... เมือง.....
  - ได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ  มี  ไม่มี
  - สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชื่อ.....  มี  ไม่มี
  - ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติหรือแรงงานต่างชาติ  มี  ไม่มี
  - เดินทางไปในสถานที่หรือทำกิจกรรมที่มีคนหนาแน่นหรือพลุกพล่าน ระบุ.....  มี  ไม่มี
  - เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ  มี  ไม่มี
    - ดูแลหรือให้บริการผู้ป่วยโควิด 19 หรือ เป็นผู้เก็บ/นำส่ง/ตรวจตัวอย่างของผู้ติดเชื้อโควิด 19
    - ไม่ได้ดูแลหรือให้บริการผู้ป่วยโควิด 19 และ ไม่ได้เป็นผู้เก็บ/นำส่ง/ตรวจตัวอย่างของผู้ติดเชื้อโควิด 19
  - ประวัติเสี่ยงอื่นๆ ระบุ.....  มี  ไม่มี
5. การค้นหาผู้สัมผัส
- ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง.....คน ติดตามได้.....คน สถานที่กักตัว ( ) บ้าน ..... คน ( ) สถานที่กักตัว ..... คน
  - ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงต่ำ.....คน ติดตามได้.....คน สถานที่กักตัว ( ) บ้าน ..... คน ( ) สถานที่กักตัว ..... คน

ผู้รายงาน.....หน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....วันที่รายงาน.....