**ใบบันทึกข้อมูลการส่งตรวจ PCR COVID 19 ของห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลพระปกเกล้า**

ชื่อสกุล..............................................................อายุ................ปี เลขที่บัตรประชาชน………………..............................HN/VN..............

วันที่ส่งตรวจ.......................................

โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ □ รพ.พระปกเกล้า □ รพอื่นๆ ระบุ....................................

**ประวัติและการตรวจร่างกาย โดยสังเขป**

o อาการ □ ไข้ ร่วมกับ ไอ/ เจ็บคอ/ มีน้ำมูก □ ไข้ ไอ หอบเหนื่อย □ อื่นๆ ระบุ........................................

o ตรวจร่างกาย □ Pharynx not injected □............................................................

**การวินิจฉัยโรค**

o โรคหลัก □ Common cold (J00) □ Pneumonia unspecified (J18.9) □ อื่นๆ ระบุ...................................

o โรครอง □ Special screening examination for other viral disease (Z115)

**ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ COVID 19**

o เข้าเกณฑ์ PUI COVID 19

□ มีอาการของ Acute respiratory tract infection (ARI) + มีความเสี่ยงติดเชื้อ

□ Pneumonia (ไม่รู้สาเหตุ/ รักษาแล้วไม่ดีขึ้นใน 48 ชม./ severe pneumonia/ เสียชีวิตโดยหาสาเหตุไม่ได้/  
X-ray เข้าได้กับ Covid 19 pneumonia

□ บุคลากรทางการแพทย์ที่มี ARI / pneumonia

□ Cluster illness (บุคลากรตั้งแต่ 3 คน/ ไม่ใช่บุคลากรตั้งแต่ 5 คน)

o แพทย์ผู้ตรวจรักษาประเมินว่ามีความจำเป็น

□ Pneumonia ที่ไม่เข้าเกณฑ์ PUI

□ ARI ที่ไม่เข้าเกณฑ์ PUI

□ ไม่มีอาการป่วยแต่มีประวัติมาจากพื้นที่เสี่ยง/ หรือเข้าร่วมกิจกรรมที่เสี่ยงเช่น พื้นที่แออัด

□ ไม่มีอาการป่วยแต่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยติดเชื้อโควิด

□ ไม่มีอาการป่วย pre operative/ procedural evaluation in non pregnancy patient

□ ไม่มีอาการป่วย pre operative/ procedural evaluation in pregnancy patient

□ อื่นๆ ระบุ.......................................................................................

**คำสั่งแพทย์ในการส่งตรวจ COVID 19**

o Nasopharyngeal/ throat swab for Real-time RT-PCR

o Sputum exam for Real-time RT-PCR

ลงชื่อแพทย์................................................................

(..............................................) เลข ว........................

**คำยินยอมของผู้ป่วยในการส่งตรวจเชื้อ COVID 19**

ข้าพเจ้า.......................................................... รับทราบเหตุผลความจำเป็นในการส่งตรวจเชื้อ COVID 19 และมีความยินยอมให้เก็บสิ่งส่งตรวจตามที่แพทย์สั่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค COVID 19

ลงชื่อผู้ป่วย/ผู้แทน................................................................

(...........................................................)

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้เก็บสิ่งส่งตรวจ.............................................................

(............................................................)

ตำแหน่ง.......................................................