**แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับย่อ**

Novelcorona 3

Code\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 ....................................

1. **ข้อมูลทางคลินิก**

วันเริ่มป่วย ………./…..…/………. วันรับการรักษาครั้งแรก ………./………..…/………. วันวินิจฉัยโควิด-19 ………./………..…/……….

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน......................................................................... จังหวัด ................................................

อาการและอาการแสดง (ณ วันที่รายงาน) : 🞏 ไม่มีอาการใดๆ 🞏 มีอาการ แต่ไม่มีอาการระบบทางเดินหายใจ

🞏 มีอาการระบบทางเดินหายใจ O2 Sat……………% ( ) เป็นปอดอักเสบ ( ) ใส่เครื่องช่วยหายใจ ( ) เสียชีวิต

โรคประจำตัว............................................................................................. กรณีเพศหญิง 🞏 ไม่ตั้งครรภ์ 🞏 ตั้งครรภ์.......สัปดาห์ **ผลการตรวจที่ยืนยันว่าเป็น SARS-CoV-2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **วิธีตรวจ** | **วันที่เก็บ** | **ชนิดตัวอย่าง** | **สถานที่ตรวจ** | **ผลตรวจ** |
| RT-PCR |  |  |  | 🞏 Detected 🞏 Not detected |
| Antigen |  |  |  | 🞏 Detected 🞏 Not detected |
| Antibody ครั้งที่ 1 |  |  |  | 🞏 IgM ..... : ..... 🞏 IgG ..... : ..... 🞏Neg |
| Antibody ครั้งที่ 2 |  |  |  | 🞏 IgM ..... : ..... 🞏 IgG ..... : ..... 🞏Neg |

1. **ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

🞏 ไม่เคยได้รับ 🞏เคยได้รับ มีสมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่ **( )** มี **( )** ไม่มี

**ครั้งที่ 1** วันที่ได้รับ ………./………..…/………. ชื่อวัคซีน......................................................สถานที่ฉีด.................................................. **ครั้งที่ 2** วันที่ได้รับ ………./………..…/………. ชื่อวัคซีน......................................................สถานที่ฉีด..................................................

1. **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

1. **การค้นหาผู้สัมผัส**

* ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง……....…คน ติดตามได้.............คน **สถานที่กักตัว** ( ) บ้าน ......... คน ( ) สถานที่กักตัว ........... คน
* ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงต่ำ........…คน ติดตามได้.............คน **สถานที่กักตัว** ( ) บ้าน ......... คน ( ) สถานที่กักตัว ........... คน

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