

แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

หน่วยตรวจโรค หน่วยบัญชาการรักษาดินแดน

1. ส่วนข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี สัญชาติ.....
สถาบัน/สถานศึกษา..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
ที่อยู่ บ้าน อื่นๆ ระบุ เลขที่ หมู่บ้าน.....
ซอย ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด โรคประจำตัว.....

2. ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย

อุณหภูมิร่างกายแรกรับ..... องศาเซลเซียส และพบว่ามีอาการผิดปกติอื่นๆ ดังนี้

- มีไข้ มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ*
 มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก ปวดศีรษะ*
 ถ่ายเหลว* อื่นๆ* ระบุ.....

หมายเหตุ หากพบว่าท่านมีอาการถ่ายเหลว, ปวดกล้ามเนื้อ, ปวดศีรษะ หรือพบอาการอื่นๆ ที่ระบุไว้โดยอย่างน้อย
ให้มาคัดกรองเพิ่มเติม ณ สถานี 3 (ตรวจร่างกาย) แต่หากพบความผิดปกติในข้ออื่นๆ นอกเหนือจากข้างต้น
ให้ท่านพักสังเกตอาการที่บ้าน 14 วัน แล้วท่านจึงเดินทางมารับสมัครรายงานตัวใหม่ ในวันที่กำหนด (วันเก็บตก)

3. ประวัติเสี่ยง

- *3.1) ช่วง 14 วันก่อน อาศัยอยู่ หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ใช่ ไม่ใช่
ระบุเมือง ประเทศ..... เดินทางเข้าประเทศไทยวันที่.....
โดยสายการบิน..... เที่ยวบินที่..... เลขที่นั่ง.....
- 3.2) ช่วง 14 วันก่อน ได้เข้ารับการรักษา หรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของพื้นที่ที่มีการระบาด ใช่ ไม่ใช่
- *3.3) ช่วง 14 วันก่อน ได้ดูแล หรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบ ใช่ ไม่ใช่
- *3.4) ช่วง 14 วันก่อน มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบุ..... ใช่ ไม่ใช่
- 3.5) ช่วง 14 วันก่อน ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ใช่ ไม่ใช่
- 3.6) ช่วง 14 วันก่อน มีประวัติเดินทางไปในสถานที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น ผับ สนามมวย ระบุ..... ใช่ ไม่ใช่
- *3.7) ท่านเป็นผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจ หรือปอดอักเสบ ใช่ ไม่ใช่
- *3.8) ท่านเคยสัมผัสผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรง หรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ใช่ ไม่ใช่
- 3.9) ท่านเป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ใช่ ไม่ใช่
- 3.10) ประวัติเสี่ยงอื่นๆ ระบุ

หมายเหตุ หากพบว่าท่านทำเครื่องหมาย ถูก (✓) ลงในช่องว่า ใช่ ในข้อ 3.1, 3.3, 3.4, 3.7 และ 3.8 ที่ระบุไว้โดย
อย่างน้อยหนึ่งให้ท่านพักสังเกตอาการที่บ้าน 14 วัน แล้วท่านจึงเดินทางมารับสมัครรายงานตัวใหม่ ในวันที่กำหนด
(วันเก็บตก) แต่หากพบว่าท่านทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่า ใช่ ในข้ออื่นๆ นอกเหนือจากข้างต้น
ให้ท่านมาคัดกรองเพิ่มเติม ณ สถานี 3 (ตรวจร่างกาย)

4. ข้อมูลส่วนนี้กรอกข้อมูลเฉพาะกรณีมีการเจ็บป่วย

4.1) รายละเอียดเหตุการณ์ ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ก่อนเริ่มป่วย

.....
.....

4.2) ตารางกิจกรรม และการเดินทางตั้งแต่เริ่มป่วย

| วัน | วันที่ | กิจกรรม/สถานที่ | ระบุบุคคลร่วมกิจกรรม หากทำได้ |
|-----|--------|-----------------|-------------------------------|
| 0 | | | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |