

Code _____

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Novelcorona 2

1. ข้อมูลทั่วไป

เลขบัตรประชาชน/passport.....

ชื่อ - นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง อายุ ปี.....เดือน สัญชาติกรณีเพศหญิง ไม่ได้ตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ ครรภ์ที่..... อายุครรภ์ สัปดาห์

อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำงานละเอียด เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ที่สัมผัสกับนักท่องเที่ยว)

สถานที่ทำงาน/ สถานศึกษา..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ใช้ลงแอปพลิเคชัน “หมอชนะ”.....

ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย บ้าน อื่น ๆ ระบุ

เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

โรคประจำตัว..... การสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบ ยังคงสูบ เคยสูบแต่เลิกแล้ว

2. ข้อมูลทางคลินิก

วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี) วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษารั้งแรก จังหวัด

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน..... จังหวัด

อาการและอาการแสดง ในวันพบผู้ป่วย : ไข้ อุณหภูมิแรกรับ °C O₂ Sat.....% ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส อื่น ๆ ระบุเอกซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ไม่ได้ทำ ทำ เมื่อวันที่ ระบุผลCBC (ครั้งแรก) : วันที่ ผล Hb g/dL Hct % Platelet count x10³

WBC (N..... % L % Atyp lymph % Mono % อื่น ๆ))

ผลการตรวจ Influenza test วิธีการตรวจ Negative Positive Flu A Flu B

ผลการตรวจ SARS-CoV-2 PCR

| ครั้งที่ | วันที่เก็บ | ชนิดตัวอย่าง | สถานที่ส่งตรวจ | ผลตรวจ |
|----------|------------|--------------|----------------|---|
| | | | | <input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected |
| | | | | <input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected |

ผลการตรวจ SARS-CoV-2 Antibody

| ครั้งที่ | วันที่เก็บ | ชนิดตัวอย่าง | สถานที่ส่งตรวจ | ผลตรวจ |
|----------|------------|--------------|----------------|--------|
| | | | | |
| | | | | |

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน admit วันที่การวินิจฉัยเบื้องต้น.....การให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ให้ ให้ วันที่รับยาโดสแรกการให้ยาต้านไวรัส ไม่ให้ ให้ วันที่รับยาโดสแรก Remdesivir Favipiravir Lopinavir/ritonavir Darunavir Ritonavir Chloroquine/Hydroxychloroquine อื่น ๆ ระบุสถานะผู้ป่วย หาย ยังรักษาอยู่ เสียชีวิต ส่งตัวไป รพ. อื่น ๆ ระบุ

3. ประวัติเสี่ยง

- ช่วง 14 วันก่อนป่วยอาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ระบุเมือง ประเทศ..... ไม่ใช่ ใช่
เดินทางเข้าประเทศไทยวันที่..... โดยสายการบิน..... เที่ยวบินที่..... เลขที่นั่ง
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้เข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของพื้นที่ที่มีการระบาด ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบุ..... ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยมีประวัติเดินทางไปในสถานที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น ผับ สนามมวย ระบุ..... ไม่ใช่ ใช่
- เป็นผู้ป่วยอาการทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน ไม่ใช่ ใช่
- เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ไม่ใช่ ใช่
- เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ไม่ใช่ ใช่
- อื่น ๆ ระบุ

4. รายละเอียดเหตุการณ์ ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ก่อนเริ่มป่วย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ตารางกิจกรรมและการเดินทาง 14 วันหลังป่วย

| วัน | วันที่ | กิจกรรม/สถานที่ | จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม (ระบุบุคคล หากทำได้) |
|-----|--------|-----------------|--|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |