**Code** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **แบบสอบสวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Novelcorona 2**

**${HN}**

**${number\_id}**

**1. ข้อมูลทั่วไป**  เลขบัตรประชาชน/passport

${age}

${title} ${first} ${last}

${sex}

${nation}

ชื่อ – นามสกุล ................................................................. เพศ ...................... อายุ …........... ปี สัญชาติ .........................

${womb}

${check\_yes}

${check\_no}

${womb\_age}

กรณีเพศหญิง ไม่ได้ตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ ครรภ์ที่ ……...... อายุครรภ์ …………. สัปดาห์

${occ}

อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำอย่างละเอียด เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ที่สัมผัสกับนักท่องเที่ยว) .................................................

${tel}

${location}

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

${telapp}

เบอร์โทรศัพท์ที่ใช้ลงแอปพลิเคชัน “หมอชนะ”...........................................

${other\_check}

${home\_check}

ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย บ้าน อื่น ๆ ระบุ ...............................................................................................................

${home\_id}

${alley}

${street}

เลขที่ ..................... หมู่ที่ ................ หมู่บ้าน ........................................ ซอย ............................ ถนน ..................................

ตำบล ................................................ อำเภอ ...................................................... จังหวัด ...........................................................

${smoked}

${never\_smoke}

${smoking}

${disease}

โรคประจำตัว........................................................................ การสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบ ยังคงสูบ เคยสูบแต่เลิกแล้ว

**2. ข้อมูลทางคลินิก**

${firstdate}

${datesick}

วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี) ........................................... วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก (วัน/เดือน/ปี) ..........................................

${district\_id}

${namehosbe}

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก ...................................................................... จังหวัด ............................................

${district\_id}

${namehosup}

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

${fever\_oxygen}

${fever\_degree}

${fever}

อาการและอาการแสดง ในวันพบผู้ป่วย : ไข้ อุณหภูมิแรกรับ...............°C O2 Sat……………%

${phlegm}

${runny}

${mascle}

${neck}

${cough}

${venti}

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ใส่เครื่องช่วยหายใจ  ${breathe} | ไอ เจ็บคอ  ${liquid}  ${headache} | ปวดกล้ามเนื้อ  ${nose} | มีน้ำมูก  ${tongue} |  | มีเสมหะ  ${eye} |  |
| หายใจลำบาก  ${rash\_details}  ${rash} | ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว  ${other\_patien} | จมูกไม่ได้กลิ่น  ${other\_details\_patien} | ลิ้นไม่รับรส |  | ตาแดง |  |

ผื่น ตำแหน่ง ………………......................... อื่น ๆ ระบุ ..............................................

${xrey\_no}

${xrey\_yes}

${result\_xrey}

${date\_xrey}

เอกซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ไม่ได้ทำ ทำ เมื่อวันที่ ........................................ ระบุผล ...............................................

${htc}

${platelet}

${hb}

${date\_cbc}

**CBC (ครั้งแรก)** : วันที่ .............................. ผล Hb ...….........… g/dL Hct ….......…… % Platelet count ................... x103

${n\_cbc}

${other\_details\_cbc}

${mono}

${l\_cbc}

${atyp}

${wbc}

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

${nagative}

${positive}

${flua}

${flub}

${type\_check\_test}

**ผลการตรวจ Influenza test** วิธีการตรวจ ......................................... Negative Positive Flu A Flu B

**ผลการตรวจ SARS-CoV-2 PCR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ครั้งที่  ${number\_pcr} | วันที่เก็บ  ${date\_pcr} | ชนิดตัวอย่าง  ${example\_pcr} | สถานที่ส่งตรวจ  ${location\_pcr} | ผลตรวจ |
|  |  |  | ${detected\_pcr\_no}  ${detected\_pcr\_yes} | Detected Not detected |
|  |  |  |  | Detected Not detected |

**ผลการตรวจ SARS-CoV-2 Antibody**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ครั้งที่  ${number\_anti} | วันที่เก็บ  ${date\_anti} | ชนิดตัวอย่าง  ${example\_anti} | สถานที่ส่งตรวจ  ${location\_anti} | ผลตรวจ  ${result\_anti} |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ประเภทผู้ป่วย** ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน admit วันที่ .................................... การวินิจฉัยเบื้องต้น ......................................

${give}

${not\_give}

${patient\_in}

${patient\_out}

${first\_dose}

${date\_patient}

${diagnoes\_patient}

**การให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**  ไม่ให้ ให้ วันที่รับยาโดสแรก .....................................

${darunavir}

${lopinavir}

${favipiravir}

${remdesivir}

${ch}

${other\_medic}

${ritonavir}

Remdesivir Favipiravir Lopinavir/ritonavir Darunavir

${other\_details\_medic}

Ritonavir Chloroquine/Hydroxychloroquine อื่น ๆ ระบุ ......................................................................

${died}

${disappear}

${not}

${send}

${sendhos}

**สถานะผู้ป่วย** หาย ยังรักษาอยู่ เสียชีวิต ส่งตัวไป รพ. .................................................................

${other\_details\_status}

${other\_status}

อื่น ๆ ระบุ ........................................................................

**3. ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

${vac\_no}

${vac\_yes}

ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ มีสมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่ ( ) มี ( ) ไม่มี

${vac\_locate\_1}

${vac\_date\_1}

${vac\_name\_1}

ครั้งที่ 1 วันที่ไดรับ ……….………..…………. ชื่อวัคซีน...................................................สถานที่ได้รับ...............................................

${vac\_date\_2}

${vac\_name\_2}

${vac\_locate\_2}

ครั้งที่ 2 วันที่ไดรับ ……….………..…………. ชื่อวัคซีน...................................................สถานที่ได้รับ................................................

${vac\_locate\_3}

${vac\_name\_3}

${vac\_date\_3}

ครั้งที่ 3 วันที่ไดรับ ……….………..…………. ชื่อวัคซีน...................................................สถานที่ได้รับ................................................

**4. ประวัติเสี่ยง**

${his1\_no}

${his1\_yes}

${his\_city}

${his\_country}

* ช่วง 14 วันก่อนป่วยอาศัยอยหรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ระบุเมือง ...................ประเทศ ................ ไม่ใช่ ใช่   
  เดินทางเข้าประเทศไทยวันที่............................... โดยสายการบิน ................................ เที่ยวบินที่ .................. เลขที่นั่ง ...............

${his2\_yes}

${his2\_no}

${his4\_no}

${his5\_no}

${his6\_no}

${his7\_no}

${his8\_no}

${his9\_no}

${his3\_no}

${his4\_yes}

${his6\_yes}

${his\_flight}

${his\_seat}

${his\_airline}

${his\_date}

* ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้เข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของพื้นที่ที่มีการระบาด ไม่ใช่ ใช่

${his3\_yes}

* ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอกเสบ ไม่ใช่ ใช่

${his\_4\_details}

* ช่วง 14 วันก่อนป่วยมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบุ................................... ไม่ใช่ ใช่

${his5\_yes}

* ช่วง 14 วันก่อนป่วยประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเทยวต่างชาติหรือแรงงานต่างชาติ ไม่ใช่ ใช่

${his\_6\_details}

* ช่วง 14 วันก่อนป่วยมีประวัติเดินทางไปในสถานที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น ผับ สนามมวย ระบุ.......................... ไม่ใช่ ใช่

${his7\_yes}

* เป็นผู้ป่วยอาการทางเดินหายใจหรือปอดอกเสบเป็นกลุ่มก้อน ไม่ใช่ ใช่

${his8\_yes}

* เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ไม่ใช่ ใช่

${his9\_yes}

* เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ไม่ใช่ ใช่

${his\_10\_details}

* อื่น ๆ ระบุ ..........................................................................................................................................................................................

**5. รายละเอียดเหตุการณ์ ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ก่อนเริ่มป่วย**

${risk\_details}

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

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

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

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

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

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

**ตารางกิจกรรมและการเดินทาง 14 วันหลงป่วย**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัน** | **วันที่**  ${details\_date\_1} | **กิจกรรม/สถานที่** | **จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม (ระบุบุคคล หากทำได้)** |
| **1** |  | ${details\_location\_1} |  |
| **2** | ${details\_date\_3}  ${details\_date\_2} | ${details\_location\_2} | ${details\_person\_1} |
| **3** |  | ${details\_location\_3} | ${details\_person\_3}  ${details\_person\_2} |
| **4** | ${details\_date\_4}  ${details\_date\_5} | ${details\_location\_4} | ${details\_person\_4} |
| **5** | ${details\_date\_6} | ${details\_location\_5} | ${details\_person\_5} |
| **6** | ${details\_date\_7} |  | ${details\_person\_6} |
| **7** | ${details\_date\_8} | ${details\_location\_6} | ${details\_person\_7} |
| **8** | ${details\_date\_9} | ${details\_location\_8}  ${details\_location\_7} | ${details\_person\_8} |
| **9** | ${details\_date\_10} | ${details\_location\_9} | ${details\_person\_9} |
| **10** | ${details\_date\_11} | ${details\_location\_10} | ${details\_person\_10} |
| **11** | ${details\_date\_12} | ${details\_location\_11} | ${details\_person\_11} |
| **12** | ${details\_date\_13} | ${details\_location\_12} | ${details\_person\_12} |
| **13** | ${details\_date\_14} | ${details\_location\_13} | ${details\_person\_13} |
| **14** |  | ${details\_location\_14} | ${details\_person\_14} |

**6. การค้นหาผู้สัมผัส (รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระยะป่วย ระบุลักษณะการสัมผัส ถ้ามีอาการป่วยกรุณาระบุอาการด้วย)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **ชื่อ-สกุล** | **เพศ** | **อายุ** | **ที่อยู่/ เบอร์โทรศัพท์** | **วันที่สัมผัส** | **ลักษณะการสัมผัส** | **ป่วย/ ไม่ป่วย**  **(กรณีป่วย ระบุวันเริ่มป่วย และอาการ)** | **การใส่อุปกรณ์ป้องกัน** | **วันที่ได้รับ**  **วัคซีนป้องกัน โรค COVID-19**  **ครบตามเกณฑ์** |
| 1 | ${search\_name} | ${search\_sex} | ${search\_age} | ${search\_tel}  ${search\_add} | ${search\_datetush} | ${search\_detailstuch} | ${search\_sick}  ${search\_sickdate} | ${search\_equipment} | ${search\_datevaccine} |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ผู้รายงาน ........................................................ หน่วยงาน** โรงพยาบาลค่ายกฤษณ์สีวะรา **โทรศัพท์ ………………………............….. วันที่สอบสวน.........................................................**