Code Novelcorona 3

**แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับย่อ**

1. **ข้อมูลทั่วไป เลขบัตรประชาชน/passport** #PersonID#

ชื่อ – นามสกุล #Fullname# เพศ #Gender# อายุ #Age# ปี สัญชาติ #Nationality#

ประเภท □PUI □ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ □การค้นหา/สำรวจเชิงรุก □Sentinel surveillance □อื่นๆ

อาชีพ (ระบุลักษณะงาน เช่น บุคลากรทางการแพทย์ งานที่สัมผัสกับนักท่องเที่ยว/ชาวต่างชาติ) #CareerPatient#

เบอร์โทรศัพท์ #Mobile# สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา #PlaceWork#

ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย ชื่อสถานที่ #Address#

หมู่ที่ #Swine# ตำบาล #SubDistrict# อำเภอ #District# จังหวัด #Province#

ลักษณะที่พักอาศัย □บ้านเดี่ยว □ตึกแถว/ทาวน์เฮ้าส์ □หอพัก/คอนโด/ห้องเช่า

□พักห้องรวมกับคนจำนวนมาก เช่น แคมป์ก่อสร้าง หอผู้ป่วยใน รพ. □อื่นๆ ระบุ.............................................

1. **ข้อมูลทางคลินิก**

วันเริ่มป่วย #DatePatient# วันรับการรักษาครั้งแรก #DateFirstTreat# วันวินิจฉัยโควิด-19 #DateDiagnose#

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน #NameHospitalTreat# จังหวัด #HospitalProvince#

อาการและการแสดง ( ณ วันที่รายงาน) : □ ไม่มีอาการใดๆ □ มีอาการ แต่ไม่มีอาการระบบทางเดินหายใจ □มีอาการระบบทางเดินหายใจ O2Sat…........….% ( ) เป็นปอดอักเสบ ( ) ใส่เครื่องช่วยหายใจ ( ) เสียชีวิต

โรคประจำตัว #DiseasePatient# กรณีเพศหญิง #CaseFemale# กี่สัปดาห์

**ผลการตรวจที่ยืนยันว่าเป็น SARS-CoV-2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **วิธีตรวจ** | **วันที่เก็บ** | **ชนิดตัวอย่าง** | **สถานที่ตรวจ** | **ผลตรวจ** |
| RT-PCR | **#DateCheckRTPCR#** | **#TypeExampleRTPCR#** | **#PlaceCheckRTCR#** | #ResultsCheckRTPCR# |
| Antigen | **#DateCheckAntigen#** | **#TypeExampleAntigen#** | **#PlaceCheckAntigen#** | #ResultsCheckAntigen# |
| Antibody  ครั้งที่ 1 | **#DateCheckAntibody1#** | **#TypeExampleAntibody1#** | **#PlaceCheckAntibody1#** | □ IgM….. : ….. □ IgG….. : …… □ Neg |
| Antibody  ครั้งที่ 2 | **#DateCheckAntibody2#** | **#TypeExampleAntibody2#** | **#PlaceCheckAntibody2#** | □ IgM….. : ….. □ IgG….. : …… □ Neg |

1. **ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

#ReceivedVaccine# มีสมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่ #BookReceivedVaccine#

**ครั้งที่ 1** วันที่ได้รับ #DateReceivedVaccine1# ชื่อวัคซีน #NameVaccine1# สถานที่ฉีด #PlaceReceivedVaccine1#

**ครั้งที่ 2** วันที่ได้รับ #DateReceivedVaccine2# ชื่อวัคซีน #NameVaccine2# สถานที่ฉีด #PlaceReceivedVaccine2#

1. **ประวัติเสี่ยงในช่วง 14 วัน ก่อนเริ่มป่วย (หรือ 14 วัน ก่อนตรวจพบการติดเชื้อ)**

⦁ อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด #LiveInCovid#

๐ ประเทศไทย ระบุจังหวัด # InThaiProvince#

๐ ต่างประเทศ ระบุประเทศ # InForeignCountry# เมือง # InForeignCity#

**⦁** ได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไขหวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ #NearCovid#

**⦁** สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชื่อ #ContactCovid# #ContactCovidText#

**⦁** ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติหรือแรงงานต่างชาติ #CareerNearCovid#

**⦁** เดินทางไปในสถานที่หรือทำกิจกรรมที่มีคนหนาแน่นหรือพลุกพล่าน ระบุ #TravelInCovid# #TravelInCovidText#

**⦁** เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ #AuthoritiesMedical#

ดูแลหรือให้บริการผู้ป่วยโควิด 19 หรือ เป็นผู้เก็บ/นำส่ง/ตรวจตัวอย่างของผู้ติดเชื้อโควิด 19

1. ไม่ได้ดูแลหรือให้บริการผู้ป่วยโควิด 19 และ ไม่ได้เป็นผู้เก็บ/นำส่ง/ตรวจตัวอย่างของผู้ติดเชื้อโควิด 19

⦁ ประวัติเสี่ยงอื่นๆ ระบุ **#HistoryRisky# #HistoryRiskyText#**

**การค้นหาผู้สัมผัส**

⦁ ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง #ContactRisky# คน ติดตามได้ #ContactRiskyTrace# คน

**สถานที่กักตัว** ( ) บ้าน #PlaceConfineContactRisky1# คน สถานที่กักตัว #PlaceConfineContactRisky2# คน

⦁ ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงต่ำ #ContactLowRisk# คน ติดตามได้ #ContactLowRiskTrace# คน

**สถานที่กักตัว**( )บ้าน #PlaceConfineContactLowRisk1# คน สถานที่กักตัว #PlaceConfineContactLowRisk2# คน

ผู้รายงาน #UserReport# หน่วยงาน #Unit# เบอร์โทรศัพท์ #Mobile2# วันที่รายงาน #DateReport#