Code Novelcorona 3

**แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับย่อ**

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

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

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............/........../.......... วันรับการรักษาครั้งแรก........../........./.......... วันวินิจฉัยโควิด-19........../.........../...........

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

อาการและการแสดง ( ณ วันที่รายงาน) : □ไม่มีอาการใดๆ □มีอาการ แต่ไม่มีอาการระบบทางเดินหายใจ

□มีอาการระบบทางเดินหายใจ O2Sat…..........….% ( ) 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 วัน ก่อนเริ่มป่วย (หรือ 14 วัน ก่อนตรวจพบการติดเชื้อ)**

⦁ อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด □มี □ไม่มี

๐ ประเทศไทย ระบุจังหวัด.................................................................................................................................................................

๐ ต่างประเทศ ระบุประเทศ........................................................................ เมือง..............................................................................

**⦁** ได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไขหวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ □ มี □ ไม่มี

**⦁** สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชื่อ............................................................................ □ มี □ ไม่มี

**⦁** ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติหรือแรงงานต่างชาติ □ มี □ ไม่มี

**⦁** เดินทางไปในสถานที่หรือทำกิจกรรมที่มีคนหนาแน่นหรือพลุกพล่าน ระบุ............................................... □ มี □ ไม่มี

**⦁** เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ □ มี □ ไม่มี

1. ดูแลหรือให้บริการผู้ป่วยโควิด 19 หรือ เป็นผู้เก็บ/นำส่ง/ตรวจตัวอย่างของผู้ติดเชื้อโควิด 19
2. 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................