

## ๑๖ ภาคผนวก

## ๑๖.๑ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (CRF)

## แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ COVID Fever

## ส่วนที่ ๑: ข้อมูลการคัดกรอง

ชื่อพยาบาลวิจัย (RN)/ผู้ช่วยนักวิจัย (RA): \_\_\_\_\_ Hospital ID [\_\_\_\_][\_\_\_\_]

หมายเลขการคัดกรอง (screening ID): [\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_]

เพศ:  ชาย  หญิง อายุ (ปี): [\_\_\_\_][\_\_\_\_] สัญชาติ: \_\_\_\_\_ผู้ป่วยถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่นใช่หรือไม่  ใช่, ระบุชื่อ รพ. \_\_\_\_\_  ไม่ใช่พบผู้ป่วยเพื่อคัดกรองหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

อาการเจ็บป่วยสำคัญที่ทำให้ต้องมาพบแพทย์ (ระบุได้มากกว่า ๑ ข้อ)

มีอาการไข้  ใช่  ไม่ใช่มีไข้โดยการวัดอุณหภูมิ ≥๓๗.๕ °C หรือประวัติมีไข้ >๑๔ days  ใช่  ไม่ใช่

วันที่เริ่มมีอาการไข้ (วัน/เดือน/ปี): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ วันแรกที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้ (วัน/เดือน/ปี): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

มีอาการไอ  ใช่  ไม่ใช่หายใจหอบ/หายใจลำบาก  ใช่  ไม่ใช่มีเสมหะ  ใช่  ไม่ใช่ ปวดศีรษะ  หนาวสั่น  เหนื่อยเหลือ  เจ็บคอ  น้ำมูกไหล/คัดจมูก  ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส/อาเจียน  ปวดท้อง  ท้องเสีย  เป็นอาหาร  ปวดซี่อ/ปวดกระดูก ปวดหลัง  เจ็บหน้าอก  ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง  อื่น ๆ ระบุ \_\_\_\_\_ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด-๑๙ ในช่วง ๓๐ วันที่ผ่านมา  ใช่  ไม่ใช่ประวัติมีไข้ > ๑๔ วันก่อนเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล  ใช่  ไม่ใช่มา OPD/ER เนื่องจากการบาดเจ็บ หรืออุบัติเหตุ  ใช่  ไม่ใช่ผู้ป่วย/ตัวแทน สื่อสารได้เข้าใจหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ผู้ป่วยรายนี้มีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์เข้าร่วมโครงการหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ถ้าใช่ ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่สำหรับผู้ป่วยอายุ ๗-๑๗ ปี ได้รับความพร้อมใจจากเด็ก  ใช่  ไม่ใช่ถ้าใช่ ได้ข้อมูลและความยินยอมโดย  ผู้ป่วย  บิดาหรือมารดา  ญาติ

ระบุ Study ID: [\_\_\_\_][\_\_\_\_]-[\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_]-[\_\_\_\_]

ระบุวันที่ ที่เข้าร่วมโครงการ (DDMMYY) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ถ้าไม่ใช่ ระบุเหตุผล  ไม่สนใจ  ไม่มีเวลา  กลัว  ไม่เห็นประโยชน์  ไม่ต้องการได้รับการตรวจ ไม่มีบิดา/มารดา หรือผู้ปกครอง  เจ้าหน้าที่ไม่สะดวก  อื่นๆ \_\_\_\_\_**อนุมัติ**

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

คณะกรรมการวิจัยและนวัตกรรมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุณครองการวิจัยในมนุษย์ (สคบ.)

ผู้ป่วยเข้าโครงการเป็นลำดับที่ ๕ หรือไม่ ถ้าใช่ ผู้ป่วยยินยอมให้เก็บตัวอย่างเลือดหรือไม่		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม
ผู้ป่วยได้รับการเก็บตัวอย่าง วันที่เก็บ _____			
<input type="checkbox"/> NP swab <input type="checkbox"/> ได้ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> OP swab <input type="checkbox"/> ได้ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> Nasal swab <input type="checkbox"/> ได้ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> ได้ ปริมาตรที่ได้ _____ ซีซี <input type="checkbox"/> ได้แต่ไม่ตรงตามเกณฑ์ ปริมาตรที่ได้ _____ ซีซี <input type="checkbox"/> ไม่ได้			
ผู้ป่วยเข้าโครงการเป็นลำดับที่ ๕ <input type="checkbox"/> เก็บตัวอย่างเลือด <input type="checkbox"/> ได้ ปริมาตรที่ได้ _____ ซีซี <input type="checkbox"/> ไม่ได้			
ส่วนที่ ๒: ข้อมูลผู้ป่วยและค่าสัญญาณชีพที่ตรวจวัดที่ OPD/ER			
อุณหภูมิ: _____ °C      อัตราการหายใจ: _____ /นาที      ความดันโลหิต: _____ /mmHg      ชีพจร: _____ /นาที ระดับความรู้สึกตัว: <input type="checkbox"/> รู้สึกตัว <input type="checkbox"/> สับสน <input type="checkbox"/> เชื่องขึ้น <input type="checkbox"/> อยู่ในภาวะกึ่งโคม่า <input type="checkbox"/> โคม่า การวินิจฉัยโรค: (ระบุได้มากกว่า ๑ โรค) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย walk in มาเพื่อขอตรวจหาเชื้อโควิด-๑๙			
<input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Abscess <input type="checkbox"/> Common cold <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Bacterial infection <input type="checkbox"/> Dyspepsia <input type="checkbox"/> Shock <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Heart diseases <input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Melioidosis <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Other, specify _____	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Abdominal pain <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Thalassemia <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Cellulitis <input type="checkbox"/> Cerebrovascular accident <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Chikungunya <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> 'ไม่มี'ข้อมูลในเวชระเบียน	<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> URI <input type="checkbox"/> Gastrointestinal tract infection <input type="checkbox"/> Renal diseases <input type="checkbox"/> Viral infection <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Alteration of conscious <input type="checkbox"/> SIRS <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Electrolyte imbalance <input type="checkbox"/> Leptospirosis <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Scrub typhus <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> R/O COVID-๑๙	
ส่วนที่ ๓: ข้อมูลการสัมภาษณ์			
ให้เลือกตอบว่า “ใช่” และระบุจำนวนวันที่ผู้ป่วยมีอาการ หากผู้ป่วยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ในระหว่างการเจ็บป่วยครั้งนี้ หรือเลือกตอบว่า “ไม่ใช่” หากผู้ป่วยไม่มีอาการ: <b>ส่วนที่ ๓.๑: ข้อมูลการติดต่อ (ที่อยู่ปัจจุบัน)</b>			

อนุมัติ

๐๙ ม.ค. ๒๕๖๖

คณะกรรมการจัดรวมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุณครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

ที่อยู่: _____ ถนน: _____	ตำบล: _____ อำเภอ: _____ จังหวัด: _____ เบอร์ติดต่อ: _____	
รายละเอียดอื่น ๆ _____		
<b>ส่วนที่ ๓.๒: อาการ/อาการแสดงทางคลินิกของการเจ็บป่วยครั้งนี้</b>		
มีอาการไอ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
หายใจหอบ/หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
มีเสมหะ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
คอแข็ง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
อ่อนเพลียหรือไม่มีแรง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
ครรั่นเนื้อครรั่นตัว	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
หนาสัน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
ปวดตา	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
ตาแดง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
ตัวเหลืองหรือตาเหลือง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
เลือดกำเดา宦/เลือดออกที่เหงือก	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
ได้กลิ่นน้อยลง/ เสียการรู้กลิ่น	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
อาการรับรสผิดปกติ / เสียการรับรส	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้

**อนุมัติ**

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๗๘๔

คณะกรรมการจัดรวมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุณครองการวิจัยในมนุษย์ (สคบ.)

ปวดกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
ปวดข้อ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
ข้อบวมหรือแดง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
ปวดกระดูก	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
ปวดหลัง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
เจ็บหน้าอก	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
เบื้องอาหาร	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
คลื่นไส้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
อาเจียน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
อาเจียนมีเลือดปน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
ปวดในช่องท้อง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
ห้องร่วง (ถ่ายเหลว ≥๓ ครั้ง ๒๔ ชม.)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
อุจจาระมีเลือดปน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
ปัสสาวะมีเลือดปน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
ปัสสาวะขัด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
ซีดหรือตัวเย็น	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้

**อนุมัติ**

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๓๔

คณะกรรมการจิตรกรรมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุณภาพของการวิจัยในมนุษย์ (สคบ.)

ผื่น	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
มีรอยพกช้ำ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
อาการชา	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
อื่นๆ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หากตอบว่าใช่ ระบุ _____ อาการ _____ มีอาการเป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> จำไม่ได้
<b>ส่วนที่ ๓.๓: ความเสี่ยงในการสัมผัสโรคในช่วง ≤๑๔ วันก่อนวันที่เริ่มมีอาการป่วย (สัมภาษณ์ผู้ป่วยในวันเข้าโครงการ)</b>		
๑. มีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันหรือผู้ป่วยสงสัยโรคโควิด-๑๙	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
๒. มีการสัมผัสใกล้ชิดกับสามาชิกในบ้านที่มีอาการไข้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
๓. มีการสัมผัสใกล้ชิดกับเพื่อนร่วมงานที่มีอาการไข้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
๔. มีการสัมผัสใกล้ชิดกับเพื่อนบ้านที่มีอาการไข้	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
๕. มีการสัมผัสใกล้ชิดกับครูกิตาณที่มีอาการของระบบทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
๖. มีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยปอดอักเสบ/ปอดบวม	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
๗. มีการสัมผัสใกล้ชิดกับบุคลากรทางการแพทย์	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
๘. ไปโรงพยาบาล/สถานพยาบาล/คลินิก	<input type="checkbox"/> ใช่ ถ้าใช่ ระบุสถานที่ _____ และวันที่ที่ไปล่าสุด _____	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๙. เดินทางไปยังสถานที่ที่มีผู้คนแออัดและสถานที่สาธารณะต่างๆ เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า ผับ โรงแรม ระบบขนส่งสาธารณะ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
๑๐. เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้คนจำนวนมาก เช่น งานเลี้ยง งานบุญ งานศพ งานแต่งงาน ฯลฯ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
๑๑. มีประวัติการเดินทางภายในประเทศไทย	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ถ้าใช่ ระบุจังหวัดล่าสุดที่ไปตามลำดับ		
จังหวัด _____ #วันที่พัก _____ วัน <input type="checkbox"/> เดินทางไปกลับประจำ		
จังหวัด _____ #วันที่พัก _____ วัน <input type="checkbox"/> เดินทางไปกลับประจำ		
จังหวัด _____ #วันที่พัก _____ วัน <input type="checkbox"/> เดินทางไปกลับประจำ		
ระบุวันที่เดินทางกลับเข้าพื้นที่ (วัน/เดือน/ปี) _____		
๑๒. มีประวัติการเดินทางไปต่างประเทศ หรือ กลับจากต่างประเทศ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
ถ้าใช่ระบุประเทศล่าสุดที่ไปตามลำดับ		
ประเทศ _____ #วันที่พัก _____ วัน <input type="checkbox"/> เดินทางไปกลับประจำ		
ประเทศ _____ #วันที่พัก _____ วัน <input type="checkbox"/> เดินทางไปกลับประจำ		

**อนุมัติ**

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

คณะกรรมการจัดรวมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุณภาพองค์กรวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

ประเทศไทย _____	#วันที่พัก _____	วัน <input type="checkbox"/> เดินทางไปกลับประจำ
วันที่เดินทางกลับประเทศไทย (วัน/เดือน/ปี) _____		
ประวัติการได้รับวัคซีน		
๑. ผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด-๑๙		<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุช่วงเวลา <input type="checkbox"/> ๑-๓ เดือน <input type="checkbox"/> ๔-๖ เดือน <input type="checkbox"/> ๗-๑๒ เดือน <input type="checkbox"/> > ๑ ปี <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๒. ผู้ป่วยเคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
ถ้าใช่ ได้รับข้อมูล <input type="checkbox"/> ปากเปล่า <input type="checkbox"/> สมุดวัคซีน/เวชระเบียน/เอกสารทางการอื่น ๆ		
ได้รับวัคซีนจำนวน _____ เชิ่ม (ระบุข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมด)		
วันที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๑ (วัน/เดือน/ปี) _____ หากไม่ทราบวันที่ที่แน่นอน ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้:		
<input type="checkbox"/> < ๑ เดือน <input type="checkbox"/> ๑-๖ เดือน <input type="checkbox"/> ๗-๑๒ เดือน <input type="checkbox"/> > ๑ ปี		
ระบุวัคซีนที่ได้รับ _____		
วันที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๒ (วัน/เดือน/ปี) _____ หากไม่ทราบวันที่ที่แน่นอน ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้:		
<input type="checkbox"/> < ๑ เดือน <input type="checkbox"/> ๑-๖ เดือน <input type="checkbox"/> ๗-๑๒ เดือน <input type="checkbox"/> > ๑ ปี		
ระบุวัคซีนที่ได้รับ _____		
วันที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๓ (วัน/เดือน/ปี) _____ หากไม่ทราบวันที่ที่แน่นอน ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้:		
<input type="checkbox"/> < ๑ เดือน <input type="checkbox"/> ๑-๖ เดือน <input type="checkbox"/> ๗-๑๒ เดือน <input type="checkbox"/> > ๑ ปี		
ระบุวัคซีนที่ได้รับ _____		
วันที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๔ (วัน/เดือน/ปี) _____ หากไม่ทราบวันที่ที่แน่นอน ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้:		
<input type="checkbox"/> < ๑ เดือน <input type="checkbox"/> ๑-๖ เดือน <input type="checkbox"/> ๗-๑๒ เดือน <input type="checkbox"/> > ๑ ปี		
ระบุวัคซีนที่ได้รับ _____		
วันที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๕ (วัน/เดือน/ปี) _____ หากไม่ทราบวันที่ที่แน่นอน ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้:		
<input type="checkbox"/> < ๑ เดือน <input type="checkbox"/> ๑-๖ เดือน <input type="checkbox"/> ๗-๑๒ เดือน <input type="checkbox"/> > ๑ ปี		
ระบุวัคซีนที่ได้รับ _____		
วันที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๖ (วัน/เดือน/ปี) _____ หากไม่ทราบวันที่ที่แน่นอน ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้:		
<input type="checkbox"/> < ๑ เดือน <input type="checkbox"/> ๑-๖ เดือน <input type="checkbox"/> ๗-๑๒ เดือน <input type="checkbox"/> > ๑ ปี		
ระบุวัคซีนที่ได้รับ _____		
วันที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๗ (วัน/เดือน/ปี) _____ หากไม่ทราบวันที่ที่แน่นอน ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้:		
<input type="checkbox"/> < ๑ เดือน <input type="checkbox"/> ๑-๖ เดือน <input type="checkbox"/> ๗-๑๒ เดือน <input type="checkbox"/> > ๑ ปี		
ระบุวัคซีนที่ได้รับ _____		
วันที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๘ (วัน/เดือน/ปี) _____ หากไม่ทราบวันที่ที่แน่นอน ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้:		
<input type="checkbox"/> < ๑ เดือน <input type="checkbox"/> ๑-๖ เดือน <input type="checkbox"/> ๗-๑๒ เดือน <input type="checkbox"/> > ๑ ปี		
ระบุวัคซีนที่ได้รับ _____		

อนุมัติ

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

คณะกรรมการจัดอบรมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุณภาพของการวิจัยในมนุษย์ (สกม.)

วันที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๙ (วัน/เดือน/ปี) \_\_\_\_\_ หากไม่ทราบวันที่ที่แน่นอน ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้:

< ๑ เดือน       ๑-๖ เดือน       ๗-๑๒ เดือน       > ๑ ปี

ระบุวัคซีนที่ได้รับ \_\_\_\_\_

วันที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ ๑๐ (วัน/เดือน/ปี) \_\_\_\_\_ หากไม่ทราบวันที่ที่แน่นอน ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้:

< ๑ เดือน       ๑-๖ เดือน       ๗-๑๒ เดือน       > ๑ ปี

ระบุวัคซีนที่ได้รับ \_\_\_\_\_

๓. ผู้ป่วยเคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ใช่หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

(ถ้าใช่ วันที่ได้รับวัคซีนครั้งล่าสุด (วัน/เดือน/ปี) \_\_\_\_\_ หากไม่ทราบวันที่ที่แน่นอน ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้:

< ๑ เดือน       ๑-๖ เดือน       ๗-๑๒ เดือน       > ๑ ปี

#### ประวัติการตรวจหาเชื้อโควิด-๑๙ ด้วย antigen test kit (ATK)

๑. ผู้ป่วยเคยได้รับการตรวจหาเชื้อโควิด -๑๙ โดยใช้ antigen test kit (ATK) ในช่วง ๓๐ วันที่ผ่านมาหรือไม่

เคย  ไม่เคย  ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

(ถ้าเคยตรวจ >=๑ ครั้ง ให้ระบุข้อมูลการตรวจ ๒ ครั้งหลังสุด ย้อนหลังไปจากวันที่ปัจจุบัน)

ครั้งที่ ๑

วันที่ตรวจล่าสุด (วัน/เดือน/ปี): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ถ้าไม่ทราบ ให้ระบุเป็นช่วงเวลา  <๗ วัน  ๗-๑๔ วัน  >๑๔ วัน

ระบุผลการตรวจล่าสุด  ผลบวก  ผลลบ  ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

ระบุผู้ตรวจ  ตรวจด้วยตนเอง  ตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์

ครั้งที่ ๒

วันที่ตรวจล่าสุด (วัน/เดือน/ปี): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ถ้าไม่ทราบ ให้ระบุเป็นช่วงเวลา  <๗ วัน  ๗-๑๔ วัน  >๑๔ วัน

ระบุผลการตรวจล่าสุด  ผลบวก  ผลลบ  ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

ระบุผู้ตรวจ  ตรวจด้วยตนเอง  ตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์

#### ส่วนที่ ๓.๔: อาชีพ (ให้สอบถามจากผู้ป่วยในวันที่เข้าโครงการ)

<input type="checkbox"/> ชาวนา	<input type="checkbox"/> หัวหน้าหัวร์	<input type="checkbox"/> หมอย	<input type="checkbox"/> พยาบาล
<input type="checkbox"/> เลี้ยงปลาในบ่อ	<input type="checkbox"/> คนงานโรงแรม	<input type="checkbox"/> คนขับรถ	<input type="checkbox"/> แม่บ้าน
<input type="checkbox"/> เกษตรกรอื่น ๆ	<input type="checkbox"/> คนเก็บมะพร้าว	<input type="checkbox"/> สัตวแพทย์	<input type="checkbox"/> แรงงานต่างด้าว/ต่างดิน
<input type="checkbox"/> ชาวประมง	<input type="checkbox"/> คนล้างท่อระบายน้ำ	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ/ลูกจ้างชั่วคราว	<input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา
<input type="checkbox"/> ทำฟาร์มปศุสัตว์	<input type="checkbox"/> ร้านอาหาร	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่พิทักษ์ป่า	<input type="checkbox"/> คนวัยเกซีเยน
<input type="checkbox"/> พระสงฆ์	<input type="checkbox"/> บ้านใหม่/ชาวสวน	<input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป/รับเหมา	<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/> เด็กก่อนวัยเรียน	<input type="checkbox"/> พ่อค้า/แม่ค้า	<input type="checkbox"/> ว่างงาน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ) _____
<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท	<input type="checkbox"/> พนักงานในโรงงาน	<input type="checkbox"/> พนักงานในห้าง/สถานบันเทิง	

ส่วนที่ ๓.๕: การเจ็บป่วยร่วม: เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และ/หรือจากเวชระเบียน)

โรคเบาหวาน  ใช่  ไม่ใช่

อนุมัติ

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๓๘

คณะกรรมการร่วมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

น้ำหนัก _____ Kg. ส่วนสูง _____ cm. BMI _____ โรคอ้วน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
มะเร็ง (ระบุชนิด)	<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
เป็นผู้ป่วย HIV	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
เคยมีประวัติการเป็นวัณโรค	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
เป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคตับ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคต่อมไทรอยด์	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคโลหิตจาง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคไต	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคหลอดเลือดสมอง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคเรื้อรังอื่นๆ	<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
มีประวัติเคยสูบบุหรี่ (เลิกมา > ๖ เดือน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ปัจจุบันผู้ป่วยสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
มีประวัติเคยดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เลิกมา > ๖ เดือน)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ปัจจุบันผู้ป่วยดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
สำหรับผู้ป่วยหญิง: มีการตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่ ระบุอายุครรภ์ (GA) _____ สัปดาห์
<p>ส่วนที่ ๓.๖: การสัมภาษณ์ผู้ป่วย เกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับ COVID-๑๙ (ให้สอบถามจากผู้ป่วยในวันที่เข้าโครงการ เนพาะผู้ป่วยอายุ ≥๑๐ ปี)</p>	
๑. ระดับการศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าประถมศึกษา/ไม่ได้เรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

**อนุมัติ**

๑๙ มี.ค. 2566  
**คณะกรรมการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารจัดการวิจัยในมูลนิธิ**  
**สถาบันพัฒนาการศึกษาและงานวิจัยในมูลนิธิ (สคบ.)**

	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี/ปวส. <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ _____
๒. ท่านพักอาศัยอยู่ที่ใด	<input type="checkbox"/> นอกเขตเทศบาล <input type="checkbox"/> ในเขตเทศบาล <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
๓. ท่านได้ยินได้ฟังหรือเห็นข่าวสาร เกี่ยวกับโรคโควิด-๑๙ บ้างหรือไม่ ถ้าใช่ ท่านได้ยินได้ฟังจากที่ใด (เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)	<input type="checkbox"/> ไม่เคยได้ยิน <input type="checkbox"/> หนังสือพิมพ์ <input type="checkbox"/> โทรทัศน์ <input type="checkbox"/> สื่อโซเชียล <input type="checkbox"/> สถานีวิทยุในห้องถิน <input type="checkbox"/> โรงเรียน/คุณครู <input type="checkbox"/> สถานพยาบาล <input type="checkbox"/> สมาชิกครอบครัว <input type="checkbox"/> เพื่อนบ้าน <input type="checkbox"/> อสม./ผู้นำชุมชน <input type="checkbox"/> เพื่อนฝูง <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ _____
๔. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเฉพาะผู้ที่ป่วยและแสดงอาการเท่านั้นจึงจะสามารถแพร่เชื้อก่อโรคโควิด-๑๙ ได้	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่มีความคิดเห็น <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
๕. ต่อไปนี้มีข้อใดบ้างที่อาจเป็นอาการ หรืออาการแสดงของการติดเชื้อโรคโควิด-๑๙ (เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)	<input type="checkbox"/> มีไข้ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> 嘔 <input type="checkbox"/> คัดจมูกหรือน้ำมูกไหล <input type="checkbox"/> ปวดกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย/เหนื่อย <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ห้องร่วง <input type="checkbox"/> เปื้องอาหาร <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ลุญเสียงการรับรสและการรู้กลิ่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ _____
๖. ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-๑๙ ทุกคนจะเกิดอาการรุนแรง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
๗. ท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับโรคโควิด-๑๙	<input type="checkbox"/> เดยๆ <input type="checkbox"/> รู้สึกกลัว <input type="checkbox"/> รู้สึกกลัวมาก <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะมีอะไรที่ร้ายแรง <input type="checkbox"/> รู้สึกลัวแต่ก็คิดว่าไม่น่ามีอะไรที่ร้ายแรง <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ _____
๘. ในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้ทำอะไรบ้าง ต่อไปนี้ เพื่อป้องกันการติดโรคโควิด-๑๙ (เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ดำเนินการใดๆ เลย (ข้ามไปตอบข้อ ๙) <input type="checkbox"/> ล้างมือด้วยสบู่และน้ำเป็นเวลา ๒๐ วินาที <input type="checkbox"/> ใช้แอลกอฮอล์เจลช้าเชื้อทำความสะอาดมือ <input type="checkbox"/> ใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน <input type="checkbox"/> ใส่หน้ากากอนามัยเมื่อยื่นบ้าน <input type="checkbox"/> อยู่บ้าน (ออกจากบ้านเมื่อมีธุระจำเป็นเท่านั้น) <input type="checkbox"/> ไม่ใช้มือสัมผัสบริเวณใบหน้า <input type="checkbox"/> ทำความสะอาด/ฆ่าเชื้อพื้นผิวที่มีการสัมผัสบ่อยๆ <input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> เว้นระยะห่างจากผู้อื่น <input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงการสัมผัสดวงตาจมูกและปากด้วยมือที่ยังไม่ล้าง หรือทำความสะอาด <input type="checkbox"/> อยู่บ้านเมื่อท่านป่วย หรือเมื่อท่านเป็นหวัด <input type="checkbox"/> ปิดปากและจมูกของท่านเมื่อไอและจาม <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ _____
หากตอบข้อ ๘ ว่า “ไม่ได้ดำเนินการใดๆ เลย”	<input type="checkbox"/> ขาดแคลนหน้ากากอนามัย <b>อนุมัติ</b>

๙. อะไรทำให้ท่านไม่สามารถป้องกันตัวเองจากโรคโควิด-๑๙ ได้ (เลือกได้มากกว่า หนึ่งข้อ)	<input type="checkbox"/> ขาดแคลนแอลกอฮอล์เจลฆ่าเชื้อ ทำความสะอาดมือ <input type="checkbox"/> ขาดแคลนสบู่ <input type="checkbox"/> ในพื้นที่ไม่มีขาย <input type="checkbox"/> ขาดรายได้/รายได้ลดลง <input type="checkbox"/> ไม่ทราบวิธีป้องกัน <input type="checkbox"/> ไม่มีความเสี่ยง <input type="checkbox"/> อื่นๆ ประดะบุ
๑๐. ในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านได้ใส่หน้ากากอนามัยในขณะอยู่ที่บ้านหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใส่ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> ใส่เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> ใส่เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> ไม่ค่อยได้ใส่ <input type="checkbox"/> ไม่เคยใส่ (ข้ามไปตอบข้อ ๑๒)
๑๑. ท่านใส่หน้ากากชนิดใดเมื่ออยู่ที่บ้าน (เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)	<input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย/ทางการแพทย์ <input type="checkbox"/> หน้ากากผ้า <input type="checkbox"/> แผ่นกระบังหน้า (face sheild) <input type="checkbox"/> N๙๕ หรือคุปกรณ์เทียบเท่า N๙๕ <input type="checkbox"/> ชนิดไดก์ไดท์มีอยู่
๑๒. ในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านได้เข้าไปยังพื้นที่ที่มีผู้คนแออัดพลุกพล่าน เช่น ตลาด ผับ ชูปเปอร์มาร์เก็ต ห้างสรรพสินค้า โรงพยาบาล บังหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไปตลอดเวลา (ทุกวันหรือเกือบทุกวัน) <input type="checkbox"/> ไปเกือบตลอดเวลา (>๗ วัน/ช่วง ๒ สัปดาห์) <input type="checkbox"/> ไปเป็นครั้งคราว (≤๗ วัน/ช่วง ๒ สัปดาห์) <input type="checkbox"/> ไม่เคยไป (ข้ามไปตอบข้อ ๑๕)
๑๓. ท่านใส่หน้ากากหรือไม่เมื่อท่านออกจากที่พักของท่านไปในพื้นที่ที่มีผู้คนแออัดพลุกพล่าน	<input type="checkbox"/> ใส่ทุกรอบ ตามคำแนะนำ <input type="checkbox"/> ใส่เกือบทุกรอบ <input type="checkbox"/> ใส่เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> ไม่ค่อยได้ใส่ <input type="checkbox"/> ไม่เคยใส่ (ข้ามไปตอบข้อ ๑๕)
๑๔. ท่านใส่หน้ากากชนิดใดเมื่อท่านออกจากที่พักของท่าน (เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ)	<input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย/ทางการแพทย์ <input type="checkbox"/> หน้ากากผ้า <input type="checkbox"/> แผ่นกระบังหน้า (face sheild) <input type="checkbox"/> N๙๕ หรือเทียบเท่า N๙๕ <input type="checkbox"/> ชนิดไดก์ไดท์มีอยู่
๑๕. ท่านตัดสินใจมารับการรักษาอาการป่วยครั้งนี้ซ้ากว่าปกติ เพราะโควิด-๑๙	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่มีความคิดเห็น <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
๑๖. ท่านกลัวที่จะต้องถูกกักตัวหลังจากมีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโควิด-๑๙ (เฉพาะผู้เคยมีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโควิด-๑๙)	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่มีความคิดเห็น <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> N/A
๑๗. ท่านกลัวที่จะมาเข้ารับการรักษา เนื่องจากกลัวว่า จะต้องถูกตรวจหาโรคโควิด-๑๙ และอาจจะถูกกักตัวในโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่มีความคิดเห็น <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
๑๘. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการใส่หน้ากากทุกครั้งเมื่ออุปกรณ์ที่สามารถเป็นสิ่งที่ควรทำ	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่มีความคิดเห็น <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
๑๙. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการรักษาระยะห่างทางสังคมโดยการอยู่ห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย ๑ เมตร เป็นสิ่งที่ควรทำ	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่มีความคิดเห็น <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

**อนุมัติ**

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

คณะกรรมการจัดธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุณครองการวิจัยในมนุษย์ (สคบ.)

๒๐. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า ผู้ป่วยควรเปิดเผยข้อมูล การสัมผัสโรคโควิด-๑๙ และ อาการของพวกรเขา	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่มีความคิดเห็น <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
๒๑. ท่านรักษาระยะห่างทางสังคม โดยการอยู่ห่างจาก สมาชิกคนอื่นๆ ในบ้านหรือไม่	<input type="checkbox"/> ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> ไม่ค่อย <input type="checkbox"/> ไม่เคย
๒๒. ท่านรักษาระยะห่างทางสังคมโดยการอยู่ห่างจาก คนอื่น เมื่อออกนอกบ้านหรือไม่	<input type="checkbox"/> ตลอดเวลา <input type="checkbox"/> เกือบตลอดเวลา <input type="checkbox"/> เป็นครั้งคราว <input type="checkbox"/> ไม่ค่อย <input type="checkbox"/> ไม่เคย
๒๓. ส่วนใหญ่แล้วท่านใช้อะไรล้างมือจากเชื้อโรค (เลือกได้มากกว่าหนึ่งช้อ)	<input type="checkbox"/> แอลกอฮอล์เจล/แอลกอฮอล์สเปรย์ล้างมือ <input type="checkbox"/> สนับและน้ำรวมถึงผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดอื่นๆ <input type="checkbox"/> น้ำอื่นๆ (ระบุ) _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ใช้/ไม่ได้ล้างมือ

ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ (นับจากที่เริ่มมีอาการป่วยจนถึงวันที่เข้าโครงการ)

คำถามข้อ ๒๔-๒๘ สำหรับผู้ป่วยทุกรายในวันที่เข้าโครงการ

๒๔. ผู้ป่วยต้องหยุดงานหรือหยุดเรียนเนื่องจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้ใช่หรือไม่ (กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ใช่ผู้ป่วย)	<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุวัน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๒๕. ท่านต้องหยุดงานเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุวัน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๒๖. ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางในระหว่างการเจ็บป่วยครั้งนี้จำนวนเท่าใด	ระบุจำนวนเงิน _____ บาท <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
๒๗. ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหาร ในระหว่างเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้จำนวนเท่าใด	ระบุจำนวนเงิน _____ บาท <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
๒๘. ท่านต้องเสียค่าที่พักแรมในระหว่างการเจ็บป่วยครั้งนี้จำนวนเท่าใด	ระบุจำนวนเงิน _____ บาท <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
๒๙. ท่านต้องใช้เงินซื้อยาทานเอง/รับการรักษาที่อื่น ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ จำนวนเท่าใด	ระบุจำนวนเงิน _____ บาท <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

คำถามข้อ ๓๐-๓๔ สำหรับผู้ป่วย COVID-๑๙ ก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล (เฉพาะผู้ป่วยที่ admit จาก COVID-๑๙)

ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เพิ่มเติม (นับจากวันที่เข้าโครงการถึงวันที่ออกจากโรงพยาบาล)

วันที่ทำการสัมภาษณ์ (วัน/เดือน/ปี) \_\_\_\_\_

๓๐. ผู้ป่วยต้องหยุดงาน/หยุดเรียนเนื่องจากการเจ็บป่วย ในระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลใช่หรือไม่ (กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ใช่ผู้ป่วย)	<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุวัน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๓๑. ท่านต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุวัน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

อนุมัติ

๐๙ ม.ค. ๒๕๖๖

คณะกรรมการบริหารการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สกม.)

๓๒. ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางในระหว่างการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นจำนวนเท่าใด	ระบุจำนวนเงิน _____ บาท <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
๓๓. ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้้อาหารในระหว่างเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาลในครั้งนี้จำนวนเท่าใด	ระบุจำนวนเงิน _____ บาท <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
๓๔. ท่านต้องเสียค่าที่พักแรมในระหว่างการเจ็บป่วย ครั้งนี้ จำนวนเท่าใด หมายเหตุ _____	ระบุจำนวนเงิน _____ บาท <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

#### ส่วนที่ ๔: ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากเวชระเบียน สำหรับผู้ป่วยทุกราย

ให้บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมดที่ทำการตรวจครั้งแรกนับตั้งแต่เข้ารับการรักษาที่ OPD กรณีที่ผู้ป่วย admit ต่อ ให้นับเวลาภายใต้ ๒๔ ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ OPD

ผลเลือด (CBC) วันที่ (วัน/เดือน/ปี) \_\_\_\_\_  ไม่ได้ตรวจ

Hematocrit	_____ %	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
จำนวนเกล็ดเลือด	_____ / $\mu$ L	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
WBC Count:	_____ / $\mu$ L	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Neutrophil	_____ %	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Lymphocytes	_____ %	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Monocyte	_____ %	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Eosinophil	_____ %	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Basophil	_____ %	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
อื่นๆ	_____ %	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ

Malaria parasite	วันที่ตรวจ (วัน/เดือน/ปี) _____
	<input type="checkbox"/> Thick Smear <input type="checkbox"/> P. falciparum <input type="checkbox"/> P. vivax <input type="checkbox"/> P. olave <input type="checkbox"/> P.malariae <input type="checkbox"/> P. knowlesi <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
	วันที่ตรวจ (วัน/เดือน/ปี) _____
	<input type="checkbox"/> Thin Smear <input type="checkbox"/> P. falciparum <input type="checkbox"/> P. vivax <input type="checkbox"/> P. olave <input type="checkbox"/> P.malariae <input type="checkbox"/> P. knowlesi <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ

BUN	_____ mg/dL	วันที่ตรวจ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Creatinine	_____ mg/dl	วันที่ตรวจ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
AST	_____ iu/L	วันที่ตรวจ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ALT	_____ iu/L	วันที่ตรวจ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Albumin	_____ g/dL	วันที่ตรวจ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ

อนุมัติ

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๔๓

Lactate	mmol/L	วันที่ตรวจ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ			
Procalcitonin	mg/mL	วันที่ตรวจ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ			
C-reactive protein	mg/L	วันที่ตรวจ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ			
ปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ตรวจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ			
วันที่ตรวจ	RBC	Cells/HPF	WBC	Cells/HPF	
ได้มีการเพาะเชื้อ		วันที่เก็บตัวอย่าง	เวลา	ผลการเพาะเชื้อ	เชื้อที่พบ
จากเลือด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	_____ / _____ / _____	_____ : _____	<input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos	
จากปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	_____ / _____ / _____	_____ : _____	<input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos	
จากเสมหะ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	_____ / _____ / _____	_____ : _____	<input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos	
จากน้ำไขสัน-หลัง (CSF)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	_____ / _____ / _____	_____ : _____	<input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos	
อื่น ๆ ระบุ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	_____ / _____ / _____	_____ : _____	<input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos	
การตรวจวิเคราะห์แบบรัฐผลเร็ว (Rapid Tests)					
Dengue IgM	วันที่ตรวจ _____	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive ระบุ _____ <input type="checkbox"/> Indeterminate <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ			
Dengue IgG	วันที่ตรวจ _____	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive ระบุ _____ <input type="checkbox"/> Indeterminate <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ			
Dengue NS1	วันที่ตรวจ _____	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive ระบุ _____ <input type="checkbox"/> Indeterminate <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ			
Melioidosis titer	วันที่ตรวจ _____	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ			
Leptospirosis titer	วันที่ตรวจ _____	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ			
Weil-Felix test	วันที่ตรวจ _____	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ			
Widal test	วันที่ตรวจ _____	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ			
การตรวจวิเคราะห์แบบรัฐผลเร็ว (Rapid Tests) อื่นๆ ที่ดำเนินการที่โรงพยาบาลและผลการตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ					
Test _____	วันที่ตรวจ _____	ผลการตรวจ _____			
Test _____	วันที่ตรวจ _____	ผลการตรวจ _____			
Test _____	วันที่ตรวจ _____	ผลการตรวจ _____			
ยาที่ให้กลับบ้าน (เฉพาะ Antimicrobials)					
๑. _____	๖. _____				
๒. _____	๗. _____				

**อนุมัติ**

๓. \_\_\_\_\_  
๔. \_\_\_\_\_  
๕. \_\_\_\_\_  
๖. \_\_\_\_\_

๗. \_\_\_\_\_  
๘. \_\_\_\_\_  
๙. \_\_\_\_\_  
๑๐. \_\_\_\_\_

### ส่วนที่ ๕: ข้อมูลผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผลตรวจ COVID-๑๙ ด้วย PCR เป็นบวก  ใช่  ไม่ใช่

ถ้าใช่ ระบุวันที่ผลการตรวจ PCR เป็นบวก (วัน/เดือน/ปี): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ระบุวันที่ผู้ป่วยได้รับการแจ้งผลการตรวจ (วัน/เดือน/ปี): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลที่เข้าโครงการ

ใช่  ไม่ใช่ ระบุเหตุผล  กักตัวอยู่ที่บ้าน

กักตัวที่ State Quarantine, ระบุ \_\_\_\_\_

เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอื่น, ระบุ \_\_\_\_\_

อื่น ๆ ระบุ \_\_\_\_\_

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล (วัน/เดือน/ปี): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ เวลา (แบบ ๒๔ ชม.) \_\_\_\_\_ :

ถ้าผู้ป่วยถูกส่งตัวมายังโรงพยาบาลในโครงการ ระบุ Study ID เดิม [\_\_\_\_]-[\_\_\_\_]-[\_\_\_\_]-[\_\_\_\_]-[\_\_\_\_]-[\_\_\_\_]

ผลการวินิจฉัยโรคขณะเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล/home isolation (HI)/community isolation (CI) (ระบุได้มากกว่า ๑ ช่อง):

ผู้ป่วย walk in มาเพื่อขอตรวจหาเชื้อโควิด-๑๙

<input type="checkbox"/> Fever	<input type="checkbox"/> COVID-๑๙	<input type="checkbox"/> Hypertension
<input type="checkbox"/> Abscess	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> URI
<input type="checkbox"/> Common cold	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Gastrointestinal tract infection
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Abdominal pain	<input type="checkbox"/> Renal diseases
<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Viral infection
<input type="checkbox"/> Bacterial infection	<input type="checkbox"/> Thalassemia	<input type="checkbox"/> Headache
<input type="checkbox"/> Dyspepsia	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Alteration of conscious
<input type="checkbox"/> Shock	<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> SIRS
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> Heart diseases	<input type="checkbox"/> Cellulitis	<input type="checkbox"/> Electrolyte imbalance
<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Cerebrovascular accident	<input type="checkbox"/> Leptospirosis
<input type="checkbox"/> Melioidosis	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Influenza
<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Chikungunya	<input type="checkbox"/> Scrub typhus
<input type="checkbox"/> Other, specify _____	<input type="checkbox"/> TB	<input type="checkbox"/> No information

ยาที่ได้รับในระหว่างที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (เฉพาะ Antimicrobials)

๑. \_\_\_\_\_ ได้รับยาตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี) \_\_\_\_\_ ถึง \_\_\_\_\_  Oral  Nasal  IM

อนุมัติ

๐๙ ส.ค. ๒๕๖๖

คณะกรรมการวิจารณ์การวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

๒.	ได้รับยาตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี)	ถึง	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV fluid <input type="checkbox"/> IM
๓.	ได้รับยาตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี)	ถึง	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV fluid <input type="checkbox"/> IM
๔.	ได้รับยาตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี)	ถึง	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV fluid <input type="checkbox"/> IM
๕.	ได้รับยาตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี)	ถึง	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV fluid <input type="checkbox"/> IM
๖.	ได้รับยาตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี)	ถึง	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV fluid <input type="checkbox"/> IM
๗.	ได้รับยาตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี)	ถึง	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV fluid <input type="checkbox"/> IM
๘.	ได้รับยาตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี)	ถึง	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV fluid <input type="checkbox"/> IM
๙.	ได้รับยาตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี)	ถึง	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV fluid <input type="checkbox"/> IM
๑๐.	ได้รับยาตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี)	ถึง	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV fluid <input type="checkbox"/> IM
ต้องใส่ท่อช่วยหายใจขณะรับการรักษาใน รพ.		<input type="checkbox"/> ใช่ เป็นเวลา _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
		<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	

การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest x-ray) (ลงข้อมูลทุกครั้งที่ได้รับการตรวจ):  ไม่ได้ตรวจ

วันที่ (วัน/เดือน/ปี) \_\_\_\_\_ ผลการตรวจ \_\_\_\_\_

วันที่ (วัน/เดือน/ปี) \_\_\_\_\_ ผลการตรวจ \_\_\_\_\_

วันที่ (วัน/เดือน/ปี) \_\_\_\_\_ ผลการตรวจ \_\_\_\_\_

วันที่จำหน่ายออกจาก รพ. (วัน/เดือน/ปี): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ผลวินิจฉัยโรคขณะออกจากโรงพยาบาล/home isolation (HI)/community isolation (CI): เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ  
หรือเขียนผลวินิจฉัยโรคอื่นๆ ลงในช่องว่างที่ให้ไว้

ผู้ป่วยยืนยัน COVID-๑๙	<input type="checkbox"/> ใช่	
สงสัยหรือยืนยันไข้เลือดออก	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
สงสัยหรือยืนยันไข้หวัดใหญ่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
สงสัยหรือยืนยัน Leptospirosis	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
สงสัยหรือยืนยัน Scrub Typhus	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
สงสัยหรือยืนยัน Chikungunya	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
อาการไข้	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
แพลตติดเชื้อ	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ไข้รากราดน้อย (Typhoid)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia/Sepsis)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
กระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ ท้องเสีย	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Melioidosis	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Cellulitis/Necrotizing fasciitis	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
มาลาเรีย	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่

อนุมัติ

๐๙ ม.ค. ๒๕๖๖

คณะกรรมการวิจัยรวมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุณครองการวิจัยในมนุษย์ (สภก.)

ไข้สมองอักเสบ (JE)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
มะเร็ง	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคตับ	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคไต	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคโลหิตจาง	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคโลหิตจางราลัสซีเมีย	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคหัวใจและหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ประวัติเป็นวัณโรค	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
เป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อ	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
HIV	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Arthriris	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Cholecystitis/Gallstones	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Electrolyte Imbalance	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Tropical Infection	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคหลอดเลือดสมอง	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ผลนินิจฉัยโรคอื่นๆ ระบุ _____	<input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล (กรณีผู้ป่วยอยู่ใน HI/CI)	
<b>สถานะผู้ป่วยขณะออกจากโรงพยาบาล</b>		
<input type="checkbox"/> หายดีเป็นปกติ	<input type="checkbox"/> เสียชีวิต	
<input type="checkbox"/> อาการดีขึ้น	<input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน	
<input type="checkbox"/> อาการไม่ดีขึ้น	<input type="checkbox"/> Delivery (คลอด)	<input type="checkbox"/> Undelivered (ไม่คลอด)
<b>ชนิดของการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล</b>		
<input type="checkbox"/> ได้รับการยินยอมจากแพทย์	<input type="checkbox"/> เสียชีวิต	
<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการยินยอมจากแพทย์	<input type="checkbox"/> หนีออกจากโรงพยาบาล	
<input type="checkbox"/> ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น/community isolation (CI)/home isolation (HI), ระบุชื่อ รพ. _____		
<p><b>ส่วนที่ ๔.๑:</b> อาการ/อาการแสดงทางคลินิกของการเจ็บป่วยครั้งนี้ ในระหว่างเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน หรือกักตัวที่บ้าน (ล้มภาษณ์ผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำการเก็บตัวอย่างเลือด โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้า院ในโรงพยาบาล [และทุก ๆ ๓ (+-๑) วัน] และวันที่กลับมาตรวจตามนัด] หรือวันที่เก็บตัวอย่างเลือดจากผู้ป่วยที่บ้านหรือสถานที่กักตัวอื่น [และวันที่ ๖ วันที่ ๑๒ และวันที่กลับมาตรวจตามนัด]</p>		

อนุมัติ

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

คณะกรรมการจิรกรรมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

วันที่สัมภาษณ์ _____ ท่านมีอาการอะไรบ้างต่อไปนี้ในระหว่างการนอนในโรงพยาบาล	<b>ระบุอาการ/อาการแสดงที่ผู้ป่วยเป็น ณ วันที่ทำการเก็บตัวอย่างเลือด</b> <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> คอแข็ง <input type="checkbox"/> อ่อนเพลียหรือไม่มีแรง <input type="checkbox"/> ปวดตา <input type="checkbox"/> ครรั่นเนื้อครรั่นตัว <input type="checkbox"/> หนาสวั่น <input type="checkbox"/> ตาแดง <input type="checkbox"/> ตัวเหลืองหรือตาเหลือง <input type="checkbox"/> เลือดกำเดาเหลือง/เลือดออกที่เหงือก <input type="checkbox"/> ได้กลิ่นน้อยลง/เสียการรู้กลิ่น <input type="checkbox"/> อาการรับรสผิดปกติ /เสียการรับรส <input type="checkbox"/> ปวดกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ปวดข้อ <input type="checkbox"/> ข้อบวมหรือแดง <input type="checkbox"/> ปวดกระดูก <input type="checkbox"/> ปวดหลัง <input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอก <input type="checkbox"/> เปื่อยอาหาร <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ <input type="checkbox"/> อาเจียน <input type="checkbox"/> อาเจียนมีเลือดปน <input type="checkbox"/> ปวดในช่องท้อง <input type="checkbox"/> ท้องร่วง (ถ่ายเหลว ≥ ครั้ง ๒๔ ชม.) <input type="checkbox"/> อุจาระมีเลือดปน <input type="checkbox"/> ปัสสาวะมีเลือดปน <input type="checkbox"/> ปัสสาวะขัด <input type="checkbox"/> ผื่น <input type="checkbox"/> ซีดหรือตัวเย็น <input type="checkbox"/> มีรอยฟกช้ำ <input type="checkbox"/> อาการชา <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ _____
ผู้ป่วยได้รับการเก็บตัวอย่างเลือด	<input type="checkbox"/> ได้ ปริมาตร _____ ซีซี <input type="checkbox"/> เก็บไม่ได้
<b>ส่วนที่ ๖: ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ (สำหรับผู้ป่วยทุกราย)</b>	
ค่าใช้จ่ายในระหว่างเข้ารับการรักษาที่แผนก OPD/ER หรือ ในระหว่างที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในสำหรับการป่วยในครั้งนี้	จำนวนเงินทั้งตั้ง _____ บาท <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูล
<b>กรอกข้อมูลสำหรับผู้ป่วย COVID-๑๙ ที่ตรวจพบนอกเหนือจากผู้ป่วยในโครงการ</b>	
<b>ส่วนที่ ๗: กรอกข้อมูลผู้ป่วย COVID-๑๙ โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล</b> (ข้อมูลส่วนนี้จะใช้สำหรับลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ SARS-CoV-๒ เป็นบวก นอกเหนือจากผู้ป่วยในโครงการ โดยจะไม่มีการบันทึกข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้)	
เจ้าหน้าที่ผู้ลงข้อมูล _____ CaseID: [____]-[____][____]-[____][____][____]-[____] สัญชาติ _____ เพศgender <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง อายุ (ปี) [____][____][____] เดือน [____][____] วัน [____][____] อาชีพ _____ พบรูปภาพที่ <input type="checkbox"/> OPD/ER, วันที่มา (วัน/เดือน/ปี) _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> หอผู้ป่วยใน วันที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน _____ / _____ / _____ วันที่มีผล PCR เป็นบวก (วัน/เดือน/ปี) _____ / _____ / _____ อาการสำคัญที่มีพบแพทย์ (ระบุทั้งหมดที่มีอาการ) <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> ไข้ <input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> หายใจหอบ/หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> มีเสมหะ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> หนาสวั่น <input type="checkbox"/> เหนื่อยเพลีย <input type="checkbox"/> เจ็บคอ <input type="checkbox"/> น้ำมูกเหลือง/คัดจมูก <input type="checkbox"/> ปวดกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> คลื่นไส้/อาเจียน <input type="checkbox"/> ปวดท้อง <input type="checkbox"/> ท้องเสีย <input type="checkbox"/> เปื่อยอาหาร <input type="checkbox"/> ปวดข้อ/ปวดกระดูก <input type="checkbox"/> ผื่น <input type="checkbox"/> ปวดหลัง <input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอก <input type="checkbox"/> ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> ลิ้นไม่รับรส <input type="checkbox"/> จมูกไม่รับกลิ่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ _____	

อนุมัติ

๑๙ มี.ค. ๒๕๖๖  
**คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์**  
**สถาบันพัฒนาการศึกษาและการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)**

การวินิจฉัยแรกที่ OPD/ER (ระบุได้มากกว่า ๑ ข้อ) <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน		<input type="checkbox"/> ผู้ป่วย walk in มาเพื่อขอตรวจหาเชื้อโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> กักแยกโรค (Isolation)
<input type="checkbox"/> COVID-๑๙	<input type="checkbox"/> Pneumonia	<input type="checkbox"/> Hypertension
<input type="checkbox"/> Fever	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> URI
<input type="checkbox"/> Abscess	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Gastrointestinal tract infection
<input type="checkbox"/> Common cold	<input type="checkbox"/> Abdominal pain	<input type="checkbox"/> Renal diseases
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Viral infection
<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> Thalassemia	<input type="checkbox"/> Headache
<input type="checkbox"/> Bacterial infection	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Alteration of conscious
<input type="checkbox"/> Dyspepsia	<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> SIRS
<input type="checkbox"/> Shock	<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Cellulitis	<input type="checkbox"/> Electrolyte imbalance
<input type="checkbox"/> Heart diseases	<input type="checkbox"/> Cerebrovascular accident	<input type="checkbox"/> Leptospirosis
<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Influenza
<input type="checkbox"/> Melioidosis	<input type="checkbox"/> Chikungunya	<input type="checkbox"/> Scrub typhus
<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> TB	<input type="checkbox"/> Obesity
<input type="checkbox"/> Bronchitis/LRI	<input type="checkbox"/> Pregnancy	<input type="checkbox"/> Other, specify _____

ส่วนที่ ๗.๑: กรอกข้อมูลส่วนนี้ หากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

การวินิจฉัยโรคขณะเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (ระบุได้มากกว่า ๑ ข้อ) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย walk in มาเพื่อขอตรวจหาเชื้อโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> กักแยกโรค (Isolation)		
<input type="checkbox"/> COVID-๑๙	<input type="checkbox"/> Pneumonia	<input type="checkbox"/> Hypertension
<input type="checkbox"/> Fever	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> URI
<input type="checkbox"/> Abscess	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Gastrointestinal tract infection
<input type="checkbox"/> Common cold	<input type="checkbox"/> Abdominal pain	<input type="checkbox"/> Renal diseases
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Viral infection
<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> Thalassemia	<input type="checkbox"/> Headache
<input type="checkbox"/> Bacterial infection	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Alteration of conscious
<input type="checkbox"/> Dyspepsia	<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> SIRS
<input type="checkbox"/> Shock	<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Cellulitis	<input type="checkbox"/> Electrolyte imbalance
<input type="checkbox"/> Heart diseases	<input type="checkbox"/> Cerebrovascular accident	<input type="checkbox"/> Leptospirosis
<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Influenza

อนุมติ

๐๙ ส.ค. ๒๕๖๖

คณะกรรมการวิจัยธรรมชาติและสังคม  
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

๔๙

<input type="checkbox"/> Melioidosis	<input type="checkbox"/> Chikungunya	<input type="checkbox"/> Scrub typhus
<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> TB	<input type="checkbox"/> Obesity
<input type="checkbox"/> Bronchitis/LRI	<input type="checkbox"/> Pregnancy	<input type="checkbox"/> Other, specify _____
<b>การวินิจฉัยโรคขณะออกจากโรงพยาบาล (Discharge Diagnosis) ระบุได้มากกว่า ๑ ข้อ <input type="checkbox"/> กักแยกโรค (Isolation)</b>		
<input type="checkbox"/> COVID-๑๙	<input type="checkbox"/> Pneumonia	<input type="checkbox"/> Hypertension
<input type="checkbox"/> Fever	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> URI
<input type="checkbox"/> Abscess	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Gastrointestinal tract infection
<input type="checkbox"/> Common cold	<input type="checkbox"/> Abdominal pain	<input type="checkbox"/> Renal diseases
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Viral infection
<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> Thalassemia	<input type="checkbox"/> Headache
<input type="checkbox"/> Bacterial infection	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Alteration of conscious
<input type="checkbox"/> Dyspepsia	<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> SIRS
<input type="checkbox"/> Shock	<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Cellulitis	<input type="checkbox"/> Electrolyte imbalance
<input type="checkbox"/> Heart diseases	<input type="checkbox"/> Cerebrovascular accident	<input type="checkbox"/> Leptospirosis
<input type="checkbox"/> Rash	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Influenza
<input type="checkbox"/> Melioidosis	<input type="checkbox"/> Chikungunya	<input type="checkbox"/> Scrub typhus
<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> TB	<input type="checkbox"/> Obesity
<input type="checkbox"/> Bronchitis/LRI	<input type="checkbox"/> Pregnancy	<input type="checkbox"/> Other, specify _____
Intubation <input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ _____	วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
สถานะผู้ป่วยขณะออกจากโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> หายดีเป็นปกติ <input type="checkbox"/> อาการดีขึ้น <input type="checkbox"/> อาการไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน <input type="checkbox"/> Delivery (คลอด) <input type="checkbox"/> Undelivery (ไม่คลอด)	
ชนิดของการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> ได้รับการยินยอมจากแพทย์ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการยินยอมจากแพทย์ <input type="checkbox"/> หนีออกจากโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น/community isolation (CI)/home isolation (HI) ระบุชื่อ รพ. _____	
ส่วนที่ ๘ (สำหรับผู้ป่วยโควิด-๑๙ ในวันที่กลับมาตรวจตามนัด)		
ผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัดใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ วันที่กลับมาตรวจตามนัด _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ระบุเหตุผล _____ <input type="checkbox"/> ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เท่านั้น	

อนุมัติ

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

คณะกรรมการวิจัยธรรมชาติฯ  
สถาบันพัฒนาการศึกษาในมุขย์ (สคม.)

<p>ถ้าใช่ หรือได้สัมภาษณ์ ระบุวันที่ก้าบมาตรวจตามนัด หรือวันที่สัมภาษณ์ วันที่ _____  <input type="checkbox"/> ได้ข้อมูลจาก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> บิดา/มารดา <input type="checkbox"/> ตัวแทน/ผู้ปกครอง          สถานที่ก้าบมาตรวจตามนัด/สัมภาษณ์ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล <input type="checkbox"/> รพสต./สถานกักตัวอื่น <input type="checkbox"/> บ้าน <input type="checkbox"/> โทรศัพท์</p>	
<p>จากวันที่ออกจากการตรวจตามนัดถึงวันที่ก้าบมาตรวจตามนัดท่านมีอาการอะไรบ้างต่อไปนี้</p>	<p>ระบุอาการ/อาการแสดงที่ผู้ป่วยเป็น <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ  <input type="checkbox"/> คอแข็ง <input type="checkbox"/> อ่อนเพลียหรือไม่มีแรง <input type="checkbox"/> ปวดตา <input type="checkbox"/> ครรั้นเนื้อครรั้นตัว  <input type="checkbox"/> หนาสัน <input type="checkbox"/> ตาแดง <input type="checkbox"/> ตัวเหลืองหรือตาเหลือง  <input type="checkbox"/> เลือดกำเดาเหลล /เลือดออกที่เหงือก <input type="checkbox"/> ได้กลิ่นน้อยลง/เสียการรู้กลิ่น  <input type="checkbox"/> อาการรับรสผิดปกติ /เสียการรับรส <input type="checkbox"/> ปวดกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ปวดข้อ  <input type="checkbox"/> ข้อบวมหรือแดง <input type="checkbox"/> ปวดกระดูก <input type="checkbox"/> ปวดหลัง <input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอก  <input type="checkbox"/> เปื่อยอาหาร <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ <input type="checkbox"/> อาเจียน <input type="checkbox"/> อาเจียนมีเลือดปน  <input type="checkbox"/> ปวดในช่องท้อง <input type="checkbox"/> ท้องร่วง (ถ่ายเหลว <math>\geq 3</math> ครั้ง ๒๔ ชม.)  <input type="checkbox"/> อุจจาระมีเลือดปน <input type="checkbox"/> ปัสสาวะมีเลือดปน <input type="checkbox"/> ปัสสาวะขัด <input type="checkbox"/> ผื่น  <input type="checkbox"/> ซีดหรือตัวเย็น <input type="checkbox"/> มีรอยฟกช้ำ <input type="checkbox"/> อาการชา <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ _____</p>
<p>ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้เพิ่มเติม (นับจากวันที่ออกจากการตรวจตามนัด)</p>	
๑. ผู้ป่วยต้องหยุดงาน/หยุดเรียนเนื่องจากการเจ็บป่วย ในครั้งนี้หลังจากออกจากโรงพยาบาลใช่หรือไม่ (กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ใช่ผู้ป่วย)	<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุวัน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๒. ท่านต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลใช่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุวัน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๓. ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางในระหว่างการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นจำนวนเท่าใด	ระบุจำนวนเงิน _____ บาท <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
๔. ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารในระหว่างเดินทางเข้ารับการรักษา พยาบาลในครั้งนี้จำนวนเท่าใด	ระบุจำนวนเงิน _____ บาท <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
๕. ท่านต้องเสียค่าที่พักแรมในระหว่างการเจ็บป่วยครั้งนี้ จำนวนเท่าใด	ระบุจำนวนเงิน _____ บาท <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

อนุมัติ

๐๙ ม.ค. ๒๕๖๖

คณะกรรมการยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุณครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

๑๖.๒ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ SARS-CoV-๒ เป็นบวกและสมัครใจเข้าร่วมโครงการการติดตามเป็นระยะเวลา ๑ ปี

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าร่วมการติดตามสภาวะการเจ็บป่วยหลังการเป็นโรคโควิด-๑๙

CFID \_\_\_\_\_

Section ๑ ระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (๑๔ วัน นับจากวันเข้าร่วมโครงการ)

- ๑.๑ วันที่เริ่มมีอาการป่วยของโรคโควิด-๑๙ ในระยะเฉียบพลัน [ \_D\_ ][ \_D\_ ]/[ \_M\_ ][ \_M\_ ]/[ \_Y\_ ][ \_Y\_ ][ \_Y\_ ][ \_Y\_ ];  
 ๑.๒ ในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด-๑๙ (เช่น COVID-๑๙, R/O Covid-๑๙ ฯลฯ) โดยบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่  
 ๑.๓ เปรียบเทียบตามเกณฑ์ที่ระบุในตารางด้านล่าง ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคในระดับใด  
 อาการเล็กน้อย  อาการปานกลาง  อาการหนัก  อาการวิกฤต  ไม่ทราบ  
 ได้ข้อมูลจาก  เวชระเบียน  ผู้ป่วย

ระดับความรุนแรงของโรค	พบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย กรณีเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล	สอบถามจากผู้ป่วย กรณี home isolation หรือ community isolation
Mild อาการเล็กน้อย	ผู้ป่วยที่มีอาการ และอาการแสดงที่หลักหลาย เช่น ไข้ ไอ เจ็บคอ ไม่สบายตัว ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน ห้องเสียง ไม่รู้รส ไม่รู้กลิ่น <u>แต้มแมมี่</u> อาการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก รวมทั้งไม่มีผล x-ray ปอดที่ผิดปกติ	ไม่จำเป็นต้องใช้ออกซิเจน
Moderate อาการปานกลาง	มีอาการทางคลินิกบ่งชี้ถึงการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง จากการตรวจร่างกายหรือจากการทำ x-ray ปอด และมีระดับ SpO <sub>2</sub> ที่ room air >= ร้อยละ ๘๕	
Severe อาการรุนแรง	ผู้ป่วยมีระดับ SpO <sub>2</sub> ที่ room air น้อยกว่าร้อยละ ๘๕ (<๘๕) หรือ มีสัดส่วนของ PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> <๓๐๐ mmHg หรือมีอัตราการหายใจ >๓๐ ครั้งต่อนาที หรือมี lung infiltration >ร้อยละ ๕๐	ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับออกซิเจน
Critical อาการวิกฤต	ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory failure) มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) และ/หรือมีการทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ หรือ มีกลุ่มอาการอักเสบulatory syndrome ฯ กันในเด็กหรือวัยรุ่นที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อโควิด-๑๙ (Multi-Inflammatory Syndrome in Children (MISC))	ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

๑.๔ ภาวะแทรกซ้อน (complications) ในระหว่างภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุ
ช็อค Shock	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ติดเชื้อในเลือด Bacteremia <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ชัก Seizure	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	เยื่อบุหัวใจ/ลิ้นหัวใจอักเสบ <b>อนุมติ</b> Endocarditis <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๕๑

คณะกรรมการวิธีรวมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคบ.)

สมอง/เยื่อหุ้มสมองอักเสบ Meningitis/encephalitis	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	กล้ามเนื้อ/เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ Myocarditis/pericarditis	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ไดรับเลือดTransfusion	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ภาวะไตวายเฉียบพลัน Acute renal injury	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หัวใจเต้นผิดจังหวะ Cardiac arrhythmia	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ตับอ่อนอักเสบ Pancreatitis	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน Cardiac arrest	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ Cardiomyopathy	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน Acute respiratory distress syndrome (ARDS)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ลิ่มเลือดอุดตันในปอด Pulmonary embolism	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน Stroke ischemic stroke	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ Deep vein thrombosis	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หลอดเลือดสมองแตก/เลือดออก Stroke intracerebral hemorrhage	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	น้ำตาลในเลือดสูงจากสเตียรอยด์ Steroid induced diabetes	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
อาการผิดปกติทางจิต Mental health disorders	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	โรคหลอดเลือดสมอง Stroke, unspecified	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๑.๕ ผู้ป่วยไดรับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ ในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุ	
ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (URI)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (LRI)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ Urinary Tract Infection	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ติดเชื้อผิวนัง/เนื้อเยื่ออ่อน Skin and Soft Tissue Infection	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ติดเชื้อกระดูก/ข้อ Bone and Joint Infections	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ติดเชื้อระบบหัวใจและหลอดเลือด Cardiovascular Infections	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง Central nervous system Infections	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ติดเชื้อในกระแสเลือด Bloodstream Infections	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร Gastrointestinal Infections	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ Sexual transmitted disease	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
๑.๖ โรคติดเชื้อรำดា (Mucormycosis)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุบริเวณที่เป็น	
โพรงจมูก/เบ้าตา Rhino-orbital	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	สมอง Cerebral	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ผิวนัง Cutaneous	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ปอด Pulmonary	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ทางเดินอาหาร Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	แพร่กระจายทั่วตัว Disseminated	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ต้องไดรับการผ่าตัดหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		

## อนุมัติ

๐๙ ม.ค. ๒๕๖๖

๕๓

คณะกรรมการยิธรรมการวินัยในมุขย์  
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวินัยในมุขย์ (สกม.)

## ๑.๗ การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน

ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ไหน  เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล  รักษาเองที่บ้าน  สถานที่กักตัวอื่น

ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนในระหว่างระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน  ใช่  ไม่ใช่

ถ้าใช่  ผ่านทางท่อช่วยหายใจ  ไม่ได้ผ่านท่อช่วยหายใจ

การรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยใช้ยารักษาโรคโควิด-๑๙ ดังต่อไปนี้หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่  
ถ้าใช่ ระบุรายละเอียดด้านล่าง

ผู้ป่วยได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด  ใช่  ไม่ใช่

ถ้าใช่ ระบุ  intravenous immunoglobulin (IVIG)  Convalescent plasma  อื่น ๆ ระบุ \_\_\_\_\_

ได้รับคลอโร奎น/ไฮโดรคลอโร奎น Chloroquine/hydroxychloroquine  ใช่  ไม่ใช่

ถ้าใช่ ระบุเหตุผลที่ได้รับ  สำหรับมาลาเรีย  สำหรับโรคโควิด-๑๙  ไม่ทราบ

ได้รับยาต่อไปนี้หรือไม่

Ivermectin  ใช่  ไม่ใช่

Interferon (IFNs)  ใช่  ไม่ใช่

Eculizumab (Soliris)  ใช่  ไม่ใช่

ยาสมุนไพร เช่น ฟ้าทะลายโจร  ใช่  ไม่ใช่

IL-๑ Antagonists  ใช่  ไม่ใช่

ถ้าใช่ ระบุ  Anakinra (Kineret)  Canakinumab (Ilaris)  Rilonacept (Arcalyst)

IL-๖ Antagonists  ใช่  ไม่ใช่

ถ้าใช่ ระบุ  Siltuximab (Sylvant)  Sarilumab (Kevzara)  Tocilizumab (Actemra)

Kinase Inhibitors  ใช่  ไม่ใช่

ถ้าใช่ ระบุ  Acalabrutinib (Calquence)  Ibrutinib (Imbruvica)  Zanubrutinib (Brukinsa)

Baricitinib (Olumiant)  Ruxolitinib (Jakafi)  Tofacitinib (Xeljanz)

Neutralizing monoclonal antibodies เช่น VelocImmune,ฯลฯ  ใช่ ระบุ \_\_\_\_\_  ไม่ใช่

ได้รับยาเตียรอยด์  ใช่  ไม่ใช่

ถ้าใช่ Dexamethasone  ใช่ จำนวน \_\_\_\_\_ วัน  ไม่ใช่

Hydrocortisone  ใช่ จำนวน \_\_\_\_\_ วัน  ไม่ใช่

Prednisolone  ใช่ จำนวน \_\_\_\_\_ วัน  ไม่ใช่

Methylprednisolone  ใช่ จำนวน \_\_\_\_\_ วัน  ไม่ใช่

ยาสเตียรอยด์อื่น ๆ ระบุ \_\_\_\_\_ จำนวน \_\_\_\_\_ วัน  ไม่ใช่

ได้รับยาปฏิชีวนะ  ใช่  ไม่ใช่ ถ้าใช่

Macrolides  ใช่ จำนวน \_\_\_\_\_ วัน  ไม่ใช่

(e.g. Azithromycin, Clarithromycin, Roxithromycin, Azithromycin)

๓<sup>rd</sup> and ๔<sup>rd</sup> generation Cephalosporin  ใช่ จำนวน \_\_\_\_\_ วัน  ไม่ใช่

(เช่น Ceftriaxone, Cefotaxime, Cefixime, Cefdinir, Cefditoren, Cefepime, Cefpirome)

อนุมัติ

๐๙ ม.ค. ๒๕๖๖

๔๔

คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุณครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

$\beta$ -th gen Cephalosporin (เช่น Ceftaroline, Ceftobiprole)	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
Ceftazidime/avibactam	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
Fluoroquinolones (เช่น Ciprofloxacin, Levofloxacin)	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
Carbapenems (เช่น imipenem, meropenem)	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
Piperacillin + Tazobactam (เช่น Tazocin, Astaz-P)	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
Amoxicillin-clavulanate (เช่น Amoksiklav, Augmentin, Curam)	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
Cotrimoxazole (Bactrim)	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
Colistin	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
Gentamicin, Amikacin	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
Vancomycin, Teicoplanin	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
Daptomycin (Cubicin)	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
Linezolid, Tedizolid	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ยาปฏิชีวนะ อื่นๆ	<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุชื่อยา _____ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ยาต้านเชื้อรา	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่	
Fluconazole (Diflucan)	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ Amphotericin B	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Itraconazole (Hofnazole, Sporanox)	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ Voriconazole (Voriconaz)	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Flucytosine (Ancobon, Ancotil, Cytoflu)	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ Posaconazole (Noxafil)	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ยาต้านเชื้อราอื่น ๆ ระบุ _____ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ยาต้านการแข็งตัวของเลือด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่	
Heparin	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ Warfarin	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน เช่น dabigatran, apixaban, edoxaban, rivaroxaban	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ยาต้านไวรัส	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่	
Lopinavir/Ritonavir	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ Darunavir +/- cobicistat	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Remdesivir	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ Favipiravir	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Acyclovir/Ganciclovir	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ Oseltamivir	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Paxlovid (Nirmatrelvir/ritonavir)	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ Molnupiravir	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ยาต้านไวรัสอื่น ๆ ระบุ _____ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
๑.๘ การตรวจวินิจฉัย/การตรวจทางห้องทางห้องปอดบุบบติกการ ในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน		
Chest X-ray / CT scan	<input type="checkbox"/> ทำ ระบุ มี infiltration	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <b>ยกเว้นได้ทำ</b>

**อนุมัติ**

๐๙ มี.ค. 2566

๕๕

ตรวจพบรเชื้อแบคทีเรีย	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุ _____			
ตรวจพบรเชื้อรา	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุ _____			
ตรวจพบรเชื้อไวรัสอื่น ๆ นอกจาก SARS-CoV-๒	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุ _____			
ตรวจหาไวรัสไข้หวัดใหญ่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุ <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			
๑.๙ แบบประเมินภาวะสุขภาพทางจิต (สัมภาษณ์ผู้ป่วยในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และทุก ๆ ๓ เดือน จนครบ ๑ ปี) วันที่ทำการสัมภาษณ์ _____					
*ในช่วง ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้* ท่านถูกรบกวนด้วยปัญหา เหล่านี้บ่อยแค่ไหน		ไม่มี เลย	เป็นบางวัน ๑-๗ วัน	เป็นบ่อย > ๗ วัน	เป็นทุกวัน
๑. เปื่อย ไม่สนใจอาหารทำอะไร		<input type="radio"/>	๑	๒	๓
๒. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ห้อแท้		<input type="radio"/>	๑	๒	๓
๓. หลับยาก หรือ หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป		<input type="radio"/>	๑	๒	๓
๔. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง		<input type="radio"/>	๑	๒	๓
๕. เปื่อยอาหาร หรือ กินมากเกินไป		<input type="radio"/>	๑	๒	๓
๖. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง รู้สึกตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ครอบครัวผิดหวัง		<input type="radio"/>	๑	๒	๓
๗. สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่ ดูโทรศัพท์ พงวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ		<input type="radio"/>	๑	๒	๓
๘. พูดช้า ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น		<input type="radio"/>	๑	๒	๓
๙. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี		<input type="radio"/>	๑	๒	๓
คะแนน	<input type="radio"/> + _____ + _____ + _____				
		รวมคะแนนทั้งหมด _____			
๑๐. หากท่านตอบว่าท่านถูกรบกวนด้วยปัญหาใด ๆ ข้างต้น ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความยุ่งยากแก่ท่านมากน้อยเพียงใดในการทำงาน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้าน หรือการมีสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น		<input type="checkbox"/> ไม่ยุ่งยากเลย <input type="checkbox"/> ยุ่งยากเล็กน้อย <input type="checkbox"/> ยุ่งยากมาก <input type="checkbox"/> ยุ่งยากที่สุด			

อนุมัติ

๑๙ มี.ค. ๒๕๖๖

คณะกรรมการจัดธรรมการวิจัยในมนุษย์ ๕๒  
สถาบันพัฒนาการคุณค่าของการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

Section ๒ สัมภาษณ์ผู้ป่วยทางโทรศัพท์/ทบทวนเวชระเบียน ในวันที่ครบกำหนดระยะเวลาตาม ทุก ๆ ๓ เดือน (+/- ๑ สัปดาห์)

วันที่ทำการสัมภาษณ์ [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

ผู้ให้ข้อมูล  ผู้ป่วย  ผู้แทน/ผู้ปกครอง

วันที่ทำการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

ระยะเวลาช่วงที่ ๑ วันที่ผู้ป่วยมีผลตรวจ SARS-CoV-๒ เป็นบวก-๓ เดือนหลังผลตรวจ SAR-CoV-๒ เป็นบวก

ติดต่อได้  ติดต่อไม่ได้  ปฏิเสธการให้สัมภาษณ์  เสียชีวิต

ระยะเวลาช่วงที่ ๒ ระยะเวลา ๓-๖ เดือน หลังจากที่มีผลการตรวจ SAR-CoV-๒ เป็นบวก

ติดต่อได้  ติดต่อไม่ได้  ปฏิเสธการให้สัมภาษณ์  เสียชีวิต

ระยะเวลาช่วงที่ ๓ ระยะเวลา ๖-๙ เดือน หลังจากที่มีผลการตรวจ SAR-CoV-๒ เป็นบวก

ติดต่อได้  ติดต่อไม่ได้  ปฏิเสธการให้สัมภาษณ์  เสียชีวิต

ระยะเวลาช่วงที่ ๔ ระยะเวลา ๙-๑๒ เดือน หลังจากที่มีผลการตรวจ SAR-CoV-๒ เป็นบวก

ติดต่อได้  ติดต่อไม่ได้  ปฏิเสธการให้สัมภาษณ์  เสียชีวิต

#### ๒.๑ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหลังจากพ้นระยะเวลาป่วยเฉียบพลันโควิด-๑๙

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน หลังพ้นระยะเวลาเจ็บป่วยเฉียบพลันโควิด-๑๙/หลังจากการะยะติดตามครั้งก่อน  ใช่  ไม่ใช่

ถ้าใช่ ระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ตามแต่ละช่วงเวลาของระยะเวลาตาม และ ลงข้อมูลใน Section ๓

ครั้งที่ ๑ วันที่ [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

ครั้งที่ ๒ วันที่ [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

ครั้งที่ ๓ วันที่ [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

ครั้งที่ ๔ วันที่ [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

ครั้งที่ ๕ วันที่ [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

ครั้งที่ ๖ วันที่ [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

ครั้งที่ ๗ วันที่ [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

ครั้งที่ ๘ วันที่ [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

**อนุมัติ**

๐๙ ม.ค. ๒๕๖๖

๔๗

คณะกรรมการวิจัยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล _____	ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา _____
ครั้งที่ ๙ วันที่ [__][__]/[__][__][__][__][__] <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> IPD,	
ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล _____	ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา _____
ครั้งที่ ๑๐ วันที่ [__][__]/[__][__][__][__][__] <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> IPD,	
ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล _____	ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา _____
<b>๒.๒ ติดเชื้อ SARS-CoV-๒ ซ้ำ (Reinfection) ตามแต่ละช่วงเวลาของระยะติดตาม</b>	
<p>ผู้ป่วยติดเชื้อ SARS-CoV-๒ ซ้ำ จากการตรวจด้วย RT-PCR <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่      วันที่มีผล RT-PCR เป็นบวกทั้งหมด <b>หลังพ้นระยะเวลาเจ็บป่วยเฉียบพลันโรคโควิด-๑๙/หลังจากระยะติดตามครั้งก่อน</b></p>	
<p>๑. [__][__]/[__][__][__][__][__] <input type="checkbox"/> รักษาเป็นผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> รักษาเองที่บ้าน <input type="checkbox"/> รักษาในสถานที่กักตัวอื่น ๆ  <input type="checkbox"/> รักษาเป็นผู้ป่วยใน ถ้าใช่ <input type="checkbox"/> ได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับออกซิเจน  <input type="checkbox"/> ได้รับออกซิเจนโดยไม่ต้องใช้ท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับออกซิเจน</p>	
<p>๒. [__][__]/[__][__][__][__][__] <input type="checkbox"/> รักษาเป็นผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> รักษาเองที่บ้าน <input type="checkbox"/> รักษาในสถานที่กักตัวอื่น ๆ  <input type="checkbox"/> รักษาเป็นผู้ป่วยใน ถ้าใช่ <input type="checkbox"/> ได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับออกซิเจน  <input type="checkbox"/> ได้รับออกซิเจนโดยไม่ต้องใช้ท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับออกซิเจน</p>	
<p>๓. [__][__]/[__][__][__][__][__] <input type="checkbox"/> รักษาเป็นผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> รักษาเองที่บ้าน <input type="checkbox"/> รักษาในสถานที่กักตัวอื่น ๆ  <input type="checkbox"/> รักษาเป็นผู้ป่วยใน ถ้าใช่ <input type="checkbox"/> ได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับออกซิเจน  <input type="checkbox"/> ได้รับออกซิเจนโดยไม่ต้องใช้ท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับออกซิเจน</p>	
<p>๔. [__][__]/[__][__][__][__][__] <input type="checkbox"/> รักษาเป็นผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> รักษาเองที่บ้าน <input type="checkbox"/> รักษาในสถานที่กักตัวอื่น ๆ  <input type="checkbox"/> รักษาเป็นผู้ป่วยใน ถ้าใช่ <input type="checkbox"/> ได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับออกซิเจน  <input type="checkbox"/> ได้รับออกซิเจนโดยไม่ต้องใช้ท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับออกซิเจน</p>	
<p>๕. [__][__]/[__][__][__][__][__] <input type="checkbox"/> รักษาเป็นผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> รักษาเองที่บ้าน <input type="checkbox"/> รักษาในสถานที่กักตัวอื่น ๆ  <input type="checkbox"/> รักษาเป็นผู้ป่วยใน ถ้าใช่ <input type="checkbox"/> ได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับออกซิเจน  <input type="checkbox"/> ได้รับออกซิเจนโดยไม่ต้องใช้ท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับออกซิเจน</p>	
<p>ผู้ป่วยมีการตรวจ ATK เป็นบวกหลังพ้นระยะเวลาเจ็บป่วยเฉียบพลันโรคโควิด-๑๙/หลังจากระยะติดตามครั้งก่อน</p>	
<p>วันที่มีผล ATK เป็นบวกทั้งหมด <b>หลังพ้นระยะเวลาเจ็บป่วยเฉียบพลันโรคโควิด-๑๙/หลังจากระยะติดตามครั้งก่อน</b></p>	
<p>๑. [__][__]/[__][__][__][__][__] หรือ <input type="checkbox"/>&lt;๑ เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> ๑-๒ เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> ๒-๓ เดือนที่ผ่านมา      ตรวจที่ <input type="checkbox"/> บ้าน <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล      ตรวจยืนยันด้วย RT-PCR <input type="checkbox"/> ผลบวก <input type="checkbox"/> ผลลบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจยืนยัน</p>	
<p>๒. [__][__]/[__][__][__][__][__] หรือ <input type="checkbox"/>&lt;๑ เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> ๑-๒ เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> ๒-๓ เดือนที่ผ่านมา      ตรวจที่ <input type="checkbox"/> บ้าน <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล      ตรวจยืนยันด้วย RT-PCR <input type="checkbox"/> ผลบวก <input type="checkbox"/> ผลลบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจยืนยัน</p>	
<p>๓. [__][__]/[__][__][__][__][__] หรือ <input type="checkbox"/>&lt;๑ เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> ๑-๒ เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> ๒-๓ เดือนที่ผ่านมา      ตรวจที่ <input type="checkbox"/> บ้าน <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล</p>	

**อนุมัติ**

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๕๘

ตรวจยืนยันด้วย RT-PCR <input type="checkbox"/> ผลบวก <input type="checkbox"/> ผลลบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจยืนยัน	
๔.	[_]_[_]_[_]_[_]_[_]_[_] หรือ <input type="checkbox"/> <๑ เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> ๑-๒ เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> ๒-๓ เดือนที่ผ่านมา
	ตรวจที่ <input type="checkbox"/> บ้าน <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล
ตรวจยืนยันด้วย RT-PCR <input type="checkbox"/> ผลบวก <input type="checkbox"/> ผลลบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจยืนยัน	
๕.	[_]_[_]_[_]_[_]_[_]_[_] หรือ <input type="checkbox"/> <๑ เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> ๑-๒ เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> ๒-๓ เดือนที่ผ่านมา
	ตรวจที่ <input type="checkbox"/> บ้าน <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล
ตรวจยืนยันด้วย RT-PCR <input type="checkbox"/> ผลบวก <input type="checkbox"/> ผลลบ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจยืนยัน	

**๒.๓ สถานะการทำงาน/การเรียน**

ผู้ป่วยมีงานทำ/เรียนหนังสือก่อนการติดเชื้อโรคโควิด-๑๙  ใช่  ไม่ใช่ ถ้าใช่  
 มีการเปลี่ยนแปลงช่วงโอมงในการทำงาน/การเรียนในโรงเรียนเมื่อเทียบกับก่อนป่วยหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่  
 ถ้าใช่ ระบุ  ช้าลงในการทำงาน/การเรียนเพิ่มขึ้น ระบุ กลับสู่ปกติแล้ว  ใช่  ไม่ใช่  
 ช้าลงในการทำงาน/การเรียนลดลง ระบุ กลับสู่ปกติแล้ว  ใช่  ไม่ใช่  
 ไม่ได้ทำงาน/เรียนหนังสือ ตั้งแต่ติดเชื้อโรคโควิด-๑๙

หากระบุว่าช้าลงในการทำงาน/การเรียนลดลง หรือไม่ได้ทำงาน/ไม่ได้เรียนหนังสือ ระบุเหตุผล

สุขภาพแย่ลง/ไม่แข็งแรงเหมือนก่อนติดโควิด  ต้องรับผิดชอบ/ดูแลคนอื่นเพิ่มขึ้น  ข้อจำกัดเกี่ยวกับโรคโควิด-๑๙  อื่น ๆ ระบุ \_\_\_\_\_  ไม่ต้องการระบุ/ไม่แน่ใจ

**๒.๔ การทำกิจวัตรประจำวัน**

ความสามารถในการดูแลตัวเอง <input type="checkbox"/> เหมือนเดิมก่อนการติดเชื้อโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	ผู้ป่วยมีความยาก/ง่ายเพียงใด ในการทำกิจวัตรต่อไปนี้ โดยระบุเป็นระดับคะแนน	ระยะเวลาตั้งแต่หลังการติดเชื้อ/หลังจากการตรวจระยะติดตามครั้งก่อนถึงปัจจุบัน	ระยะเวลาช่วง ๑ วันที่ผ่านมา	ปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบ กับก่อนการติดเชื้อโรคโควิด-๑๙ ผู้ป่วยคิดว่าอย่างไร	หมายเหตุ	หมายเหตุ
๑ ไม่มีความยากลำบาก						
๒ ยากเล็กน้อย						
๓ ยากปานกลาง						
๔ ค่อนข้างยาก						
๕ ยากมากหรือไม่สามารถทำได้						
ยืนเป็นเวลานาน ๆ เช่น ๓๐ นาทีขึ้นไป						
การดูแลบ้าน/ทำงานบ้าน						
เรียนรู้เรื่องราวใหม่ ๆ เช่น เรื่องการเดินทางไปสถานที่ที่ไม่เคยไป ฯลฯ						
การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับคนหมู่มาก (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม						
มีผลกระทบด้านอารมณ์/จิตใจเนื่องจากอาการ						

**อนุมัติ**

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

คณะกรรมการวิจัยและพัฒนาการวิจัยในมนุษย์  
 สถาบันพัฒนาการคุณครองการวิจัยในมนุษย์ (สกม.)

ป่วย					
มีสมาร์ทในการทำกิจกรรมได้ ๆ ได้ต่อเนื่องในเวลา ๑๐ นาที					
สามารถเดินได้ระยะทางยาว เช่น ๑ กิโลเมตร อาบน้ำเอง					
แต่งตัวเอง					
สามารถพูดคุยกับคนอื่นที่ไม่รู้จัก/คนแปลกหน้า					
มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น/เพื่อน/ญาติพี่น้อง					
การทำกิจวัตรประจำวัน					
คะแนนรวม					
<b>๒.๕ อาการและการแสดง</b>					
หลังจากที่ป่วยด้วยโรคโควิด-๑๙ ผู้ป่วยมีอาการ/อาการแสดง ที่ไม่เคยเป็นมาก่อนที่จะติดเชื้อ ดังต่อไปนี้หรือไม่ นับระยะตั้งแต่หลังจากหายป่วยในระยะเฉียบพลัน (ออกจากโรงพยาบาลหรือพั้นระยะเวลาติดตามครั้งก่อน)					
วิตกกังวล	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
การรับกลิ่นเปลี่ยนไป	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
การรับรสเปลี่ยนไป	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
พฤติกรรมเปลี่ยนไป	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
ไม่สามารถเคลื่อนไหว/ไม่มีความรู้สึกด้านใดด้านหนึ่งของ ลำตัวหรือใบหน้า	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
เจ็บหน้าอก	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
หัวใจ	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
หัดหู ชื้มเคร้า	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
ห้องเสียง	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
มีอาการปวดประจำเดือน (เฉพาะเพศหญิง)	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
วิงเวียนศีรษะ	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
เป็นลมหอบเหนื่อย	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
มีอาการหลงลืม	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
นอนไม่หลับ	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
แขนขา มีอาการกระตุก	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
ปวดข้อ ข้อบวม	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
เบื่ออาหาร	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
รู้สึกไม่สนใจสิ่งรอบตัว/ไม่มีความสุขเวลาทำอะไรถึงเมื่ฉะ เป็นสิ่งที่เคยชอบ	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
ตุ่มนูนแดงข้ามบริเวณนิ้วเท้า (COVID toes)	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		

อนุมัติ

๑๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๖๐

การรับสัมผัสที่ผิวหนังผิดปกติ เช่น รูสีก้มีอาการชา/คัน/เจ็บ	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
เปล็บเหมือนเข้มทึม	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ไอแห้ง ๆ เรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ไอมีเสมหะเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
เหนื่อยเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
การได้ยินผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ปวดศีรษะเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ปวดกล้ามเนื้อรือรัง/ปวดหลัง/ปวดเอว	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
อาการอ่อนล้าเพลีย/รู้สึกดีอะไรไม่อกร/อาการไม่สบายหลังจากออกแรง/ทำกิจกรรมต่าง ๆ เพียงเล็กน้อย	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ปัสสาวะขัด ปัสสาวะไม่สะทาก	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
มีปัญหาด้านการมองเห็น	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
มีปัญหาด้านการกลืน	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
มีปัญหาเรื่องการทรงตัว	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
มีปัญหารื่องการเดิน ล้มป่วย	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
มีเสียงผิดปกติในหู	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ซัก	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หายใจลำบาก หอบเหนื่อย	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ถ้าใช่ ยังมีอาการอยู่ มีอาการตอนไหน	<input type="checkbox"/> อยู่เฉยๆ ก็หอบเหนื่อย <input type="checkbox"/> หอบเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ
ผื่นผิวหนัง	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ถ้าใช่ ยังมีอาการอยู่ ระบุบริเวณที่เป็นทั้งหมด	<input type="checkbox"/> ในหน้า/ศีรษะ/ลำคอ <input type="checkbox"/> ลำตัวด้านหน้า/หลัง <input type="checkbox"/> แขน <input type="checkbox"/> ขา <input type="checkbox"/> ก้น/สะโพก <input type="checkbox"/> นิ้วเท้า <input type="checkbox"/> นิ้วมือ <input type="checkbox"/> อวัยวะเพศ
เคลื่อนไหวร่างกายได้ช้า	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
นอนหลับได้น้อยลง	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
นอนหลับมากขึ้น	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ปวดท้อง/กระเพาะ	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ข้อเท้าบวม	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ร่างกายมีอาการสั่น	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ไม่ค่อยมีสมาธิ	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

**อนุมติ**

๑๙ ส.ค. 2566

๖๑

แขน/ขาอ่อนแรง	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่ออาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
น้ำหนักลดลง	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่ออาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
(เฉพาะเพศชาย) หยอดน้ำนมทางเพศ	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่ออาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ประสาทหลอน (เห็น/ได้ยิน สิ่งที่คนอื่นไม่เห็น/ได้ยิน)	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่ออาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ถ้าผู้ป่วยตอบว่ามีอาการ/อาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้น (ใช่ แต่ออาการหายแล้ว/ใช่ ยังมีอาการอยู่) ให้ตอบ คำถามต่อไปนี้	
รักษาอาการดังกล่าวอย่างไร (ระบุทั้งหมดที่ทำ)	<input type="checkbox"/> ซื้อยารับประทานเอง <input type="checkbox"/> ไปโรงพยาบาล/ สถานพยาบาล <input type="checkbox"/> ปรึกษาสามาชิกในครอบครัว/เพื่อน <input type="checkbox"/> ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำอะไร <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ _____
อาการดังกล่าวส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน	<input type="checkbox"/> เห็นด้วยอย่างยิ่ง <input type="checkbox"/> เห็นด้วย <input type="checkbox"/> เฉย ๆ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วย <input type="checkbox"/> ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
มีปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึง การรักษาในโรงพยาบาล หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
คิดว่าอาการที่เป็นเกี่ยวกับลงโควิด (long COVID) หรือไม่	<input type="checkbox"/> เกี่ยว <input type="checkbox"/> ไม่เกี่ยว <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่รู้จักว่า long COVID คืออะไร

**๒.๖ วัคซีนป้องกันโรคโควิด-๑๙**

หลังจากหายป่วยในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน/ระยะติดตาม  
ครั้งก่อนจนถึงปัจจุบัน ได้รับการฉีดวัคซีนโควิดหรือไม่  
(ระบุวันที่เริ่มจากวันที่ฉีดล่าสุด)

- ฉีด Dose# \_\_\_\_\_ วันที่ฉีด \_\_\_\_\_,  
หรือระบุช่วงเวลา  ๑-๒ สัปดาห์  ๒-๔ สัปดาห์  
 ๑-๒ เดือน  ๒-๓ เดือน  
ระบุชื่อวัคซีน \_\_\_\_\_  ไม่ได้ฉีด
- ฉีด Dose# \_\_\_\_\_ วันที่ฉีด \_\_\_\_\_,  
หรือระบุช่วงเวลา  ๑-๒ สัปดาห์  ๒-๔ สัปดาห์  
 ๑-๒ เดือน  ๒-๓ เดือน  
ระบุชื่อวัคซีน \_\_\_\_\_  ไม่ได้ฉีด
- ฉีด Dose# \_\_\_\_\_ วันที่ฉีด \_\_\_\_\_,  
หรือระบุช่วงเวลา  ๑-๒ สัปดาห์  ๒-๔ สัปดาห์  
 ๑-๒ เดือน  ๒-๓ เดือน  
ระบุชื่อวัคซีน \_\_\_\_\_  ไม่ได้ฉีด

**อนุมัติ**

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๖๗

คณะกรรมการจัดธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุณครองการวิจัยในมนุษย์ (สคบ.)

Section ๓ ผลการตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการวินิจฉัยในวันที่ครบกำหนดนัดดิตตาม (ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลังทุก ๆ ๓ เดือน โดยบันทึกข้อมูลที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน โดยบันทึกข้อมูลจากวันที่ล่าสุดย้อนหลังไปจนครบ)

ระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ตามแต่ละช่วงเวลาของระยะติดตาม จากข้อ ๒.๑

ครั้งที่ ๑ วันที่ [\_\_]/[\_\_]/[\_\_] / [\_\_]/[\_\_]/[\_\_]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

ครั้งที่ ๒ วันที่ [\_\_]/[\_\_]/[\_\_] / [\_\_]/[\_\_]/[\_\_]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

ครั้งที่ ๓ วันที่ [\_\_]/[\_\_]/[\_\_] / [\_\_]/[\_\_]/[\_\_]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

ครั้งที่ ๔ วันที่ [\_\_]/[\_\_]/[\_\_] / [\_\_]/[\_\_]/[\_\_]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

ครั้งที่ ๕ วันที่ [\_\_]/[\_\_]/[\_\_] / [\_\_]/[\_\_]/[\_\_]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

ครั้งที่ ๖ วันที่ [\_\_]/[\_\_]/[\_\_] / [\_\_]/[\_\_]/[\_\_]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

ครั้งที่ ๗ วันที่ [\_\_]/[\_\_]/[\_\_] / [\_\_]/[\_\_]/[\_\_]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

ครั้งที่ ๘ วันที่ [\_\_]/[\_\_]/[\_\_] / [\_\_]/[\_\_]/[\_\_]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

ครั้งที่ ๙ วันที่ [\_\_]/[\_\_]/[\_\_] / [\_\_]/[\_\_]/[\_\_]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

ครั้งที่ ๑๐ วันที่ [\_\_]/[\_\_]/[\_\_] / [\_\_]/[\_\_]/[\_\_]  OPD  IPD,

ระบุวันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_

๓.๑ การตรวจทางระบบประสาทและสมอง		
ได้มีการตรวจทางระบบประสาทและสมองหรือไม่	<input type="checkbox"/>	ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ถ้าใช่ ระบุผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ถ้าผิดปกติ ให้ระบุผลการตรวจที่ผิดปกติทั้งหมดทั้งนี้		
ภาวะบกพร่องด้านการสื่อสาร (Aphasia)	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
การทรงตัวผิดปกติ/กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน (Ataxia)	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
สับสน กระวนกระวาย สภาพจิตใจผิดปกติ (Confusion, disorientation, abnormal mental status)	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
กล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดผิดปกติ (Dysarthria)	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
กล้ามเนื้อบิดเกร็ง (Dystonia)	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

อนุมัติ

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

คณะกรรมการยิธรรมการวินิจฉัยในมนุษย์  
สถานันพัฒนาการคุ้มครองการวินิจฉัยในมนุษย์ (สคบ.)

กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง (Facial weakness)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
สูญเสียการได้ยิน (Hearing loss)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ร่างกายเป็นอัมพาตด้านใดด้านหนึ่ง (Hemiparesis)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
อาการปวดตามเส้นประสาท (Neuralgia)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
กล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างอ่อนแรง (Paraparesis)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
สูญเสียการรับความรู้สึก (Sensory Loss)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
อาการสั่น/การเคลื่อนไหวผิดปกติ (Tremor or abnormal movements)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
สูญเสียการมองเห็น (Vision loss)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
อื่น ๆ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
<b>๓.๒ การตรวจทางรังสีวิทยา</b>	
ได้มีการตรวจทางรังสีวิทยาหรือไม่ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ	
ถ้าตรวจ ระบุวิธีการ และผลการตรวจ	
CT Scan brain ถ้าตรวจ ระบุผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
CT Scan chest ถ้าตรวจ ระบุผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
Echocardiogram ถ้าตรวจ ระบุผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล

อนุมัติ

๐๙ ม.ค. ๒๕๖๖

๖๔

คณะกรรมการวิจัยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุณครองการวิจัยในมนุษย์ (สภก.)

Lung ultrasound ถ้าตรวจ ระบุผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
MRI Brain ถ้าตรวจ ระบุผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
MRI Spine ถ้าตรวจ ระบุผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
Chest X-Ray ถ้าตรวจ ระบุผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล

**๓.๓ ผลการตรวจเลือด**มีการเจาะเลือดตรวจหรือไม่  ตรวจ  ไม่ได้ตรวจ

ถ้าตรวจ ระบุชนิดของการตรวจ และผลการตรวจ

CBC

 ตรวจ ระบุวันที่ \_\_\_\_\_  ไม่ได้ตรวจ

Hematocrit

%

**อนุมัติ**  ไม่ได้ตรวจ

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๖๔

Platelet Count	/µL หรือ X <sub>10<sup>9</sup></sub> หรือ (ปริมาณ)	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
WBC Count	/µL หรือ X <sub>10<sup>9</sup></sub> หรือ (ปริมาณ)	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Neutrophil	%	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Lymphocyte	%	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Monocyte	%	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Eosinophil	%	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Basophil	%	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Other	%	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
การตรวจทางชีวเคมีอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ		
Albumin	g/dL	ระบุวันที่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ALT/SGPT	IU/L	ระบุวันที่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
AST/SGOT	IU/L	ระบุวันที่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Creatinine	mg/dL	ระบุวันที่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
D-Dimer	ng/mL	ระบุวันที่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Fasting Blood Glucose (FBS)	mg/dL	ระบุวันที่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Ferritin	ng/mL	ระบุวันที่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Globular Filtration Rate (GFR)	ml/min	ระบุวันที่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Lactate dehydrogenase (LDH)	IU/L	ระบุวันที่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Troponin	ng/mL	ระบุวันที่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Thyroid Stimulating Hormone (TSH)	mU/L	ระบุวันที่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Urea (BUN)	mg/dL	ระบุวันที่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Coronavirus antibodies IgG	□ g/L □ g/dL หรือ □ ผลบวก □ ผลลบ ระบุวันที่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ	
Coronavirus antibodies IgM	IU/L หรือ □ ผลบวก □ ผลลบ ระบุวันที่ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ	
๓.๔ การตรวจทางคลินิกและผลการตรวจ		
ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางระบบประสาทหรือไม่ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ ถ้าตรวจ ระบุชนิดของการตรวจและผลการตรวจ		
เจาหน้าไข้สันหลังไปตรวจ	□ ตรวจ ระบุวันที่ _____	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ

อนุมัติ

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๖๖

คณะกรรมการธิรยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สกน.)

	WBC _____ cells/ $\mu$ l Glocose _____ mg/dl Protein _____ mg/dl <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
ตรวจการได้ยิน ถ้าตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
แบบทดสอบสมอง Mini-Mental State Examination (MMSE) ถ้าตรวจระบุคะแนนที่ได้ (๐-๓๐)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ [ ] [ ] คะแนน <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
การตรวจคัดกรองสมองเสื่อม Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ถ้าตรวจระบุคะแนนที่ได้ (๐-๓๐)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ [ ] [ ] คะแนน <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
การตรวจการนำกระแสประสาท (Nerve Conduction Studies)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
ตรวจการมองเห็น	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล

**อนุมัติ**

๑๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๖๗

คณะกรรมการจัดรวมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

<p>ตรวจการประสานงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อโดยการทดสอบ (Finger to Nose, Finger to Finger หรือ Finger to Nose to Finger)</p>	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
<p>การตรวจอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสมอง</p>	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวิธีการตรวจ _____ วันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
<p>ผู้ป่วยได้รับการตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด ถ้าตรวจ ระบุชนิดของการตรวจและผลการตรวจ</p>	<input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
<p>ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Electrocardiogram</p>	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
<p>ตรวจสมรรถภาพของหัวใจและหลอดเลือดด้วยการเดิน ๖ นาที 6-Minute Walking Distance (6MWT)</p>	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ เดินได้ [ ] [ ] [ ] เมตร <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล ชีพจรขณะพัก [ ] [ ] ครั้ง/นาที <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
<p>การตรวจอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด</p>	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุการตรวจ _____ วันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙

**อนุมัติ**

๑๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๖๘

คณะกรรมการวิจัยและพัฒนาการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

	<input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
ผู้ป่วยได้รับการตรวจระบบทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ถ้าตรวจ ระบุชนิดของการตรวจและผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ ระบุผล FVC _____ mL หรือ _____ (%) FEV <sub>1</sub> _____ mL หรือ _____ (%) <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
ตรวจสมรรถภาพปอดโดยใช้ Spirometry	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุผล _____ % หรือ _____ L/min ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
ตรวจสมรรถภาพปอดโดยใช้ Peak Flow Meter	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุผล _____ % หรือ _____ L/min ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
การตรวจอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุการตรวจ _____ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
ผู้ป่วยได้รับการตรวจระบบทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ

อนุมัติ

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๖๙

คณะกรรมการจัดธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

ถ้าตรวจ ระบุชนิดของการตรวจและผลการตรวจ	
การตรวจประเมินการกลืน (Dysphagia Severity Scale)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ๑ คะแนน <input type="checkbox"/> ๒ คะแนน <input type="checkbox"/> ๓ คะแนน <input type="checkbox"/> ๔ คะแนน <input type="checkbox"/> ๕ คะแนน <input type="checkbox"/> ๖ คะแนน <input type="checkbox"/> ๗ คะแนน <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
การตรวจอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุการตรวจ _____ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
ผู้ป่วยได้รับการตรวจระบบกระดูก/กล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ถ้าตรวจ ระบุชนิดของการตรวจและผลการตรวจ	
ตรวจวัดแรงบีบมือ (Hand grip strength)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุ [ ] / กิโลกรัม <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล วันที่ตรวจ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ตรวจการทรงตัว (Timed up and go)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุเวลาที่ใช้ [ ] วินาที <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล วันที่ตรวจ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ตรวจระบบกระดูก/กล้ามเนื้ออื่น ๆ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุการตรวจ _____ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
ผู้ป่วยได้รับการตรวจเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน/ภาวะเหนื่อยเพลีย/อาการปวด	
<input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ	ถ้าตรวจ ระบุชนิดของการตรวจและผลการตรวจ
ทดสอบความสามารถในการดำเนินชีวิต (Barthel Index Score)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ ระบุคะแนน (๐-๑๐๐) _____ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ได้รับการตรวจด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ-5D-๕L)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <b>อนุมัติ</b>

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๗๐

คณะกรรมการบริหารโครงการวิจัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการคุณครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

	<input type="checkbox"/> ระบุคะแนน (๑๐๐๐-๕๕๕๕๕) _____ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ประเมินภาวะความเหนื่อยล้า	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</span> <input type="checkbox"/> Fatigue Numerical Rating Scale ระบุคคะแนน (๐-๑๐) _____ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> Fatigue Severity Scale ระบุคคะแนน (๑-๗) _____ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ประเมินอาการปวด (Pain Numerical Rating Scale)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</span> <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
การตรวจประเมินเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน/ภาวะเหนื่อยเพลีย/อาการปวด อื่น ๆ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุการตรวจ _____ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
ผู้ป่วยได้รับการตรวจประเมินด้านสุขภาพจิต	<input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ถ้าตรวจ ระบุชนิดของการตรวจและผลการตรวจ	
ตรวจอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าโดยใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</span> อาการวิตกกังวล ระบุคคะแนน (๐-๒๐) _____ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ อาการซึมเศร้า ระบุคคะแนน (๐-๒๐) _____ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ตรวจภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบทดสอบ PHQ-๘ (Patient Health Questionnaire-๘ for depression)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</span> <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
การตรวจประเมินด้านสุขภาพจิต อื่น ๆ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุการตรวจ _____ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____

**อนุมัติ**

๑๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๗๑

คณะกรรมการจัดธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สถานันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

	<input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล		
<b>๓.๕ บันทึกการวินิจฉัยโรค และภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน ระหว่างระยะเวลาแต่ละช่วงเวลา (ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยทุก ๆ ๓ เดือน)</b>			
ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค หรืออาการเจ็บป่วยในระหว่างการติดตามในระยะนี้หรือไม่			
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่      ถ้าใช่ ระบุการวินิจฉัยต่อไปนี้		
ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หัวใจวายเฉียบพลัน	<input type="checkbox"/> ใช่
Hypertension	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Acute heart failure	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ	<input type="checkbox"/> ใช่
Atrial arrhythmia	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Ventricular arrhythmia	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หลอดเลือดแดงอุดตัน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ใช่
Arterial thrombosis	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Chronic heart failure	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หลอดเลือดหัวใจโป่งพอง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ลิ่มเลือดอุดตัน	<input type="checkbox"/> ใช่
Coronary aneurysms	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Deep vein thrombosis	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
กล้ามเนื้อหัวใจตาย	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	<input type="checkbox"/> ใช่
Myocardial infarction	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Ischemic cardiomyopathy	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หัวใจห้องล่างขยายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หัวใจห้องล่างขวาผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ใช่
Left ventricular dysfunction	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Right ventricular dysfunction	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ	<input type="checkbox"/> ใช่
Myocarditis	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Pericarditis	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หัวใจห้องบนสั่นคลื้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
Atrial fibrillation	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
การวินิจฉัย/เจ็บป่วยอื่น ๆ ของระบบหัวใจและหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> ใช่ ระบบ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
ผิวหนัง	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุการวินิจฉัยต่อไปนี้	
COVID toes	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ผื่นผิวหนัง Skin rash	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
การวินิจฉัย/เจ็บป่วยอื่น ๆ ของผิวหนัง	<input type="checkbox"/> ใช่ ระบบ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
ระบบต่อมไร้ท่อ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุการวินิจฉัยต่อไปนี้	
ไพรอยด์ฮอร์โมนต่ำ Hypothyroidism	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ไพรอยด์ฮอร์โมนสูง Hyperthyroidism	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
เบาหวาน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ความไวต่ออินซูลินต่ำ Low insulin sensitivity	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Diabetes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		

**อนุมัติ**

๑๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๗๗

คณะกรรมการยกระดับการวินิจฉัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการศึกษาองค์กรการวินิจฉัยในมนุษย์ (สคบ.)

ไตรอยด์อักเสบ	<input type="checkbox"/> ใช่		
Thyroiditis	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
การวินิจฉัย/เจ็บป่วยอื่น ๆ ของระบบต่อมไร้ท่อ		<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ _____	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ระบบทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุการวินิจฉัยต่อไปนี้	
ตับวายเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ใช่	กลsein ลำไส้	<input type="checkbox"/> ใช่
Chronic liver failure	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Dysphagia	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> ใช่	ลำไส้แปรปรวนหลังติดเชื้อ	<input type="checkbox"/> ใช่
Gastrointestinal hemorrhage	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Post-infectious Irritable Bowel Syndrome	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ท้องเสีย/กระเพาะ/ลำไส้อักเสบ	<input type="checkbox"/> ใช่	แมลงกระเพาะอาหาร	<input type="checkbox"/> ใช่
Diarrhea/Gastroenteritis	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Peptic ulcer	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
การวินิจฉัย/เจ็บป่วยอื่น ๆ ของระบบทางเดินอาหาร		<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ _____	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
มีการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุการวินิจฉัยต่อไปนี้	
ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	<input type="checkbox"/> ใช่	ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	<input type="checkbox"/> ใช่
Upper respiratory infection (URI)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Lower Respiratory Infection (LRI)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ติดเชื้อระบบปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ใช่	ติดเชื้อที่ผิวนัง/เนื้อเยื่ออ่อน	<input type="checkbox"/> ใช่
Urinary Tract Infection (UTI)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Skin and Soft Tissue Infection	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ติดเชื้อระบบหัวใจ/หลอดเลือด	<input type="checkbox"/> ใช่	ติดเชื้อที่กระดูก/ข้อต่อ	<input type="checkbox"/> ใช่
Cardiovascular Infections	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Bone and Joint Infections	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ติดเชื้อระบบประสาท	<input type="checkbox"/> ใช่	ติดเชื้อในเลือด	<input type="checkbox"/> ใช่
Central nervous system Infections	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Bloodstream Infections	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> ใช่		
Gastrointestinal Infections	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
การวินิจฉัยอื่น ๆ		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุการวินิจฉัยต่อไปนี้
รู้สึกไม่สบายหลังการออกแรง	<input type="checkbox"/> ใช่	อาการอ่อนเพลียจากเชื้อไวรัส	<input type="checkbox"/> ใช่
Post-exertional malaise	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Post viral fatigue syndrome	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
การวินิจฉัยอื่น ๆ		<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ _____	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ระบบกระดูก/กล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุการวินิจฉัยต่อไปนี้	
ปวดข้อ	<input type="checkbox"/> ใช่	ข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> ใช่
Arthralgia	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Arthritis	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ภาวะอ่อนแรงเนื่องจากนอน ICU	<input type="checkbox"/> ใช่	ปวดกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ใช่
ICU acquired weakness	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Myalgia	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่

**อนุมัติ**

๐๙ ม.ค. ๒๕๖๖

คณะกรรมการวิจัยรวมการวินิจฉัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการศึกษาและการวิจัยในมนุษย์ (สคบ.)

กล้ามเนื้ออักเสบ Myositis	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	กล้ามเนื้อลีบ Muscle atrophy	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
กล้ามเนื้ออ่อนแรง Muscle weakness	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	กระดูกพรุน Osteopenia/Osteoporosis	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
มวลกล้ามเนื้อน้อยลง Sarcopenia	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			
โรคของระบบกระดูก/กล้ามเนื้อ อื่น ๆ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
มีภาวะผิดปกติทางจิต	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุการวินิจฉัยต่อไปนี้		
เครียดวิตกกังวล Anxiety	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ซึมเศร้า Depression	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
โรคเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	โรคจิต Psychosis	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
การนอนหลับผิดปกติ Sleep disorder	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ภาวะทางจิตอื่น ๆ ระบุ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
ระบบประสาท	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุการวินิจฉัยต่อไปนี้		
ปลอกประสาಥ้อกเสบ (Demyelinating disease)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	สมองเสื่อม (Dementia)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ประสาหตอตโนมัติผิดปกติ Dysautonomia	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	สมองอักเสบ Encephalitis	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ปวดหัว Headache	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	การได้ยินผิดปกติ Hearing impairment	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
หลอดเลือดในสมองแตก Hemorrhagic Stroke	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	สมองขาดออกซิเจน Hypoxic ischemic brain injury	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
เลือดออกในสมอง Intracerebral haemorrhage	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	เลือดออกในโพรงสมอง Intraventricular haemorrhage	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
สมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบ Ischemic Stroke	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	เยื่อหุ้มสมองอักเสบ Meningitis	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
การเคลื่อนไหวผิดปกติ Movement Disorder	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเซลล์ประสาทเสื่อม Motor Neuron Disease	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
โรคของไขสันหลัง Myelopathy/Spinal Cord Disease	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	เซลล์กล้ามเนื้อผิดปกติ Myopathy	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	

## อนุมัติ

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๗๔

คณะกรรมการธิรยธรรมการวินิจฉัยในมนุษย์  
สถาบันพัฒนาการศึกษาและวิจัยในมนุษย์ (สกม.)

ระบบประสาท/กล้ามเนื้อผิดปกติ Neuromuscular Disorders	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	เส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ Polyneuropathy	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
เลือดออกในเยื่อหุ้มสมองที่ไม่ได้เกิดจาก อุบัติเหตุ Non-traumatic subarachnoid haemorrhage	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	มีความผิดปกติทางจิต Psychiatric disorder	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร Guillain Barré Syndrome	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	เส้นประสาทถูกกดทับ Radiculopathy	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โครงข่ายเส้นประสาทแขนขาผิดปกติ Plexopathy	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	มีอาการทางสมองจากสารพิษ Toxic/Metabolic Encephalopathy	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ชัก/ลมชัก Seizures/Epilepsy	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	การมองเห็นผิดปกติ Vision impairment	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ความผิดปกติทางระบบประสาทอื่น ๆ	<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
โรคปอด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุการวินิจฉัยต่อไปนี้	
หลอดลมโป่งพอง Bronchiectasis	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถุงลมในปอดผิดปกติ Cystic changes	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น Deterioration of prior chronic pulmonary disease:	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ปอดมีผังผืด Lung fibrosis	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
เลือดໄหนเดียนไปปอดลดลง Lung hypoperfusion	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ภาวะปอดถูกอุดกั้น Obstructive pulmonary disease	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ปอดขยายตัวไม่ได้เต็มที่ Restrictive pulmonary disease	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	มีรอยโรคในปอด Pleural lesions	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ความดันเลือดในปอดสูง Pulmonary arterial hypertension	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	มีลิ่มเลือดในปอด Pulmonary embolism	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคปอดอื่น ๆ	<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
โรคไต	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุการวินิจฉัยต่อไปนี้	
ไตวายเรื้อรัง Chronic renal failure	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ไตวายเรื้อรังที่เป็นอยู่มีอาการแย่ลง Deterioration of prior chronic renal failure	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ไตวายเฉียบพลัน Acute renal failure	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	โรคไตเนฟโรติก Nephrotic syndrome	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคที่เกี่ยวกับไต อื่น ๆ	<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
โรคมะเร็ง หรือ เนื้องอกชนิดต่าง ๆ	<input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		

**อนุมัติ**

๐๙ มี.ค. ๒๕๖๖

๓๔