

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าร่วมการติดตามสภาวะการเจ็บป่วยหลังการเป็นโรคโควิด-19

CFID _____

Section 1 ระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (14 วัน นับจากวันเข้าร่วมโครงการ)

1.1 วันที่เริ่มมีอาการป่วยของโรคโควิด-19 ในระยะเฉียบพลัน [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]; 1.2 ในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด-19 (เช่น COVID-19, R/O Covid-19 ฯลฯ) โดยบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ 1.3 เปรียบเทียบตามเกณฑ์ที่ระบุในตารางด้านล่าง ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคในระดับใด <input type="checkbox"/> อาการเล็กน้อย <input type="checkbox"/> อาการปานกลาง <input type="checkbox"/> อาการหนัก <input type="checkbox"/> อาการวิกฤต <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ได้ข้อมูลจาก <input type="checkbox"/> เวชระเบียน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย		
ระดับความรุนแรงของโรค	ทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย กรณีเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล	สอบถามจากผู้ป่วย กรณี home isolation หรือ community isolation
Mild อาการเล็กน้อย	ผู้ป่วยที่มีอาการ และอาการแสดงที่หลากหลาย เช่น ไข้ ไอ เจ็บคอ ไม่สบายตัว ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ไม่รู้สึกรักลิ้น แต่ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก รวมทั้งไม่มีผล x-ray ปอดที่ผิดปกติ	ไม่จำเป็นต้องใช้ออกซิเจน
Moderate อาการปานกลาง	มีอาการทางคลินิกบ่งชี้ถึงการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง จากการตรวจร่างกายหรือจากภาพการทำ x-ray ปอด และมีระดับ SpO2 ที่ room air \geq ร้อยละ 94	
Severe อาการรุนแรง	ผู้ป่วยมีระดับ SpO2 ที่ room air น้อยกว่าร้อยละ 94 (<94) หรือ มีสัดส่วนของ PaO2/FiO2 <300 mmHg หรือมีอัตราการหายใจ >30 ครั้งต่อนาที หรือมี lung infiltration $>$ ร้อยละ 50	ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับออกซิเจน
Critical อาการวิกฤต	ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory failure) มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) และ/หรือมีการทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ หรือ มีกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบพร้อม ๆ กันในเด็ก หรือวัยรุ่นที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อโควิด-19 (Multi-Inflammatory Syndrome in Children (MISC))	ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ
1.4 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	เยื่อหัวใจ/ลิ้นหัวใจอักเสบ Endocarditis	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
สมอง/เยื่อหุ้มสมองอักเสบ Meningitis/encephalitis	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	กล้ามเนื้อ/เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ Myocarditis/pericarditis	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ได้รับเลือด Transfusion	<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
1.5 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ 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	ติดเชื้อผิวหนัง/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
ติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร Gastrointestinal Infections	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ Sexual transmitted disease	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
1.6 โรคติดเชื้อราดำ (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

ผิวหนัง 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
ต้องได้รับการผ่าตัดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			
1.7 การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน			
ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ไหน <input type="checkbox"/> เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> รักษาเองที่บ้าน <input type="checkbox"/> สถานที่กักตัวอื่น			
ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนในระหว่างระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			
ถ้าใช่ <input type="checkbox"/> ผ่านทางท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ผ่านท่อช่วยหายใจ			
การรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยใช้ยารักษาโรคโควิด-19 ดังต่อไปนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			
ถ้าใช่ ระบุรายละเอียดด้านล่าง			
ผู้ป่วยได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			
ถ้าใช่ ระบุ <input type="checkbox"/> intravenous immunoglobulin (IVIG) <input type="checkbox"/> Convalescent plasma <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ _____			
ได้รับคลอโรควิน/ไฮโดรคลอโรควิน Chloroquine/hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			
ถ้าใช่ ระบุเหตุผลที่ได้รับ <input type="checkbox"/> สำหรับมาลาเรีย <input type="checkbox"/> สำหรับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			
ได้รับยาต่อไปนี้หรือไม่			
Ivermectin	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
Interferon (IFNs)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
Eculizumab (Soliris)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
ยาสมุนไพรร เช่น พื้ทะเลลายโจร	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
IL-1 Antagonists	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
ถ้าใช่ ระบุ	<input type="checkbox"/> Anakinra (Kineret) <input type="checkbox"/> Canakinumab (Ilaris) <input type="checkbox"/> Rilonacept (Arcalyst)		
IL-6 Antagonists	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
ถ้าใช่ ระบุ	<input type="checkbox"/> Siltuximab (Sylvant) <input type="checkbox"/> Sarilumab (Kevzara) <input type="checkbox"/> Tocilizumab (Actemra)		
Kinase Inhibitors	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
ถ้าใช่ ระบุ	<input type="checkbox"/> Acalabrutinib (Calquence) <input type="checkbox"/> Ibrutinib (Imbruvica) <input type="checkbox"/> Zanubrutinib (Brukinsa)		
	<input type="checkbox"/> Baricitinib (Olumiant) <input type="checkbox"/> Ruxolitinib (Jakafi) <input type="checkbox"/> Tofacitinib (Xeljanz)		
Neutralizing monoclonal antibodies เช่น VelocImmune, ฯลฯ <input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			
ได้รับยาสเตียรอยด์ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			
ถ้าใช่	Dexamethasone	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
	Hydrocortisone	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่

Prednisolone	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Methylprednisolone	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ยาสเตียรอยด์อื่น ๆ ระบุ _____	จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ได้รับยาปฏิชีวนะ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่
Macrolides	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
(e.g. Azithromycin, Clarithromycin, Roxithromycin, Azithromycin)	
3 rd and 4 th generation Cephalosporin	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
(เช่น Ceftriaxone, Cefotaxime, Cefixime, Cefdinir, Cefditoren, Cefepime, Cefpirome)	
5 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
ยาด้านเชื้อรา	<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	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Voriconazole	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
(Hofnazole, Sporanox) (Voriconaz)	
Flucytosine	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Posaconazole (Noxafil)	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน _____ วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
(Ancobon, Ancotil,	

Cytoflu)	ยาด้านเชื้อราอื่น ๆ ระบุ_____จำนวน_____วัน <input type="checkbox"/>		
ไม่ใช่			
ยาด้านการแข็งตัวของเลือด <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
ยาด้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน เช่น dabigatran, apixaban, edoxaban, rivaroxaban			
<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน_____วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			
ยาด้านไวรัส <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	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน_____วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Molnupiravir	<input type="checkbox"/> ใช่ จำนวน_____วัน <input type="checkbox"/>
(Nirmatrelvir/ritonavir)	ไม่ใช่		
ยาด้านไวรัสอื่น ๆ ระบุ_____จำนวน_____วัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			
1.8 การตรวจวินิจฉัย/การตรวจทางห้องทางห้องปฏิบัติการในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน			
Chest X-ray / CT scan	<input type="checkbox"/> ทำ ระบุ มี infiltration	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้	
ทำ			
ตรวจพบเชื้อแบคทีเรีย	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุ _____	
ตรวจพบเชื้อรา	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุ _____	
ตรวจพบเชื้อไวรัสอื่น ๆ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุ _____	
นอกจาก SARS-CoV-2			
ตรวจหาไวรัสไข้หวัดใหญ่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ถ้าใช่ ระบุ <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	

Project

Section 2 สัมภาษณ์ผู้ป่วยทางโทรศัพท์/ทบทวนเวชระเบียน ในวันที่ครบกำหนดระยะติดตาม ทุก ๆ 3 เดือน (+/- 1 สัปดาห์)

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

ผู้ให้ข้อมูล ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้แทน/ผู้ปกครอง

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

☐ ระยะเวลาช่วงที่ 1 วันที่ผู้ป่วยมีผลตรวจ SARS-CoV-2 เป็นบวก-3 เดือนหลังผลตรวจ SAR-CoV-2 เป็นบวก

☐ ติดต่อได้ ☐ ติดต่อไม่ได้ ☐ ปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ ☐ เสียชีวิต

☐ ระยะเวลาช่วงที่ 2 ระยะเวลา 3-6 เดือน หลังจากที่มีผลการตรวจ SAR-CoV-2 เป็นบวก

☐ ติดต่อได้ ☐ ติดต่อไม่ได้ ☐ ปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ ☐ เสียชีวิต

☐ ระยะเวลาช่วงที่ 3 ระยะเวลา 6-9 เดือน หลังจากที่มีผลการตรวจ SAR-CoV-2 เป็นบวก

☐ ติดต่อได้ ☐ ติดต่อไม่ได้ ☐ ปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ ☐ เสียชีวิต

☐ ระยะเวลาช่วงที่ 4 ระยะเวลา 9-12 เดือน หลังจากที่มีผลการตรวจ SAR-CoV-2 เป็นบวก

☐ ติดต่อได้ ☐ ติดต่อไม่ได้ ☐ ปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ ☐ เสียชีวิต

2.1 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหลังจากพ้นระยะป่วยเฉียบพลันโรคโควิด-19

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน หลังพ้นระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันโรคโควิด-19/หลังจากระยะติดตาม ครั้งก่อน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ถ้าใช่ ระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษ ตามแต่ละช่วงเวลาของระยะติดตาม และ ลงข้อมูลใน Section 3

ครั้งที่ 1 วันที่ []/[]/[]/[]/[] ☐ OPD ☐ IPD, ระบุวันที่ discharge _____
ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา _____

ครั้งที่ 2 วันที่ []/[]/[]/[]/[] ☐ OPD ☐ IPD, ระบุวันที่ discharge _____
ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา _____

ครั้งที่ 3 วันที่ []/[]/[]/[]/[] ☐ OPD ☐ IPD, ระบุวันที่ discharge _____
ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา _____

ครั้งที่ 4 วันที่ []/[]/[]/[]/[] ☐ OPD ☐ IPD, ระบุวันที่ discharge _____

Project

รักษา _____ ครั้งที่ 5 วันที่ []/[]/[]	ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> IPD, ระบุวันที่ discharge _____ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา
รักษา _____ ครั้งที่ 6 วันที่ []/[]/[]	ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> IPD, ระบุวันที่ discharge _____ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา
รักษา _____ ครั้งที่ 7 วันที่ []/[]/[]	ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> IPD, ระบุวันที่ discharge _____ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา
รักษา _____ ครั้งที่ 8 วันที่ []/[]/[]	ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> IPD, ระบุวันที่ discharge _____ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา
รักษา _____ ครั้งที่ 9 วันที่ []/[]/[]	ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> IPD, ระบุวันที่ discharge _____ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา
รักษา _____ ครั้งที่ 10 วันที่ []/[]/[]	ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา <input type="checkbox"/> OPD <input type="checkbox"/> IPD, ระบุวันที่ discharge _____ ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

2.2 ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ซ้ำ (Reinfection) ตามแต่ละช่วงเวลาของระยะติดตาม

ผู้ป่วยติดเชื้อ SARS-CoV-2 ซ้ำ จากการตรวจด้วย RT-PCR ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าใช่

วันที่มีผล RT-PCR เป็นบวกทั้งหมดหลังพ้นระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันโรคโควิด-19/หลังจากระยะติดตามครั้ง
ก่อน

1. []/[]/[] ☐ รักษาเป็นผู้ป่วยนอก ☐ รักษาเองที่บ้าน ☐ รักษาในสถานที่กักตัวอื่น ๆ
☐ รักษาเป็นผู้ป่วยใน ถ้าใช่ ☐ ได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ
☐ ได้รับออกซิเจนโดยไม่ต้องใช้ท่อช่วยหายใจ ☐ ไม่ได้รับออกซิเจน
2. []/[]/[] ☐ รักษาเป็นผู้ป่วยนอก ☐ รักษาเองที่บ้าน ☐ รักษาในสถานที่กักตัวอื่น ๆ
☐ รักษาเป็นผู้ป่วยใน ถ้าใช่ ☐ ได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ
☐ ได้รับออกซิเจนโดยไม่ต้องใช้ท่อช่วยหายใจ ☐ ไม่ได้รับออกซิเจน
3. []/[]/[] ☐ รักษาเป็นผู้ป่วยนอก ☐ รักษาเองที่บ้าน ☐ รักษาในสถานที่กักตัวอื่น ๆ

Project

<input type="checkbox"/> รักษาเป็นผู้ป่วยใน ถ้าใช่ <input type="checkbox"/> ได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> ได้รับออกซิเจนโดยไม่ต้องใช้ท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับออกซิเจน
4. <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"/> ได้รับออกซิเจนโดยไม่ต้องใช้ท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับออกซิเจน
5. <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"/> ได้รับออกซิเจนโดยไม่ต้องใช้ท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับออกซิเจน
<p>ผู้ป่วยมีการตรวจ ATK เป็นบวกหลังพ้นระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันโรคโควิด-19/หลังจากระยะติดตามครั้งก่อน</p> <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่
<p>วันที่มีผล ATK เป็นบวกทั้งหมดหลังพ้นระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันโรคโควิด-19/หลังจากระยะติดตามครั้งก่อน</p>
1. <input type="checkbox"/> หรือ <input type="checkbox"/> <1 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 1-2 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2-3 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
2. <input type="checkbox"/> หรือ <input type="checkbox"/> <1 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 1-2 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2-3 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
3. <input type="checkbox"/> หรือ <input type="checkbox"/> <1 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 1-2 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2-3 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
4. <input type="checkbox"/> หรือ <input type="checkbox"/> <1 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 1-2 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2-3 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
5. <input type="checkbox"/> หรือ <input type="checkbox"/> <1 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 1-2 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 2-3 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
2.3 สถานะการทำงาน/การเรียนรู้
<p>ผู้ป่วยมีงานทำ/เรียนหนังสือก่อนการติดเชื้อโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่</p> <p>มีการเปลี่ยนแปลงชั่วโมงในการทำงาน/การเรียนรู้ในโรงเรียนเมื่อเทียบกับก่อนป่วยหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p>

Project

ถ้าใช่ ระบุ <input type="checkbox"/> ชั่วโมงในการทำงาน/การเรียนรู้เพิ่มขึ้น ระบุ กลับสู่ปกติแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ชั่วโมงในการทำงาน/การเรียนรู้ลดลง ระบุ กลับสู่ปกติแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงาน/เรียนหนังสือ ตั้งแต่ติดเชื้อโรคโควิด-19					
หากระบุว่าชั่วโมงในการทำงาน/การเรียนรู้ลดลง หรือไม่ได้ทำงาน/ไม่ได้เรียนหนังสือ ระบุเหตุผล <input type="checkbox"/> สุขภาพแย่ง/ไม่แข็งแรงเหมือนก่อนติดโควิด <input type="checkbox"/> ต้องรับผิดชอบ/ดูแลคนอื่นเพิ่มขึ้น <input type="checkbox"/> ข้อจำกัดเกี่ยวกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการระบุ/ไม่แน่ใจ					
2.4 การทำกิจวัตรประจำวัน (เฉพาะผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป)					
ความสามารถในการดูแลตัวเอง <input type="checkbox"/> เหมือนเดิมก่อนการติดเชื้อโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> แย่ลง <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ					
ผู้ป่วยมีความยาก/ง่ายเพียงใด ในการทำกิจวัตรต่อไปนี้ โดยระบุเป็นระดับคะแนน 1 ไม่มีความยากลำบาก 2 ยากเล็กน้อย 3 ยากปานกลาง 4 ค่อนข้างยาก 5 ยากมากหรือไม่สามารถทำได้	ระยะเวลาตั้งแต่หลังการติดเชื้อ/หลังจากการตรวจระยะติดตามครั้งก่อนถึงปัจจุบัน	ระยะเวลาช่วง 7 วันที่ผ่านมา	ณ ปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการติดเชื้อโรคโควิด-19 ผู้ป่วยคิดอย่างไร		
			ดีขึ้น	แย่ลง	เหมือนเดิม
ยืนเป็นเวลานาน ๆ เช่น 30 นาทีขึ้นไป					
การดูแลบ้าน/ทำงานบ้าน					
เรียนรู้เรื่องราวใหม่ ๆ เช่น เรื่องการเดินทางไปสถานที่ที่ไม่เคยไป ฯลฯ					
การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับคนหมู่มาก (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม					
มีผลกระทบด้านอารมณ์/จิตใจเนื่องจากอาการป่วย					
มีสมาธิในการทำกิจกรรมใด ๆ ได้ต่อเนื่องในเวลา 10 นาที					
สามารถเดินได้ระยะทางยาวเช่น 1 กิโลเมตร					
อาบน้ำเอง					

Project

แต่งตัวเอง					
สามารถพูดคุยกับคนอื่นที่ไม่รู้จัก/คนแปลกหน้า					
มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น/เพื่อน/ญาติพี่น้อง					
การทำกิจวัตรประจำวัน					
คะแนนรวม					

2.5 อาการและอาการแสดง

หลังจากที่ป่วยด้วยโรคโควิด-19 ผู้ป่วยมีอาการ/อาการแสดง ที่ไม่เคยเป็นมาก่อนที่จะติดเชื้อ ดังต่อไปนี้หรือไม่ นับระยะตั้งแต่หลังจากหายป่วยในระยะเฉียบพลัน (ออกจากโรงพยาบาลหรือพ้นระยะกักตัว/ระยะติดตามครั้งก่อน)

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/ไม่มีความรู้สึกด้านใดด้านหนึ่งของลำตัวหรือใบหน้า	<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
ท้องผูก	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หุดหู่ ซึมเศร้า	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ท้องเสีย	<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
เป็นลมหมดสติ	<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
แขน ขา 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/ไม่มีความสุขเวลาทำอะไรถึงแม้	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่

Project

จะเป็นสิ่งที่เคยชอบ		
ตุ่มนูนแดงขำบริเวณนิ้วเท้า (COVID toes)	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
การรับสัมผัสที่ผิวหนังผิดปกติ เช่น รู้สึกมีอาการชา/คัน/เจ็บแปลบเหมือนเข็มทิ่ม	<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
ไอมิเสมหะเรื้อรัง	<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
การไต่ยีนผิดปกติ	<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
ปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง/ปวดหลัง/ปวดเอว	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
อาการอ่อนล้าเพลีย/รู้สึกคิดอะไรไม่ออก/อาการไม่สบายหลังจากออกแรง/ทำกิจกรรมต่าง ๆ เพียงเล็กน้อย	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ปัสสาวะขัด ปัสสาวะไม่สะดวก	<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
มีปัญหาเรื่องการเดิน ล้มบ่อย	<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
ชัก	<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"/> ใบหน้า/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

Project

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
แขน/ขาอ่อนแรง	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
น้ำหนักลดลง	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
สำหรับผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป	
(เฉพาะเพศชาย) หย่อนสมรรถภาพทางเพศ	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ประสาทหลอน (เห็น/ได้ยิน สิ่งที่คนอื่นไม่เห็น/ได้ยิน)	<input type="checkbox"/> ใช่ แต่อาการหายแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ ยังมีอาการอยู่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ถ้าผู้ป่วยตอบว่ามีอาการ/อาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้น (ใช่ แต่อาการหายแล้ว/ใช่ ยังมีอาการอยู่) ให้ตอบคำถามต่อไปนี้	
รักษาอาการดังกล่าวอย่างไร (ระบุทั้งหมดที่ทำ)	<input type="checkbox"/> ซื้อยารับประทานเอง <input type="checkbox"/> ไปโรงพยาบาล/ สถานพยาบาล <input type="checkbox"/> ไปปรึกษาแพทย์ในครอบครัว/เพื่อน <input type="checkbox"/> ไปปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ <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 การรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
คิดว่าอาการที่เป็นเกี่ยวกับลองโควิด (long COVID) หรือไม่	<input type="checkbox"/> เกี่ยว <input type="checkbox"/> ไม่เกี่ยว <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ <input type="checkbox"/> ไม่รู้จักว่า long COVID คืออะไร
2.6 วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	
หลังจากหายป่วยในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน/ระยะติดตามครั้งก่อนจนถึงปัจจุบัน ได้รับการฉีดวัคซีนโควิดหรือไม่	<input type="checkbox"/> ฉีด Dose# _____ วันที่ฉีด _____, หรือระบุช่วงเวลา <input type="checkbox"/> 1-2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2-4 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 1-2 เดือน <input type="checkbox"/> 2-3 เดือน

Project

(ระบุวันที่เริ่มจากวันที่ฉีดล่าสุด)	ระบุชื่อวัคซีน_____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ฉีด
	<input type="checkbox"/> ฉีด Dose#_____ วันที่ฉีด_____,
	หรือระบุช่วงเวลา <input type="checkbox"/> 1-2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2-4 สัปดาห์
	<input type="checkbox"/> 1-2 เดือน <input type="checkbox"/> 2-3 เดือน
	ระบุชื่อวัคซีน_____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ฉีด
	<input type="checkbox"/> ฉีด Dose#_____ วันที่ฉีด_____,
	หรือระบุช่วงเวลา <input type="checkbox"/> 1-2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2-4 สัปดาห์
	<input type="checkbox"/> 1-2 เดือน <input type="checkbox"/> 2-3 เดือน
	ระบุชื่อวัคซีน_____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ฉีด

Section 3 ผลการตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการวินิจฉัยในวันที่ครบกำหนดนัดติดตาม (ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลังทุก ๆ 3 เดือน โดยบันทึกข้อมูลที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน โดยบันทึกข้อมูลจากวันที่ล่าสุดย้อนหลังไปจนครบ)

ระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษ ตามแต่ละช่วงเวลาของระยะติดตาม จากข้อ 2.1

ครั้งที่ 1 วันที่ []/[]/[] ☐ OPD ☐ IPD, ระบุวันที่
discharge_____

ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการ

รักษา_____

ครั้งที่ 2 วันที่ []/[]/[] ☐ OPD ☐ IPD, ระบุวันที่
discharge_____

ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการ

รักษา_____

ครั้งที่ 3 วันที่ []/[]/[] ☐ OPD ☐ IPD, ระบุวันที่
discharge_____

ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการ

รักษา_____

ครั้งที่ 4 วันที่ []/[]/[] ☐ OPD ☐ IPD, ระบุวันที่

Project

discharge_____

ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการ

รักษา_____

ครั้งที่ 5 วันที่ []/[]/[]

☐ OPD ☐ IPD, ระบุวันที่

discharge_____

ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการ

รักษา_____

ครั้งที่ 6 วันที่ []/[]/[]

☐ OPD ☐ IPD, ระบุวันที่

discharge_____

ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการ

รักษา_____

ครั้งที่ 7 วันที่ []/[]/[]

☐ OPD ☐ IPD, ระบุวันที่

discharge_____

ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการ

รักษา_____

ครั้งที่ 8 วันที่ []/[]/[]

☐ OPD ☐ IPD, ระบุวันที่

discharge_____

ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการ

รักษา_____

ครั้งที่ 9 วันที่ []/[]/[]

☐ OPD ☐ IPD, ระบุวันที่

discharge_____

ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการ

รักษา_____

ครั้งที่ 10 วันที่ []/[]/[]

☐ OPD ☐ IPD, ระบุวันที่

discharge_____

ระบุโรงพยาบาลที่เข้ารับการ

รักษา_____

3.1 การตรวจทางระบบประสาทและสมอง

Project

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 ให้ระบุผลการตรวจที่ผิดปกติทั้งหมดดังนี้	
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
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	
3.2 การตรวจทางรังสีวิทยา	
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_____ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
CT Scan chest	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่_____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ

Project

ถ้าวัดตรวจ ระบุผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
Echocardiogram ถ้าวัดตรวจ ระบุผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
Lung ultrasound ถ้าวัดตรวจ ระบุผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
MRI Brain ถ้าวัดตรวจ ระบุผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 หรือไม่

Project

		<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-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 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-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
3.3 ผลการตรวจเลือด		
มีการเจาะเลือดตรวจหรือไม่ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ ถ้าตรวจ ระบุชนิดของการตรวจ และผลการตรวจ		
CBC <input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ		
Hematocrit	_____ %	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Platelet Count	_____ / μ L หรือ _____ $\times 10^3$ หรือ _____ (ปริมาณ)	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
WBC Count	_____ / μ L หรือ _____ $\times 10^3$ หรือ _____ (ปริมาณ)	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
Neutrophil	_____ %	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ

Project

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	_____ <input type="checkbox"/> g/L <input type="checkbox"/> g/dL หรือ <input type="checkbox"/> ผลบวก <input type="checkbox"/> ผลลบ ระบุวันที่ตรวจ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ	
Coronavirus antibodies IgM	_____ IU/L หรือ <input type="checkbox"/> ผลบวก <input type="checkbox"/> ผลลบ ระบุวันที่ตรวจ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ	
3.4 การตรวจทางคลินิกและผลการตรวจ		
ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางระบบประสาทหรือไม่ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ ถ้าตรวจ ระบุชนิดของการตรวจและผลการตรวจ		
เจาะน้ำไขสันหลังไปตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ WBC _____ cells/ μ l Glucose _____ mg/dl	

Project

	Protein_____mg/dl <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ_____ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 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_____ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
แบบทดสอบสมอง Mini-Mental State Examination (MMSE) ถ้าตรวจระบุคะแนนที่ได้ (0-30)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่_____ [] [] คะแนน <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
การตรวจคัดกรองสมองเสื่อม Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ถ้าตรวจระบุคะแนนที่ได้ (0-30)	<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_____ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
ตรวจการมองเห็น	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่_____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ_____ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19

Project

	<input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
ตรวจการประสานงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อโดย การทดสอบ (Finger to Nose, Finger to Finger หรือ Finger to Nose to Finger)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่_____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ_____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
การตรวจอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสมอง	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวิธีการตรวจ_____ วันที่_____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ_____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
ผู้ป่วยได้รับการตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ ถ้าตรวจ ระบุชนิดของการตรวจและผลการตรวจ	
ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Electrocardiogram	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่_____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ_____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
ตรวจสมรรถภาพของหัวใจและหลอดเลือดด้วยการเดิน 6 นาที 6-Minute Walking Distance (6MWT)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่_____ เดินได้ [] [] เมตร <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล

Project

	ซ้ำพฤษภาคม [] [] ครั้ง/นาที่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
การตรวจอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุการตรวจ _____ วันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
ผู้ป่วยได้รับการตรวจระบบทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ ถ้าตรวจ ระบุชนิดของการตรวจและผลการตรวจ	
ตรวจสมรรถภาพปอดโดยใช้ Spirometry	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ ระบุผล FVC _____ mL หรือ _____ (%) FEV1 _____ mL หรือ _____ (%) <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 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-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 หรือไม่

Project

	<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-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
ผู้ป่วยได้รับการตรวจระบบทางเดินอาหาร <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ ถ้าตรวจ ระบุชนิดของการตรวจและผลการตรวจ	
การตรวจประเมินการกลืน (Dysphagia Severity Scale)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> 1 คะแนน <input type="checkbox"/> 2 คะแนน <input type="checkbox"/> 3 คะแนน <input type="checkbox"/> 4 คะแนน <input type="checkbox"/> 5 คะแนน <input type="checkbox"/> 6 คะแนน <input type="checkbox"/> 7 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-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 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

Project

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-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 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 (0-100) _____ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ได้รับการตรวจด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ5D-5L)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ ระบุคะแนน (11111-55555) _____ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ประเมินภาวะความเหนื่อยล้า	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> Fatigue Numerical Rating Scale ระบุคะแนน (0-10) _____ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> Fatigue Severity Scale ระบุคะแนน (1-7) _____ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ประเมินอาการปวด (Pain Numerical Rating Scale)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ ระบุคะแนน (0-10) _____ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
การตรวจประเมินเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน/ภาวะเหนื่อยเพลีย/อาการปวด อื่น ๆ	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุการตรวจ _____ ระบุวันที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ <input type="checkbox"/> ผลปกติ

Project

	<input type="checkbox"/> ผลผิดปกติ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 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 _____ อาการวิตกกังวล ระบุคะแนน (0-21) _____ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ อาการซึมเศร้า ระบุคะแนน (0-21) _____ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ตรวจภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบทดสอบ PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9 for depression)	<input type="checkbox"/> ตรวจ ระบุวันที่ _____ ระบุคะแนน (0-27) _____ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <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 _____ <input type="checkbox"/> ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 <input type="checkbox"/> ไม่ทราบว่าจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบผล
3.5 บันทึกการวินิจฉัยโรค และภาวะแทรกซ้อน สำหรับผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน ระหว่างระยะติดตามแต่ละช่วงเวลา (ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยทุก ๆ 3 เดือน)	
ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค หรืออาการเจ็บป่วยในระหว่างการติดตามในระยะนี้หรือไม่	

Project

ระบบหัวใจและหลอดเลือด <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		ถ้าใช่ ระบบการวินิจฉัยต่อไปนี้	
ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ใช่	หัวใจวายเฉียบพลัน	<input type="checkbox"/> ใช่
Hypertension	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Acute heart failure	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ	<input type="checkbox"/> ใช่	หัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ	<input type="checkbox"/> ใช่
Atrial arrhythmia	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Ventricular arrhythmia	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หลอดเลือดแดงอุดตัน	<input type="checkbox"/> ใช่	หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ใช่
Arterial thrombosis	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Chronic heart failure	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หลอดเลือดหัวใจโป่งพอง	<input type="checkbox"/> ใช่	ลิ่มเลือดอุดตัน	<input type="checkbox"/> ใช่
Coronary aneurysms	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Deep vein thrombosis	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
กล้ามเนื้อหัวใจตาย	<input type="checkbox"/> ใช่	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	<input type="checkbox"/> ใช่
Myocardial infarction	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Ischemic cardiomyopathy	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ใช่	หัวใจห้องล่างขวาผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ใช่
Left ventricular dysfunction	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Right ventricular dysfunction	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ	<input type="checkbox"/> ใช่	เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ	<input type="checkbox"/> ใช่
Myocarditis	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Pericarditis	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว	<input type="checkbox"/> ใช่		
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 ระบบการวินิจฉัยต่อไปนี้	
COVID toes	<input type="checkbox"/> ใช่	ผื่นผิวหนัง Skin rash	<input type="checkbox"/> ใช่
	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		<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 ระบบการวินิจฉัยต่อไปนี้	
ไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำHypothyroidism	<input type="checkbox"/> ใช่	ไทรอยด์ฮอร์โมนสูง	<input type="checkbox"/> ใช่
	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Hyperthyroidism	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
เบาหวาน	<input type="checkbox"/> ใช่	ความไวต่ออินซูลินต่ำ	<input type="checkbox"/> ใช่
Diabetes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Low insulin sensitivity	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ไทรอยด์อักเสบ	<input type="checkbox"/> ใช่		
Thyroiditis	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่		

Project

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	กลืนลำบาก <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	แผลในกระเพาะอาหาร <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		
ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ใช่	ติดเชื้อที่ผิวหนัง/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	
รู้สึกไม่สบายหลังการออกกำลังกาย <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		

Project

ภาวะอ่อนแรงเนื่องจากนอน ICU <input type="checkbox"/> ใช่	ปวดกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ใช่
ICU acquired weakness <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Myalgia <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
กล้ามเนื้ออักเสบ <input type="checkbox"/> ใช่	กล้ามเนื้อลีบ <input type="checkbox"/> ใช่
Myositis <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Muscle atrophy <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
กล้ามเนื้ออ่อนแรง <input type="checkbox"/> ใช่	กระดูกพรุน <input type="checkbox"/> ใช่
Muscle weakness <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Osteopenia/Osteoporosis <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
มวลกล้ามเนื้อน้อยลง <input type="checkbox"/> ใช่	
Sarcopenia <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
โรคของระบบกระดูก/กล้ามเนื้อ อื่น ๆ <input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
มีภาวะผิดปกติทางจิต <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่ ระบุการวินิจฉัยต่อไปนี้	
เครียดวิตกกังวล <input type="checkbox"/> ใช่	ซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ใช่
Anxiety <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Depression <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง <input type="checkbox"/> ใช่	โรคจิต <input type="checkbox"/> ใช่
Post-traumatic Stress Disorder <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Psychosis <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
(PTSD)	
การนอนหลับผิดปกติ <input type="checkbox"/> ใช่	ภาวะทางจิตอื่น ๆ ระบุ _____
Sleep disorder <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ระบบประสาท <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่ ระบุการวินิจฉัยต่อไปนี้	
ปลอกประสาทอักเสบ <input type="checkbox"/> ใช่	สมองเสื่อม <input type="checkbox"/> ใช่
(Demyelinating disease) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	(Dementia) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ประสาทอัตโนมัติผิดปกติ <input type="checkbox"/> ใช่	สมองอักเสบ <input type="checkbox"/> ใช่
Dysautonomia <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Encephalitis <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ปวดหัว <input type="checkbox"/> ใช่	การได้ยินผิดปกติ <input type="checkbox"/> ใช่
Headache <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Hearing impairment <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
หลอดเลือดในสมองแตก <input type="checkbox"/> ใช่	สมองขาดออกซิเจน <input type="checkbox"/> ใช่
Hemorrhagic Stroke <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Hypoxic ischemic brain injury <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
เลือดออกในสมอง <input type="checkbox"/> ใช่	เลือดออกในโพรงสมอง <input type="checkbox"/> ใช่
Intracerebral haemorrhage <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Intraventricular haemorrhage <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
สมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> ใช่	เยื่อหุ้มสมองอักเสบ <input type="checkbox"/> ใช่

Project

ตีบ Ischemic Stroke	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Meningitis	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
การเคลื่อนไหวผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ใช่	กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเซลล์	<input type="checkbox"/> ใช่
Movement Disorder	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ประสาทเสื่อม	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
		Motor Neuron Disease	
โรคของไขสันหลัง	<input type="checkbox"/> ใช่	เซลล์กล้ามเนื้อผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ใช่
Myelopathy/Spinal Cord Disease	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Myopathy	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ระบบประสาท/กล้ามเนื้อผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ใช่	เส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ใช่
Neuromuscular Disorders	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Polyneuropathy	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
เลือดออกในเยื่อหุ้มสมองที่ไม่ได้เกิด	<input type="checkbox"/> ใช่	มีความผิดปกติทางจิต	<input type="checkbox"/> ใช่
จากอุบัติเหตุ Non-traumatic	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Psychiatric disorder	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
subarachnoid haemorrhage			
กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร	<input type="checkbox"/> ใช่	เส้นประสาทถูกกดทับ	<input type="checkbox"/> ใช่
Guillain Barré Syndrome	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Radiculopathy	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โครงข่ายเส้นประสาทแขนขาผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ใช่	มีอาการทางสมองจากสารพิษ	<input type="checkbox"/> ใช่
Plexopathy	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Toxic/Metabolic	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
		Encephalopathy	
ชัก/ลมชัก	<input type="checkbox"/> ใช่	การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ใช่
Seizures/Epilepsy	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Vision impairment	<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	<input type="checkbox"/> ใช่	ถุงลมในปอดผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ใช่
Bronchiectasis	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Cystic changes	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ปอดอุดกั้นเรื้อรังมากขึ้น	<input type="checkbox"/> ใช่	ปอดมีพังผืด	<input type="checkbox"/> ใช่
Deterioration of prior chronic	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Lung fibrosis	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
pulmonary disease:			
เลือดไหลเวียนไปปอดลดลง	<input type="checkbox"/> ใช่	ภาวะปอดถูกอุดกั้น	<input type="checkbox"/> ใช่
Lung hypoperfusion	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Obstructive pulmonary disease	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ปอดขยายตัวไม่ได้เต็มที่	<input type="checkbox"/> ใช่	มีรอยโรคในปอด	<input type="checkbox"/> ใช่
Restrictive pulmonary disease	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Pleural lesions	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ความดันเลือดในปอดสูง	<input type="checkbox"/> ใช่	มีลิ่มเลือดในปอด	<input type="checkbox"/> ใช่

Project

Pulmonary arterial hypertension <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	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 <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ไตวายเรื้อรังที่เป็นอยู่มีอาการแย่ลง <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Chronic renal failure <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Deterioration of prior chronic renal failure
ไตวายเฉียบพลัน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	โรคไตเนฟโรติก <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
Acute renal failure <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	Nephrotic syndrome <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
โรคที่เกี่ยวกับไต อื่น ๆ <input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
โรคกระดูกหรือ เนื้อเยื่ออื่นต่าง ๆ <input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ _____ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	

1 เอกสารอ้างอิง

1. Pneumonia of unknown cause – China. Accessed at <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/> on 20 April: World Health Organization, 2020.
2. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 30 January 2020. Accessed at <https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the->

[international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](#) on 21 April: World Health Organization, 2020.

3. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update. Assessed at <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---3-november-2020> on November 5: World Health Organization, 2020.
4. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395(10229): 1054-62.
5. Du Y, Tu L, Zhu P, et al. Clinical Features of 85 Fatal Cases of COVID-19 from Wuhan: A Retrospective Observational Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2020.
6. He G, Sun W, Fang P, et al. The clinical feature of silent infections of novel coronavirus infection (COVID-19) in Wenzhou. *J Med Virol* 2020.
7. Lei S, Jiang F, Su W, et al. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. *EClinicalMedicine* 2020: 100331.
8. Zhou M, Zhang X, Qu J. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a clinical update. *Front Med* 2020.
9. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Accessed at <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf> on April 20: World Health Organization, 2020.
10. Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* 2020; 395(10223): 507-13.
11. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020; 395(10223): 497-506.
12. Li LQ, Huang T, Wang YQ, et al. COVID-19 patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis. *J Med Virol* 2020.
13. Wang R, Pan M, Zhang X, et al. Epidemiological and clinical features of 125 Hospitalized Patients with COVID-19 in Fuyang, Anhui, China. *Int J Infect Dis* 2020.
14. Zheng Y, Xu H, Yang M, et al. Epidemiological characteristics and clinical features of 32 critical and 67 noncritical cases of COVID-19 in Chengdu. *J Clin Virol* 2020; 127: 104366.
15. Zhu J, Ji P, Pang J, et al. Clinical characteristics of 3,062 COVID-19 patients: a meta-analysis. *J Med Virol* 2020.

16. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med* 2020.
17. Pongpirul WA, Mott JA, Woodring JV, et al. Clinical Characteristics of Patients Hospitalized with Coronavirus Disease, Thailand. *Emerg Infect Dis* 2020; 26(7).
18. The Coronavirus Disease 2019: Thailand Situation. Accessed at <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/> on November 5 Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand., 2020.
19. Guidelines for clinical practice, diagnosis, treatment and prevention of healthcare-associated infection in response to patients with COVID-19 infection. Accessed at https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/file/guidelines/g_CPG.pdf on April 20. In: Department of Medical Services MoPH, Thailand, 2020.
20. Interim Guidelines for Collecting, Handling, and Testing Clinical Specimens from Persons for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Accessed at <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/lab/guidelines-clinical-specimens.html> on April 21. In: Prevention CfDCA, 2020.
21. To KKW, Yip CCY, Lai CYW, et al. Saliva as a diagnostic specimen for testing respiratory virus by a point-of-care molecular assay: a diagnostic validity study. *Clin Microbiol Infect* 2019; 25(3): 372-8.
22. Williams E. ea. Saliva as a non-invasive specimen for detection of SARS-CoV-2. *J Clin Microbiol* 2020.
23. Interim guidance: Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases. Accessed at <https://www.who.int/publications-detail/laboratory-testing-for-2019-novel-coronavirus-in-suspected-human-cases-20200117> on May 1. World Health Organization, 2020.
24. van Zyl GU, Preiser W, Potschka S, Lundershausen AT, Haubrich R, Smith D. Pooling strategies to reduce the cost of HIV-1 RNA load monitoring in a resource-limited setting. *Clin Infect Dis* 2011; 52(2): 264-70.
25. Westreich DJ, Hudgens MG, Fiscus SA, Pilcher CD. Optimizing screening for acute human immunodeficiency virus infection with pooled nucleic acid amplification tests. *J Clin Microbiol* 2008; 46(5): 1785-92.
26. Currie MJ, McNiven M, Yee T, Schiemer U, Bowden FJ. Pooling of clinical specimens prior to testing for *Chlamydia trachomatis* by PCR is accurate and cost saving. *J Clin Microbiol* 2004; 42(10): 4866-7.

27. Edouard S, Prudent E, Gautret P, Memish ZA, Raoult D. Cost-effective pooling of DNA from nasopharyngeal swab samples for large-scale detection of bacteria by real-time PCR. *J Clin Microbiol* 2015; 53(3): 1002-4.
28. Hogan CA, Sahoo MK, Pinsky BA. Sample Pooling as a Strategy to Detect Community Transmission of SARS-CoV-2. *JAMA* 2020.
29. Joob B, Wiwanitkit V. COVID-19 can present with a rash and be mistaken for dengue. *J Am Acad Dermatol* 2020; 82(5): e177.
30. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA* 2020.
31. Li ZT, Chen ZM, Chen LD, et al. Coinfection with SARS-CoV-2 and other respiratory pathogens in COVID-19 patients in Guangzhou, China. *J Med Virol* 2020.
32. Goyal P, Choi JJ, Pinheiro LC, et al. Clinical Characteristics of Covid-19 in New York City. *N Engl J Med* 2020; 382(24): 2372-4.
33. Liu K, Jing H, Chen Y, et al. Evaluation of TaqMan Array card (TAC) for the detection of 28 respiratory pathogens. *BMC Infect Dis* 2020; 20(1): 820.
34. Diaz MH, Waller JL, Theodore MJ, et al. Development and Implementation of Multiplex TaqMan Array Cards for Specimen Testing at Child Health and Mortality Prevention Surveillance Site Laboratories. *Clin Infect Dis* 2019; 69(Suppl 4): S311-S21.
35. Hayes LD, Ingram J, Sculthorpe NF. More Than 100 Persistent Symptoms of SARS-CoV-2 (Long COVID): A Scoping Review. *Front Med (Lausanne)* 2021; 8: 750378.
36. Taquet M, Dercon Q, Luciano S, Geddes JR, Husain M, Harrison PJ. Incidence, co-occurrence, and evolution of long-COVID features: A 6-month retrospective cohort study of 273,618 survivors of COVID-19. *PLoS Med* 2021; 18(9): e1003773.
37. Sandra Lopez-Leon TWO, Carol Perelman,, Rosalinda Sepulveda PAR, Angelica Cuapio, Sonia Villapol. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Nature (Scientific Report)* 2021: 16144.
38. WHO. Post COVID-19 condition (Long COVID). 2021.
39. Coker RJ, Hunter BM, Rudge JW, Liverani M, Hanvoravongchai P. Emerging infectious diseases in southeast Asia: regional challenges to control. *Lancet* 2011; 377(9765): 599-609.

Project

40. Morand S, Jittapalapong S, Suputtamongkol Y, Abdullah MT, Huan TB. Infectious diseases and their outbreaks in Asia-Pacific: biodiversity and its regulation loss matter. PLoS One 2014; 9(2): e90032.
41. Horby PW, Pfeiffer D, Oshitani H. Prospects for emerging infections in East and southeast Asia 10 years after severe acute respiratory syndrome. Emerg Infect Dis 2013; 19(6): 853-60.
42. CDC. Long COVID or Post-COVID Contitions. Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects/index.html>. Accessed 20 July 2022.
43. Pramualratana P. WS. Health Insurance Systems in Thailand: Health System Research Institute, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand., 2002.
44. Blanco JL, Ambrosioni J, Garcia F, et al. COVID-19 in patients with HIV: clinical case series. Lancet HIV 2020; 7(5): e314-e6.

Project

เอกสารแนะนำและเอกสารขอความยินยอม**เอกสารแนะนำสำหรับผู้ป่วยอายุ ≥ 18 ปี**

ชื่อโครงการ: การเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีอาการไข ในจังหวัดนครพนม และ จังหวัดตาก ประเทศไทย

โครงการนี้มีที่มาอย่างไร และมีวัตถุประสงค์อย่างไร

สวัสดิ์ศรีรับ/คะ สวัสดิ์ศรีรับ/สวัสดิ์ศรีคะ กระผม/ดิฉันชื่อ _____

ท่านกำลังได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการเพื่อตรวจหาการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีไข้ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ และโรงพยาบาลอีก 5 แห่ง ในจังหวัดนครพนมและจังหวัดตาก

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารแนะนำนี้เพื่อให้ทราบว่าเหตุใดท่านจึงได้ รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการ โครงการนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดี และ ข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการเข้าร่วมโครงการ

หากท่านอ่านเอกสารแล้วไม่เข้าใจ ท่านสามารถสอบถามเจ้าหน้าที่โครงการ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารแนะนำนี้ 1 ชุด โดยการจะเข้าร่วมในโครงการเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศแรกๆ นอกประเทศจีนที่มีการตรวจพบและรายงานผู้ป่วยโรคโควิด-19 และนับจากนั้นเป็นต้นมาจำนวนผู้ป่วยก็เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยเพื่อตรวจหาโรคโควิด-19 จะทำให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสามารถนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้รวดเร็วขึ้น และในขณะเดียวกันก็สามารถ ป้องกันไม่ให้คนอื่นๆ ติดโรคนี้ ข้อมูลที่ได้จากการตรวจนี้จะช่วยให้เราเข้าใจมากขึ้นว่ามีผู้ป่วยโรคโควิด-19 มากน้อยเพียงใดในชุมชนแห่งนี้

ทั้งนี้เราพยายามจะหาคำตอบว่าผู้ป่วยที่มีไข้ จะมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือไม่ เราจะสอบถามผู้ป่วยที่มีไข้ ซึ่งมาเข้ารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินถึงอาการเจ็บป่วย และจะขอเก็บตัวอย่างที่ป้ายจากช่องหลังโพรงจมูก จากภายในจมูก จากในลำคอ และตัวอย่างน้ำลาย เพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสก่อโรคโควิด-19 หากท่านเข้าเกณฑ์ที่กำหนดไว้เราจะขอเก็บเลือดจากท่าน เพื่อนำไปตรวจดูว่าท่านเคยได้รับเชื้อไวรัสก่อโรคโควิด-19 มาก่อนหรือไม่ โดยหากผลการตรวจหาโรคโควิด-19 พบว่าท่านติดเชื้อ เราจะขอเก็บเลือดจากท่าน เพื่อติดตามการตอบสนองของร่างกายของท่านต่อการติดเชื้อโรค โควิด-19 และตัวอย่างที่ป้ายจากทางเดินหายใจของท่านจะถูกนำไปตรวจหาเชื้อก่อโรกระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ เพิ่มเติม เราต้องการจะทำ

Project

ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของโรคโควิด-19 ที่อาจจะมีผลต่อสุขภาพ และการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยทั้งในระยะสั้น และระยะยาว โดยเราจะขอให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 เข้าร่วมการติดตามภาวะดังกล่าว เป็นระยะเวลา 1 ปี โดยเราจะติดต่อเพื่อเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ทุก ๆ 3 เดือน (+/- 1 สัปดาห์) รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง จนครบระยะเวลาในการติดตามเป็นเวลา 1 ปี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการนี้เพราะท่านมีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ครบทุกข้อ:

1. ท่านมีอายุ ≥ 2 ปี และ
2. ท่านเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการไข้ หรือมีประวัติเป็นไขในช่วง ≤ 14 วันที่ผ่านมา

ท่านจะไม่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการนี้หาก:

1. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด-19 ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา หรือ
2. ท่านมีไข้มาเป็นเวลามากกว่า 14 วัน
3. ท่านได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุ

ท่านสามารถเลิกจากการเข้าร่วมโครงการนี้ได้หาก:

1. ท่านปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการต่อไป

จะมีการทำโครงการนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้นเท่าไร

โครงการนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนครพนม โรงพยาบาลศรีสงคราม และ โรงพยาบาลธาตุพนม ในจังหวัดนครพนม และโรงพยาบาลแม่สอด โรงพยาบาลท่าสองยาง และ โรงพยาบาล อุ่มผาง ในจังหวัดตาก เราคาดว่าจะมีผู้ป่วยที่มีไข้ ประมาณ 8,500 คนจะเข้าร่วมโครงการในช่วงเวลา 2-4 ปี และเราคาดว่าจะมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 สมัครใจเข้าร่วมการติดตามระยะยาวเป็นเวลา 1 ปี ประมาณ 150-300 คน

จะมีการทำอะไรบ้างในโครงการนี้

หากท่านยินยอมเข้าร่วมโครงการเราจะขอรับกวนเวลาประมาณ 30 นาที เพื่อสอบถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย กิจกรรมต่างๆ ที่บ้าน ที่ทำงาน/สถานศึกษา ประวัติการเดินทางความคิดเห็น การปฏิบัติตน และประสบการณ์ ของท่านที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 เรา จะทบทวนข้อมูลในเวชระเบียน ประกอบด้วยข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ข้อมูลผลการรักษา และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เราจะขอเก็บตัวอย่างต่อไปนี้ ได้แก่ ตัวอย่างที่ป้ายจากช่องหลังโพรงจมูก จากในจมูก ในลำคอ และตัวอย่างน้ำลาย เพื่อนำไปตรวจหาไวรัสก่อโรคโควิด-19 ในการเก็บตัวอย่างพยาบาลจะใช้ ก้านพันวัสดุเก็บตัวอย่าง (ก้านสว๊อบ) ป้ายตัวอย่างจากช่องหลังโพรงจมูก จากในจมูก จากในลำคอ และ จะให้ท่าน

Project

เก็บตัวอย่างน้ำลายโดยการบ้วนลงในภาชนะเก็บตัวอย่าง จะมีการเก็บเลือด (ปริมาณ 5 มล. หรือประมาณ 1 ช้อนชา) จากผู้ป่วยทุก ๆ ลำดับที่ 5 ที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อหาว่าผู้ป่วยเคยได้รับเชื้อไวรัสก่อโรคโควิด-19 มาก่อนหน้านี้หรือไม่ โดยหากผลการตรวจหาโรคโควิด-19 ออกมาเป็นบวก (ตรวจพบเชื้อ) และท่านถูก รับตัวเป็นผู้ป่วย ในของโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะขอเก็บเลือดปริมาณ 5 มล. (ประมาณ 1 ช้อนชา) เพื่อนำไปตรวจหาระดับภูมิต้านทานต่อเชื้อก่อโรคโควิด-19 และจะขอเก็บเลือด (ปริมาณ 5 มล. หรือประมาณ 1 ช้อนชา) เรียงตามลำดับในทุก ๆ 3 วัน (+/- 1 วัน) ในระหว่างที่ท่านเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล โดยในการเก็บเลือดแต่ละครั้ง เราจะสอบถาม ข้อมูลอาการและอาการแสดงของท่าน จะมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม คือข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ ข้อมูลขณะท่านออกจากโรงพยาบาล เราจะขอให้ท่านเดินทางกลับมาที่โรงพยาบาล เพื่อเก็บเลือดครั้งสุดท้าย (ปริมาณ 5 มล.) โดยนับจากวันที่ ท่านเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ผ่านไปประมาณ 4-6 สัปดาห์ หากผลการตรวจหาโรคโควิด-19 ออกมาเป็นบวก (ตรวจพบเชื้อ) แต่ท่านถูกส่งให้กักตัวอยู่ที่บ้าน จะมีการเก็บเลือดในทันที (หรือใกล้เคียง ที่สุด) นับจากวันที่มีการแจ้งผล การตรวจ ในวันที่ 6 และ 12 นับจากวันที่ท่านได้รับการแจ้งผล และเก็บ ตัวอย่างครั้งสุดท้าย โดยนับจากวันที่ท่านได้รับการแจ้งผลผ่านไป ประมาณ 4-6 สัปดาห์ เราจะทำการ ตรวจหาเชื้อก่อโรคในระบบทางเดินหายใจเพิ่มเติม ในผู้ป่วยที่มีผลการตรวจโรคโควิด-19 เป็นบวก และหาก ท่านสมัครใจเข้าร่วมการติดตามผลของโรคโควิด -19 ต่อภาวะสุขภาพของท่านในระยะเวลา 1 ปี เราจะ ติดต่อท่านทางโทรศัพท์ เพื่อทำการสัมภาษณ์ทุก ๆ 3 เดือน (+/- 1 สัปดาห์) โดยจะสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรคที่แพทย์ตรวจพบ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาชีพการทำงาน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือดูแลช่วยเหลือตนเอง รวมถึงการติดเชื้อโรค โควิด-19 ที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ เราจะเก็บข้อมูล เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วย ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเพิ่มเติม การวินิจฉัยโรคใหม่ที่เกิดขึ้น รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ อาจจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 จากเวชระเบียนผู้ป่วย

ในขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดระหว่างความสัมพันธ์ของการติดเชื้อเอชไอวี และการเป็นโรคโควิด-19 ผู้ป่วย ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเป็นประจำ หรือผู้ป่วยที่จำนวนเชื้อไวรัสในเลือดเป็นจำนวน มาก อาจมีแนวโน้มที่จะเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงได้มากกว่าคนปกติหากเป็นโรคโควิด-19 ร่วมด้วย เราจะขอ เก็บข้อมูล การติดเชื้อเอชไอวีของท่านจากเวชระเบียนผู้ป่วย หรือฐานข้อมูลของโรงพยาบาล และจะรักษา ข้อมูลนี้ไว้เป็น ความลับเป็นระยะเวลาไม่เกิน 5 ปีหลังสิ้นสุดโครงการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

หากท่านเข้าร่วมโครงการ แพทย์ที่ดูแลท่านจะได้รับทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลการตรวจหาโรคโควิด-19 ซึ่งอาจทำให้ท่านได้รับประโยชน์โดยตรงจากการตรวจพบโรคโควิด-19 ตั้งแต่นั้นๆ ทำให้แพทย์สามารถเฝ้าติดตามอาการและให้การรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพิ่มเติม จากการดูแลรักษาตามมาตรฐานที่ได้รับจากทางโรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัยโรคโควิด-19 จะเกิดขึ้นได้รวดเร็วกว่ามาตรฐานของประเทศไทยที่ใช้ในขณะนี้

Project

ซึ่งจะนำไปสู่ผลการรักษาที่อาจดีขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้ทางโครงการฯ จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจหาโรคโควิด-19 ดังกล่าว กรณีที่ท่านมีผลการตรวจเป็นบวก ท่านจะได้รับ การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลแห่งนี้ ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ของกระทรวง สาธารณสุข การเข้าร่วมการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี จะทำให้เข้าใจถึงผลกระทบของโรคโควิด-19 ทั้งใน ระยะสั้นและระยะยาวต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังจากติดเชื้อโรคโควิด-19 ผลจากการศึกษาในครั้งนี้อาจ ช่วยให้เราสามารถให้การดูแลรักษาท่าน และผู้ป่วยรายอื่นๆ ได้ดีขึ้นในอนาคต

ความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น

การเข้าร่วมในโครงการนี้มีความเสี่ยงต่อท่านน้อยมาก ข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลที่เก็บในโครงการจะถูก เก็บเอาไว้เป็นความลับ และจะดำเนินการโดยไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ของท่าน ตามที่กำหนดไว้โดยกฎหมาย กลุ่มครองข้อมูลส่วนบุคคลของประเทศไทย ทั้งนี้ท่านจะมีความเสี่ยงน้อยมากที่ อาจเกิดจากการเก็บตัวอย่างที่ป้าย จากช่องหลังโพรงจมูก จากภายในจมูก จากในลำคอ ตัวอย่างน้ำลาย และ ตัวอย่างเลือด (เฉพาะผู้ป่วยที่เข้าโครงการในทุก ๆ ลำดับที่ 5 หรือ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจโรคโควิด-19 เป็นบวก) เราคาดว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่ เกี่ยวข้องกับการเก็บตัวอย่างมีโอกาที่จะเกิดขึ้นน้อยมาก อย่างไรก็ตามหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็น อันตรายร้ายแรง เจ้าหน้าที่โครงการฯ ที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในขณะนั้นก็จะทราบได้ในทันทีว่าเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว ผู้จัดการ โครงการ/ผู้ประสานงานโครงการ การวิจัยประจำสถานที่ศึกษาจะได้รับแจ้งภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากเกิด เหตุการณ์

สำหรับการเก็บเลือดจากผู้ป่วยที่เข้าโครงการทุก ๆ ลำดับที่ 5 และผู้ป่วยที่มีผลตรวจโรคโควิด-19 เป็นบวก โรงพยาบาลที่ทำหน้าที่เจาะเลือดจะพยายามทำให้ท่านรู้สึกเจ็บปวดน้อยที่สุด แต่ท่านยังอาจจะรู้สึกปวดเล็กน้อย คล้ายหนามตำ หรือรู้สึกเหมือนโดนผึ้งต่อย เข็มที่ใช้จะเป็นเข็มใหม่ที่สะอาดและปลอดเชื้อ ท่านอาจจะเป็นลม หรือรู้สึกหวิวๆ หลังจากการเจาะเลือด ท่านอาจจะมึนงงหรือเวียนศีรษะ หรือมีเลือดออกจากแขนบริเวณที่เข็มแทง

ในการเข้าร่วมโครงการนี้ ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือไม่

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมโครงการ แต่จะมีความไม่สะดวกเล็กน้อย ที่เกิดจากการที่ ต้องสละเวลาในการตอบคำถาม ในระหว่างการขึ้นทะเบียนเข้าร่วมโครงการ การเข้ารับการรักษาจนถึงการ ติดตามอาการ และ การติดต่อสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทุก ๆ 3 เดือน (+/- 1 สัปดาห์) จบครบระยะติดตาม 1 ปี หากผลตรวจของท่านออกมา เป็นบวก

ค่าตอบแทน

ท่านจะได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินจำนวน 300 บาทต่อครั้งต่อคน เพื่อเป็นค่าตอบแทนที่ท่านได้เสียสละเวลา และ ใช้ความพยายามในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการ แต่ไม่มีค่าตอบแทนเพิ่มเติมหากท่านสมัครใจเข้าร่วมการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี

Project

การใช้ข้อมูลส่วนตัวและตัวอย่างของท่านที่ได้จากโครงการนี้

เราจะเก็บข้อมูลของท่านเอาไว้เป็นความลับ โดยจะเก็บไว้โดยใช้ เลขประจำตัวผู้ป่วย (study ID) ที่โครงการฯ กำหนดให้แทนการใช้ชื่อของท่าน เราจะไม่เปิดเผยชื่อของท่านหรือข้อมูลอื่นใด ที่อาจทำให้สามารถระบุตัวท่านได้ ในระหว่างที่พูดถึงการศึกษาในโครงการ หรือเมื่อมีการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน เวชระเบียนของท่านอาจได้รับการ ทบทวนโดยเจ้าหน้าที่โครงการ แพทย์ผู้กำกับดูแลโครงการ ผู้ตรวจสอบโครงการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคน และหน่วยงานกำกับดูแลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มั่นใจว่าได้มีการดำเนินการตามที่กำหนดในโครงการวิจัย ตัวอย่างเลือด และ ตัวอย่างจากระบบทางเดินหายใจที่เหลือจะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่ระบุชื่อ หรือ ข้อมูลระบุเอกลักษณ์บุคคลใดๆ ของท่าน ตัวอย่างที่เก็บรักษาไว้จะถูกนำไปใช้เพื่อการศึกษาโรคโควิด-19 ในอนาคต เพื่อที่จะเพิ่มพูนความเข้าใจเกี่ยวกับโรค หาวีธีตรวจวินิจฉัย การให้การรักษา และรักษาโรคให้หายขาดต่อไป

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการหลังจากได้ให้การยินยอมเข้าร่วมโครงการไปแล้วได้หรือไม่

หากท่านได้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถขอถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้ง เหตุผลใด ๆ โดยการถอนตัวออกนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน รวมทั้งจะไม่กระทบต่อการดูแลรักษาพยาบาลตามที่ท่านพึงได้รับตามปกติในโรงพยาบาลแห่งนี้

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการนี้ ท่านจะมีทางเลือกอื่น ๆ อย่างไรบ้าง

ท่านจะยังคงได้รับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ตามปกติทุกประการ

หากท่านมีข้อสงสัยหรือข้อกังวลเกี่ยวกับโครงการนี้ จะถามใคร

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับโครงการ กรุณาติดต่อ ดร.สายทิพย์ เฟ่งศรี โทรศัพท์: 02 580 0669 ต่อ 318 โทรศัพท์มือถือ: 081 845 2906 หรือคุณทวีน สิมมะลิ หัวหน้าทีมวิจัย ที่จังหวัดนครพนม โทรศัพท์: 042 516 205-6 โทรศัพท์มือถือ: 064 697 1979 หรือคุณสำคัญ เจ้าประเสริฐ ผู้จัดการโครงการวิจัย และ เฝาระวังที่จังหวัดตาก โทรศัพท์มือถือ: 065 935 8947 หรือ พญ.ณัฐกานต์ ชื่นชม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โรคติดเชื้อโรงพยาบาลแมสซอด จังหวัดตาก โทรศัพท์: 055 551 8111 โทรศัพท์มือถือ: 080 500 1036

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างที่เข้าร่วมโครงการนี้

ท่านสามารถแจ้งเรื่องได้ที่:

สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-591-3876, 02-591-3541

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ สำหรับผู้ป่วยอายุ ≥ 18 ปี

Study ID _____

ชื่อโครงการ: การเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีอาการไข ในจังหวัดนครพนม และจังหวัดตาก ประเทศไทย

วันที่ลงนามให้การยินยอม _____ / _____ / _____
วัน เดือน ปี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

.....
ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารแนะนำโครงการสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ และ
ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการนี้ โดยความสมัครใจ

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากเจ้าหน้าที่ ถึงวัตถุประสงค์ของ
โครงการ วิธีการศึกษา อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะเข้าร่วมโครงการ
รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจาก การเข้าร่วมโครงการอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

เจ้าหน้าที่โครงการได้ตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยจนเป็นที่พอใจของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการได้ตลอดเวลา
โดยไม่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่โครงการ และการบอกเลิกนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับ

ข้าพเจ้าได้รับการรับรองโดยเจ้าหน้าที่โครงการว่า จะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และ
จะเปิดเผย ข้อมูลเฉพาะในรูปของสรุปผลการศึกษา โดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า
หรือระบุข้อมูลอื่นๆ ที่จะทำให้ สามารถระบุถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารแนะนำโครงการ เก็บไว้ 1 ชุด

การเซ็นชื่อของข้าพเจ้า (หรือเซ็นชื่อด้วยอักษรย่อของชื่อ-นามสกุล/พิมพ์หัวแม่มือของข้าพเจ้า)
ลงในแบบฟอร์มนี้หมายความว่า:

1. ข้าพเจ้าตกลงเข้าร่วมโครงการนี้
2. ข้าพเจ้าอนุญาตให้เจ้าหน้าที่โครงการ แพทย์ผู้กำกับดูแลโครงการ ผู้ตรวจสอบโครงการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และหน่วยงานกำกับดูแลที่เกี่ยวข้องทำการทบทวนเวชระเบียนของข้าพเจ้า

Project

3. ข้าพเจ้ายินยอมให้เก็บตัวอย่างที่ป้ายจากช่องหลังโพรงจมูก จากภายในจมูก จากในลำคอ และตัวอย่างน้ำลาย

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

- หากข้าพเจ้าเป็นหนึ่งในผู้ป่วยทุก ๆ ลำดับที่ 5 ข้าพเจ้ายินยอมให้โครงการเก็บเลือดจากข้าพเจ้า

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

- หากผลตรวจโรคโควิด-19 ออกมาเป็นบวก ข้าพเจ้ายินยอมให้เก็บเลือด โดยเก็บเรียง ตามลำดับวันที่กำหนด นับจากวันที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และประมาณทุก ๆ 3 วัน (+/- 1 วัน) ในระหว่างที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ไปจนกระทั่งถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และผ่านไปประมาณ 4-6 สัปดาห์ นับจากวันที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

หรือหากข้าพเจ้าอยู่ที่บ้าน ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเก็บเลือดจาก

ข้าพเจ้าในทันทีหลังจากที่มีการแจ้งผลการตรวจ (หรือใกล้เคียงที่สุด) และหลังจากนั้นในวันที่ 6 วันที่ 12 และประมาณ 4-6 สัปดาห์ นับจากวันที่มีการแจ้งผลการตรวจ

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยให้เจ้าหน้าที่ติดต่อเพื่อทำการสัมภาษณ์ทาง

โทรศัพท์ทุก ๆ 3 เดือน (+/- 1 สัปดาห์) และทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของข้าพเจ้า

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

- ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลสถานะการติดเชื้อไอวีของข้าพเจ้า ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

- ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเก็บตัวอย่างที่เหลือจากการตรวจ ทั้งตัวอย่างเลือด และตัวอย่างจากระบบทางเดินหายใจเพื่อการศึกษาในอนาคตที่อาจมีเพื่อใช้ในการตรวจยืนยัน หรือเพื่อการประเมินประสิทธิภาพของวิธีการตรวจใหม่ ๆ หรือเพื่อตรวจหาเชื้ออื่น ๆ เพิ่มเติมโดยไม่ต้องมีการขอความยินยอมเพิ่มเติม

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ลายมือชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการ

(.....) ชื่อ-นามสกุลผู้เข้าร่วมโครงการ (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่โครงการ

Project

(.....) ชื่อ-นามสกุล เจ้าหน้าที่โครงการ (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ.....พยาน

(.....) ชื่อ-นามสกุลพยาน (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ..... พยาน

(.....) ชื่อ-นามสกุลพยาน (ตัวบรรจง)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่เจ้าหน้าที่โครงการได้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล
โครงการรวมทั้งใบแสดงการ ยินยอม และได้รับคำตอบต่อทุกข้อสงสัยทั้งหมดแล้ว
ข้าพเจ้ามีความเข้าใจดีทุกประการ และ ได้ลงนามในใบ ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือ..... ผู้เข้าร่วมโครงการ

(.....) ชื่อ-นามสกุลผู้เข้าร่วมโครงการ (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่โครงการ

(.....) ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่โครงการ (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ..... พยาน

(.....) ชื่อ-นามสกุลพยาน (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ..... พยาน

(.....) ชื่อ-นามสกุลพยาน (ตัวบรรจง)

เอกสารแนะนำโครงการ
สำหรับผู้แทน/ผู้ปกครองของผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การยินยอมด้วยตัวเอง

ชื่อโครงการ: การเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีอาการไข้น ในจังหวัดนครพนม และจังหวัดตาก ประเทศไทย

โครงการนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการเป็นอย่างไร

สวัสดีครับ/ค่ะ กระผม/ดิฉันชื่อ_____ ขอเชิญท่านในนามของบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครองให้เข้าร่วมโครงการ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีไข้ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ และโรงพยาบาลอีก 5 แห่ง ในจังหวัดนครพนมและจังหวัดตาก

แต่ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารแนะนำนี้ เพื่อให้ทราบว่าเหตุใดบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง จึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการ โครงการนี้ทำ เพื่ออะไร หากบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครองเข้าร่วมโครงการ จะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสีย ที่อาจจะเกิดขึ้นในการเข้าร่วมโครงการ

หากท่านอ่านเอกสารนี้แล้วไม่เข้าใจ ท่านสามารถสอบถามเจ้าหน้าที่โครงการ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารแนะนำนี้ 1 ชุด โดยการจะเข้าร่วมโครงการนี้เป็นความสมัครใจของท่าน

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศแรกๆ นอกประเทศจีนที่ตรวจพบและรายงานผู้ป่วยโรคโควิด-19 และนับจาก นั้นเป็นต้นมาจำนวนผู้ป่วยก็เพิ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง การเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจหาโรคโควิด-19 จะทำให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสามารถนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้รวดเร็วขึ้น

Project

และในขณะเดียวกันก็สามารถ ป้องกันไม่ให้คนอื่น ๆ ติดเชื้อ

ข้อมูลที่ได้จากการตรวจจะช่วยให้เราเข้าใจมากขึ้นว่ามีผู้ป่วยโรคโควิด-19 มากน้อย เพียงใดในชุมชนแห่งนี้

ทั้งนี้เราพยายามจะหาคำตอบว่า ผู้ป่วยที่มีไข้ นั้นมี การติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือไม่ เราจะสอบถามผู้ป่วย ที่มีไข้ ซึ่งมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล อย่างเช่นบุตรของท่าน/ ผู้ที่อยู่ในความปกครอง ถึงอาการเจ็บป่วย และจะขอเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัสก่อโรคโควิด-19 โดย จะเก็บตัวอย่างที่ป้าย จากช่องหลังโพรงจมูก ภายในจมูก ภายในลำคอ และตัวอย่างน้ำลาย หากบุตรของ ท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เราจะขอเก็บเลือดจาก เขา/เธอ เพื่อนำไปตรวจดูว่าเคยได้รับเชื้อไวรัสก่อโรคโควิด-19 มาก่อนหรือไม่ หากผลการตรวจโรคโควิด-19 พบเชื้อไวรัส เราจะขอเก็บเลือดจากบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง เพื่อติดตามการตอบสนองของ ร่างกายต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 และตัวอย่างที่ป้ายจากทางเดินหายใจจะถูกนำไปตรวจหาเชื้อก่อโรค ระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ เพิ่มเติม เราต้องการจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของโรคโควิด-19 ที่ อาจจะมีผลต่อสุขภาพ และการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยทั้งในระยะสั้น และระยะยาว โดย เราจะขอให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 เข้าร่วมการติดตามภาวะดังกล่าว เป็นระยะเวลา 1 ปี โดยเราจะ ติดต่อกับท่านหรือบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง เพื่อเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ทุก ๆ 3 เดือน (+/- 1 สัปดาห์) รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง จนครบระยะเวลาในการติดตามเป็นเวลา 1 ปี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการนี้ในนามบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง เพราะเขา/เธอ มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ ครบทุกข้อ:

1. เขา/เธออายุ ≥ 2 ปี
2. เขา/เธอเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ด้วยอาการไข้ หรือประวัติเป็นไข้ในช่วง ≤ 14 วันที่ผ่านมา

ท่านจะไม่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการนี้ในนามบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง หาก:

1. บุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด-19 ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา หรือ
2. บุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง มีไข้มาเป็นเวลามากกว่า 14 วัน หรือ
3. บุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง ได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุ

ท่านสามารถเลิกจากการเข้าร่วมโครงการนี้ได้หาก:

1. ท่าน/บุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครองของท่าน ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการต่อไป

Project

จะมีการทำโครงการนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้นเท่าไร

โครงการนี้จะดำเนินการในโรงพยาบาลจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนครพนม โรงพยาบาลศรีสงคราม และ โรงพยาบาลธาตุพนม ในจังหวัดนครพนม และโรงพยาบาลแม่สอด โรงพยาบาลท่าสองยาง และ โรงพยาบาล อุ่มผาง ในจังหวัดตาก เราคาดว่าจะมีผู้ป่วยที่มีไข้จำนวนประมาณ 8,500 คน ที่จะเข้าร่วมโครงการในระยะเวลา 2-4 ปี และเราคาดว่าจะมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 สมัครใจเข้าร่วมการติดตามระยะยาวเป็นเวลา 1 ปี ประมาณ 150-300 คน

จะมีการทำอะไรบ้างในโครงการนี้

หากท่านยินยอมเข้าร่วมโครงการในนามบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง เราจะรบกวนเวลาประมาณ 30 นาที เพื่อสอบถามท่านเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย กิจกรรม ต่างๆ ที่บ้าน ที่ทำงาน/ที่โรงเรียน และประวัติการเดินทาง ของเขา/เธอ และสอบถามเกี่ยวกับความเห็น การปฏิบัติตน และ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 เราจะ ทบทวนข้อมูลในเวชระเบียนของ เขา/เธอ ประกอบด้วย ข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ข้อมูลผลการรักษา และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

เราจะทำการเก็บตัวอย่างที่ป้ายจากช่องหลังโพรงจมูก จากภายในจมูก จากในลำคอ และตัวอย่างน้ำลาย จากบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง เพื่อนำไปหาไวรัสก่อโรคโควิด-19 ในการเก็บตัวอย่าง พยาบาลจะใช้ก้านพันวัสดุ เก็บตัวอย่าง (ก้านสว๊อบ) ป้ายตัวอย่างจากภายในช่องหลังโพรงจมูก ภายในจมูก และจากในลำคอ ของเขา/เธอและ จะขอให้ เขา/เธอ

เก็บตัวอย่างน้ำลายโดยการบ้วนลงในภาชนะเก็บตัวอย่าง จะมีการเก็บตัวอย่างเลือด (ปริมาณ 5 มล. หรือ ประมาณ 1 ช้อนชา) จากผู้ป่วยทุกๆ ลำดับที่ 5 ที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อหาว่าผู้ป่วยเคยได้รับเชื้อไวรัสก่อโรคโควิด-19 มาก่อนหรือไม่ โดยหากผลการตรวจหาไวรัสก่อโรคโควิด-19 ออกมาเป็นบวก (ตรวจพบเชื้อ) และ เขา/เธอ ถูกรับตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล พยาบาลจะขอเก็บตัวอย่างเลือดจากเขา/เธอ ปริมาณ 5 มล. (ประมาณ 1 ช้อนชา) เพื่อนำไปตรวจหาระดับภูมิต้านทานของร่างกายต่อเชื้อไวรัสก่อโรคโควิด-19 และจะมีการเก็บเลือด (ปริมาณ 5 มล. หรือประมาณ 1 ช้อนชา) โดยเก็บเรียงตามลำดับวันที่กำหนด ทุก ๆ 3 วัน (+/- 1 วัน) ในระหว่างที่ เขา/เธอ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล โดยในการเก็บเลือดแต่ละครั้งเราจะสอบถามท่าน/บุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง เกี่ยวกับอาการ และอาการแสดง จะมีการเก็บ ข้อมูลเพิ่มเติม คือ ข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ ข้อมูลขณะผู้ป่วยออกจาก โรงพยาบาล เราจะขอให้ท่านและบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง เดินทางกลับมายังโรงพยาบาลเพื่อเก็บเลือดครั้งสุดท้าย (จำนวน 5 มล.) โดยนับจากวันที่ เขา/เธอ เข้ารับ การรักษาเป็นผู้ป่วยใน ผ่านไปประมาณ 4-6 สัปดาห์ หากผลการตรวจหาไวรัสก่อโรคโควิด-19 ออกมาเป็นบวก (ตรวจพบเชื้อ) และบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ใน ความปกครอง ได้รับการ

Project

กักตัวอยู่ที่บ้านจะมีการเก็บเลือดในทันที (หรือใกล้เคียงที่สุด) หลังจากที่มีการแจ้งผล การตรวจ และในวันที่ 6 และ 12 นับจากวันที่ได้รับการแจ้งผล และเก็บตัวอย่างครั้งสุดท้าย โดยนับจากวันที่ได้รับการแจ้งผลผ่าน ไปประมาณ 4-6 สัปดาห์ เราจะทำการตรวจหาเชื้อก่อโรคในระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ เพิ่มเติมในผู้ป่วยที่มีผลการตรวจโรคโควิด-19 เป็นบวก และหากท่านสมัครใจให้บุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครองเข้าร่วม การติดตามผลของโรคโควิด -19 ต่อภาวะสุขภาพบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง ในระยะเวลา 1 ปี เราจะติดต่อท่าน/บุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง ทางโทรศัพท์ เพื่อทำการสัมภาษณ์ทุก ๆ 3 เดือน (+1 สัปดาห์) โดยจะสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรคใหม่ ที่ แพทย์ตรวจพบ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาชีพการทำงาน/การเรียน ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันหรือดูแลช่วยเหลือตนเอง รวมถึงการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ เราจะเก็บข้อมูล เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเพิ่มเติม การ วินิจฉัยโรคที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 จากเวชระเบียน ผู้ป่วยของบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง

ในขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดระหว่างความสัมพันธ์ของการติดเชื้อเอชไอวีและการเป็นโรคโควิด-19 ผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวีโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเป็นประจำ หรือผู้ป่วยที่จำนวนเชื้อไวรัสในเลือดเป็น จำนวนมากอาจมีแนวโน้มที่จะเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงได้มากกว่าคนปกติหากเป็นโรคโควิด-19 รวมด้วย เราจะขอเก็บข้อมูลการติดเชื้อ เอชไอวีจากเวชระเบียนผู้ป่วย หรือฐานข้อมูลของโรงพยาบาล และจะรักษา ข้อมูลไว้เป็นความลับเป็นระยะเวลา ไม่เกิน 5 ปี หลังสิ้นสุดโครงการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

หากท่านยินยอมให้บุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครองเข้าร่วมโครงการ แพทย์ของ เขา/เธอ จะได้รับข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับผลการตรวจหาโรคโควิด-19 ซึ่งอาจทำให้บุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความ ปกครอง ได้รับประโยชน์โดย ตรงจากการตรวจพบโรคโควิด-19 ตั้งแต่เนิ่นๆ ซึ่งจะช่วยให้แพทย์สามารถเฝ้าติดตามอาการ และ ให้การรักษาได้ อย่างถูกต้องเหมาะสมเพิ่มเติม จากการดูแลรักษาตามมาตรฐานที่ได้รับจากทางโรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัยโรค โควิด-19 จะเกิดขึ้นได้รวดเร็วกว่ามาตรฐานของประเทศไทยที่ใช้ในขณะนี้ ซึ่งนำไปสู่ผลการรักษาที่อาจดีขึ้นกว่า เดิม นอกจากนี้ทางโครงการจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจหาโรคโควิด-19 ดังกล่าว กรณีที่บุตรของท่าน/ผู้ ที่อยู่ในความปกครอง มีผลการตรวจเป็นบวก บุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง จะได้รับการ รักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลแห่งนี้ ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข การเข้าร่วมการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี จะทำให้เข้าใจถึงผลกระทบของโรคโควิด-19 ทั้งในระยะสั้นและ

Project

ระยะยาวต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังจากติดเชื้อโรคโควิด-19 ผลจากการศึกษาในครั้งนี้อาจช่วยให้เราสามารถให้การดูแลรักษาบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง และ ผู้ป่วยรายอื่นๆ ได้ดีขึ้นในอนาคต

ความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น

การเข้าร่วมโครงการนี้มีความเสี่ยงน้อยมากต่อบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง ข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคล ที่เก็บในโครงการจะถูกเก็บเอาไว้เป็นความลับ และจะดำเนินการโดยไม่มีการระบุ ชื่อนามสกุล ของบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง ตามที่กำหนดไว้โดยกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของประเทศไทย ทั้งนี้บุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง มีความเสี่ยงน้อยมากที่จะเกิดขึ้นจากการเก็บตัวอย่างที่ป้ายจากช่องหลังโพรง จมูก จากภายในจมูก จากภายในคอ ตัวอย่างน้ำลาย และ ตัวอย่างเลือด (เฉพาะผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการทุก ๆ ลำดับที่ 5 หรือ ผู้ที่มีผลตรวจโรคโควิด-19 เป็นบวก) เราคาดว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการเก็บตัวอย่างมีโอกาที่จะเกิดขึ้นน้อยมาก อย่างไรก็ตามหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตรายร้ายแรง เจ้าหน้าที่ โครงการที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในขณะนั้นก็จะทราบได้ในทันทีที่เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้น ผู้จัดการโครงการ/ผู้ประสานงานประจำโรงพยาบาลจะได้รับแจ้งภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากเกิดเหตุการณ์

สำหรับการเก็บเลือดจากผู้ป่วยที่เข้าโครงการทุก ๆ ลำดับที่ 5 และผู้ป่วยที่มีผลตรวจโรคโควิด-19 เป็นบวก โรงพยาบาลที่ทำหน้าที่เจาะเลือด จะพยายามทำให้เขา/เธอรู้สึกเจ็บปวดน้อยที่สุด แต่ เขา/เธอ ยังอาจจะรู้สึกปวด เล็กน้อยคล้ายหนามตำหรือรู้สึกเหมือนโดนผึ้งต่อย เข็มที่ใช้จะเป็นเข็มใหม่ที่สะอาด และปลอดเชื้อ เขา/เธอ อาจ จะเป็นลมหรือรู้สึกหวิว ๆ หลังจากการเจาะเลือด เขา/เธอ อาจจะมีรอยฟกช้ำหรือ มีเลือดออกจากแขนบริเวณ ที่เข็มแทง

ในการเข้าร่วมโครงการนี้ ตัวท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครองต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือไม่ ท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครองไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมโครงการ แต่จะมีความไม่สะดวกเล็กน้อยๆ ที่เกิดจากการที่ต้องสละเวลาในการตอบคำถาม ในระหว่างการขึ้นทะเบียนเข้าร่วมโครงการ การเข้ารับกร ตรวจรวมถึงการติดตามอาการ และ การติดต่อสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทุก ๆ 3 เดือน (+-1 สัปดาห์) จนครบระยะติดตาม 1 ปี หากผลตรวจบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครองออกมาเป็นบวก

ค่าตอบแทน

ท่านจะได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินจำนวน 300 บาทต่อครั้งต่อคน เพื่อเป็นค่าตอบแทนที่บุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง ได้เสียสละเวลาและความพยายามในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการ แต่ไม่มีค่าตอบแทนเพิ่มเติมหากท่านสมัครใจให้บุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง เข้าร่วมการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี

Project

การใช้ข้อมูลส่วนตัวและตัวอย่างของบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง ที่ได้จากโครงการนี้

เราจะเก็บข้อมูลของบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครองเอาไว้เป็นความลับ

โดยจะเก็บไว้โดยใช้เลขประจำตัวผู้ป่วย (study ID) ที่โครงการฯ กำหนดแทนการใช้ชื่อบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง เราจะไม่เปิดเผยชื่อบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง หรือ ข้อมูล อื่นๆ ที่อาจทำให้สามารถระบุตัวตนบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง ในระหว่างที่พูดถึงการศึกษาในโครงการ หรือเมื่อตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน เวชระเบียนของเขา/เธอ อาจได้รับการทบทวน โดยเจ้าหน้าที่โครงการ แพทย์ผู้กำกับดูแลโครงการ ผู้ตรวจสอบโครงการ คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน และหน่วยงานกำกับดูแลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มั่นใจว่าได้มีการดำเนินการตามที่กำหนดใน โครงร่างการวิจัย ตัวอย่างเลือด และตัวอย่างจากระบบทางเดินหายใจที่เหลือ จะถูกเก็บรักษาไว้ โดยไม่ระบุชื่อ หรือ ข้อมูลระบุ เอกลักษณะบุคคลใดๆ ของบุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง ตัวอย่างที่เก็บรักษาไว้นี้จะถูกนำไปใช้เพื่อการศึกษาโรคโควิด-19 ในอนาคต เพื่อให้เรามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ และหาวิธีตรวจวินิจฉัย การให้การรักษา และรักษาโรคให้หายขาดต่อไป

ท่าน/บุตรของท่านหรือผู้ที่อยู่ในความปกครอง

จะถอนตัวออกจากโครงการหลังจากได้ให้การยินยอมเข้าร่วม โครงการไปแล้วได้หรือไม่

หลังจากที่ท่านได้ตัดสินใจยินยอมให้ บุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง เข้าร่วมโครงการนี้ด้วยความสมัครใจ ท่าน/บุตรของท่านหรือผู้ที่อยู่ในความปกครอง ยังสามารถขอถอนตัวออกจากโครงการ ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ใดๆ โดยที่การถอนตัวนี้จะไม่ส่งผล กระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล การจัดการดูแลผู้ป่วยตามที่บุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครองพึงได้รับตามปกติในโรงพยาบาลนี้

หากท่าน/บุตรของท่านหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองไม่เข้าร่วมโครงการนี้ จะมีทางเลือกอื่น ๆ**อย่างไรบ้าง**

บุตรของท่าน/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง จะยังคงได้รับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ตามปกติทุกประการ

หากท่านมีข้อสงสัยหรือข้อกังวลเกี่ยวกับโครงการนี้ จะถามใคร

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการ กรุณาติดต่อ ดร.สายทิพย์ เฟ่งศรี โทรศัพท์: 02 580 0669 ต่อ 318 โทรศัพท์มือถือ: 081 845 2906 หรือคุณทวัน สิมมะลิ หัวหน้าทีมวิจัยที่จังหวัด นครพนม โทรศัพท์: 042 516 205-6 โทรศัพท์มือถือ: 064 697 1979 หรือคุณสำคัญ เจ้าประเสริฐ ผู้จัดการโครงการวิจัย และเผ่าระวังที่จังหวัดตาก โทรศัพท์มือถือ: 065 935 8947 หรือ พญ.ณัฐกานต์ ชื่นชม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก โทรศัพท์: 055 551 8111 โทรศัพท์มือถือ: 080 500 1036

Project

หากท่านรู้สึกว่าคุณ/บุตรของท่านหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม
ในระหว่าง ที่เข้าร่วม โครงการนี้ ท่านสามารถแจ้งเรื่องได้ที่:

สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-591-3876, 02-591-3541

Project

**เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ
สำหรับผู้ปกครอง/ตัวแทนของผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การยินยอมด้วยตัวเอง**

studyID _____

ชื่อโครงการ: การเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีอาการไข ในจังหวัดนครพนม และจังหวัดตาก ประเทศไทย

วันที่ลงนามให้การยินยอม _____ / _____ / _____
วัน เดือน ปี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

.....

เกี่ยวข้องกับเด็กชาย/เด็กหญิง/นาง/นางสาว/

นาย.....ในฐานะ.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารแนะนำโครงการสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ และข้าพเจ้ายินยอมให้
..... ของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการนี้

เขา/เธอสามารถให้ความร่วมมือได้ ☐ เขา/เธอไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ ☐

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ในนามบุตรของข้าพเจ้า/ผู้ที่มีความปกครอง
ข้าพเจ้าได้รับการ อธิบายจากเจ้าหน้าที่ถึงวัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีการศึกษา ความเสี่ยงที่อาจ
เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการรวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

เจ้าหน้าที่โครงการได้ตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยจนเป็นที่พอใจของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรของข้าพเจ้า/ผู้ที่มีความปกครอง เข้าร่วมโครงการนี้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการได้ทุกขณะ

โดยไม่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่โครงการ และการ บอกเลิกนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่บุตรของข้าพเจ้า/ผู้ที่
อยู่ในความปกครอง จะพึงได้รับ

Project

ข้าพเจ้าได้รับการรับรองโดยเจ้าหน้าที่โครงการว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับบุตรของข้าพเจ้า/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง เป็นความลับ และจะเปิดเผยข้อมูลของ เขา/เธอ เฉพาะในรูปของสรุปผล การศึกษา โดยไม่มีการระบุ ชื่อนามสกุล ของเขา/เธอ หรือระบุข้อมูลอื่นๆ ที่จะทำให้สามารถระบุถึงตัว เขา/เธอ ได้

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารแนะนำโครงการเก็บไว้เป็นหลักฐาน 1 ชุด

การเซ็นชื่อของข้าพเจ้า (หรือเซ็นชื่อด้วยอักษรย่อของชื่อ-นามสกุล/พิมพ์หัวแม่มือ ของข้าพเจ้า) ลงในใบยินยอมนี้หมายความว่า:

1. ข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรของข้าพเจ้า/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง เข้าร่วมโครงการ
 2. ข้าพเจ้าอนุญาตให้เจ้าหน้าที่โครงการ แพทย์ผู้กำกับดูแลโครงการ ผู้ตรวจสอบโครงการ คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน และหน่วยงานกำกับดูแลที่เกี่ยวข้อง ทำการทบทวนเวชระเบียนของบุตรของข้าพเจ้า/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง
 3. ข้าพเจ้ายินยอมให้เก็บตัวอย่างที่ป้ายจากช่องหลังโพรงจมูก ตัวอย่างที่ป้ายจากภายในจมูก ตัวอย่างที่ป้าย จากในลำคอ และตัวอย่างน้ำลาย จากบุตรของข้าพเจ้า/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง

☐ ยินยอม
 ☐ ไม่ยินยอม
- หากเขา/เธอ เป็นหนึ่งในผู้ป่วยทุกๆลำดับที่ 5 ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่โครงการเก็บเลือดจาก เขา/เธอ

☐ ยินยอม
 ☐ ไม่ยินยอม
 - หากผลตรวจโรคโควิด-19 ออกมาเป็นบวก ข้าพเจ้ายินยอมให้เก็บเลือดจากบุตรของข้าพเจ้า/ผู้ที่อยู่ใน ความปกครอง โดยเก็บเรียงตามลำดับวันที่กำหนด นับจากวันที่บุตรของข้าพเจ้า/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และประมาณทุกๆ 3 วัน (+/- 1 วัน) ในระหว่างที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ไปจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล และ ผ่านไปได้ประมาณ 4-6 สัปดาห์ นับจากวันที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน หรือหากเขา/เธออยู่ที่บ้าน ข้าพเจ้ายินยอมให้โครงการเก็บเลือดจากบุตรของข้าพเจ้า/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง ในทันทีหลังจากที่มีการแจ้งผลการตรวจ (หรือใกล้เคียงที่สุด) และหลังจากนั้นในวันที่ 6 วันที่ 12 และ 4-6 สัปดาห์ นับจากวันที่มีการแจ้งผลการตรวจ

☐ ยินยอม
 ☐ ไม่ยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้บุตรของข้าพเจ้า/ผู้ที่อยู่ในความปกครองเข้าร่วมการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี โดย

Project

ให้เจ้าหน้าที่ติดต่อเพื่อทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทุก ๆ 3 เดือน (+-1 สัปดาห์) และทำการเก็บข้อมูล จากเวชระเบียนของบุตรของข้าพเจ้า/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

- ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีของบุตรของข้าพเจ้า/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

- ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเก็บตัวอย่างที่เหลือจากการตรวจ ทั้งตัวอย่างเลือด และตัวอย่างจากระบบทางเดินหายใจของบุตรของข้าพเจ้า/ผู้ที่อยู่ในความปกครอง เพื่อการศึกษาในอนาคตที่อาจมีเพื่อใช้ในการตรวจยืนยัน หรือเพื่อการประเมินประสิทธิภาพของวิธีการตรวจใหม่ ๆ หรือเพื่อตรวจหาเชื้ออื่น ๆ โดยไม่ต้องมีการขอความยินยอมเพิ่มเติม

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ลายมือชื่อ..... ผู้ปกครองหรือตัวแทน

(.....) ชื่อ-นามสกุลของผู้ปกครองหรือตัวแทน (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่โครงการ

(.....) ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่โครงการ (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ..... พยาน

(.....) ชื่อ-นามสกุลพยาน (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ..... พยาน

(.....) ชื่อ-นามสกุลพยาน (ตัวบรรจง)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่เจ้าหน้าที่โครงการได้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลโครงการ รวมทั้งใบแสดงการยินยอม และได้รับคำตอบต่อทุกข้อสงสัยทั้งหมดแล้ว ข้าพเจ้ามีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือ..... ผู้ปกครองหรือ ตัวแทน

Project

(.....) ชื่อ-นามสกุลของผู้ปกครองหรือตัวแทน (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่โครงการ

(.....) ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่โครงการ (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ..... พยาน

(.....) ชื่อ-นามสกุลพยาน (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ..... พยาน

(.....) ชื่อ-นามสกุลพยาน (ตัวบรรจง)

เอกสารแนะนำโครงการสำหรับผู้ป่วยอายุ 13-17 ปี

ชื่อโครงการ: การเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ในจังหวัดนครพนม และจังหวัดตาก ประเทศไทย

โครงการนี้มีที่มาอย่างไร และมีวัตถุประสงค์อย่างไร

สวัสดีครับ/ค่ะ พี่ชื่อ..... น้องได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการ เพื่อตรวจหาโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีไข้ ที่โรงพยาบาลแห่งนี้

แต่ก่อนที่น้องจะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารแนะนำนี้ เพื่อให้ทราบว่าเหตุใดน้องจึง ได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการ โครงการนี้ทำเพื่ออะไร หากน้องเข้าร่วมโครงการน้องจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้ง ข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการเข้าร่วมโครงการ

หากมีข้อความในเอกสารที่น้องอ่านแล้วไม่เข้าใจ น้องสามารถบอกให้พี่อธิบายจนกว่าน้องจะเข้าใจ น้องจะได้รับเอกสารแนะนำนี้ 1 ชุด โดยการเข้าร่วมโครงการเป็นไปตามความสมัครใจของน้อง

เราพยายามจะหาคำตอบว่าผู้ป่วยที่มีไข้ นั้นมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือไม่ ซึ่งโรคโควิด-19 นี้เป็นโรคที่เกิดจาก เชื้อไวรัสซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เราจะสอบถามผู้ป่วยที่มีไข้ซึ่งมาเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาล ถึงอาการเจ็บป่วยและจะขอเก็บตัวอย่างที่ป้ายจากช่องหลังโพรงจมูก ภายในจมูก ภายในลำคอ และตัวอย่างน้ำลาย เพื่อตรวจหาเชื้อก่อโรคโควิด-19 หากน้องเข้าได้กับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เราจะขอเก็บเลือดเพื่อนำไป ตรวจดูว่าน้องเคยได้รับเชื้อไวรัสก่อโรคโควิด-19 มาก่อนหรือไม่ หากผลการตรวจโรคโควิด-19 ออกมาเป็นบวกเราจะขอเก็บเลือดจากน้อง

Project

เพื่อติดตามการตอบสนองของร่างกายของน้องต่อการติดเชื้อ และตัวอย่างที่ปัสสาวะจากทางเดินหายใจของน้อง จะถูกนำไปตรวจหาเชื้อก่อโรคระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ เพิ่มเติม เราต้องการจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับ ผลกระทบของโรคโควิด-19 ที่อาจจะมีผลต่อสุขภาพ และการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของน้อง โดยเรา จะขอให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคโควิด-19 เข้าร่วมการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยเราจะติดต่อน้อง หรือ ผู้ปกครองของน้อง ทางโทรศัพท์ ทุก ๆ 3 เดือน (+-1 สัปดาห์) รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง จนครบระยะเวลาในการ ติดตามเป็นเวลา 1 ปี

น้องได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการนี้เพราะน้องมีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ครบทุกข้อ:

1. น้องมีอายุ ≥ 2 ปี และ
2. น้องมาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ หรือประวัติเป็นไขในช่วง ≤ 14 วันที่ผ่านมา

น้องจะไม่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการนี้หาก:

1. น้องเคยเป็นโรคโควิด-19 ในรอบ 30 วัน ที่ผ่านมา หรือ
2. น้องมีไข้มานานกว่า 14 วัน
3. น้องได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุ

น้องสามารถเลิกจากการเข้าร่วมโครงการนี้ได้หาก:

1. น้องปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการต่อไป

จะมีการทำโครงการนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้นเท่าไร

โครงการนี้จะทำในโรงพยาบาล 6 แห่ง ในจังหวัดนครพนม 3 แห่ง และในจังหวัดตาก 3 แห่ง เราคาดว่าจะ มีผู้ป่วยที่มีไข้ประมาณ 8,500 คน จะเข้าร่วมโครงการ ในช่วงเวลา 2-4 ปี และเราคาดว่าจะมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อ โรคโควิด-19 สนใจเข้าร่วมการติดตามระยะยาวเป็นเวลา 1 ปี ประมาณ 150-300 คน

จะมีการทำอะไรบ้างในโครงการนี้

หากน้องตกลงเข้าร่วมโครงการ เราจะขอเวลาน้องประมาณ 30 นาที เพื่อสอบถาม น้อง/ผู้ปกครอง เกี่ยวกับ อาการเจ็บป่วย กิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้าน ที่โรงเรียน และประวัติการเดินทาง

สอบถามเกี่ยวกับความเห็นการปฏิบัติตน และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เราจะ

ขอข้อมูลในเวชระเบียน ประกอบด้วยข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ

และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ผลการรักษา และ บันทึกข้อมูลลงใน

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

Project

พยาบาลจะใช้ก้านพันวัสดุเก็บตัวอย่างเพื่อเก็บตัวอย่างโดยการป้ายจากภายในช่องหลังโพรงจมูก จากภายในจมูก จากในลำคอ และพยาบาลจะขอให้น้องเก็บตัวอย่างน้ำลาย โดยการบ้วนลงในกระปุก หากน้องเข้าได้กับเกณฑ์ที่กำหนด เราจะขอเก็บเลือด (จำนวน 5 ซีซี ประมาณ 1 ช้อนชา) เพื่อตรวจดูว่าน้องเคยได้รับเชื้อก่อโรคโควิด-19 มาก่อนหรือไม่ หากผลการตรวจหาเชื้อก่อโรคโควิด-19 เป็นบวก (ตรวจพบเชื้อ) และ น้องได้ถูกรับตัวไว้ในโรง พยาบาล พยาบาลจะขอเก็บเลือดจากน้องจำนวน 5 ซีซี (ประมาณ 1 ช้อนชา) และจะมีการเก็บเลือด (จำนวน 5 ซีซี หรือ 1 ช้อนชา) เรียงตามลำดับ วันที่กำหนด ทุก ๆ 3 วัน (+/- 1 วัน) ในระหว่างการนอนในโรงพยาบาลจน กระทั่งออกจากโรงพยาบาล โดยในการเก็บเลือดแต่ละครั้ง พยาบาลจะสอบถามน้องเพื่อเกี่ยวกับอาการ และ อาการแสดง นอกจากนี้จะมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในระหว่างที่น้องนอนอยู่ในโรงพยาบาล เราจะ ขอให้น้อง/ผู้ปกครอง พาน้องกลับมาที่โรงพยาบาลเพื่อเก็บเลือดครั้งสุดท้าย (จำนวน 5 ซีซี) หลังจากวันที่น้องเข้านอนโรงพยาบาล ผ่านไปประมาณ 4-6 สัปดาห์ หากผลการตรวจหาเชื้อไวรัสก่อโรคโควิด-19 ออกมาเป็นบวก (ตรวจพบเชื้อ) แต่หมอให้น้องเก็บตัวอย่างที่บ้าน จะมีการเก็บเลือดในทันทีหลังจากที่มีการแจ้งผลการตรวจ (หรือเร็วที่สุด) ในวันที่ 6 และ 12 และ ครั้งสุดท้ายนับจากวันมีการแจ้งผลการตรวจ ผ่านไปประมาณ 4-6 สัปดาห์ เราจะทำการตรวจหาเชื้อก่อโรคในระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ เพิ่มเติม และหากน้องยินดีเข้าร่วมการติดตามในระยะเวลา 1 ปี เราจะติดต่อน้อง/ผู้ปกครองของน้อง ทางโทรศัพท์ เพื่อทำการสัมภาษณ์ทุก ๆ 3 เดือน (+-1 สัปดาห์) โดยจะสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง โรคใหม่ที่แพทย์ตรวจพบ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเรียน การดูแลช่วยเหลือตนเองของน้อง รวมถึงการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ เราจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเพิ่มเติม การวินิจฉัยโรคที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 จากเวชระเบียนผู้ป่วยของน้อง

ในขณะนี้ยังไม่รู้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีและการเป็นโรคโควิด-19เกี่ยวข้องกันอย่างไร ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีอาจมี โอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงกว่าคนปกติหากเป็นโรคโควิด-19 ร่วมด้วย เรา จะเก็บข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี จากเวชระเบียนผู้ป่วยของน้อง หรือฐานข้อมูลของโรงพยาบาล และรักษาไว้เป็นความลับเป็นระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี หลังสิ้นสุดโครงการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

หากน้องเข้าร่วมในโครงการ หมอที่รักษาน้องจะทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ การตรวจหาโรคโควิด-19 ซึ่งอาจ ทำให้น้องได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งอาจทำให้ผลการรักษาออกมาดีขึ้น โดยโครงการฯ จะเป็น ผู้รับผิดชอบค่าตรวจหาโรค โควิด-19 ดังกล่าว หากน้องมีผลตรวจเป็นบวก น้องจะได้รับการรักษาจาก โรงพยาบาลตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข การเข้าร่วมการติดตาม

Project

ระยะเวลา 1 ปี จะช่วยให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับผลของโควิด-19 ต่อร่างกายของน้องทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผลการศึกษาอาจช่วยให้เราสามารถให้ การดูแลรักษาน้อง และผู้ป่วยรายอื่นๆ ได้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

ความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น

การเข้าร่วมโครงการนี้มีความเสี่ยงต่อน้องน้อยมาก โดยอาจเกิดจากการเก็บตัวอย่างที่ป้ายจากช่องหลังโพรงจมูก จากภายในจมูก จากภายในลำคอ จากการเก็บตัวอย่าง น้ำลาย และตัวอย่างเลือด (เฉพาะผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ที่กำหนด หรือผู้ป่วยที่มีผลตรวจโรคโควิด-19 เป็นบวก) เราคาดว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการเก็บ ตัวอย่าง มีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก อย่างไรก็ตามหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตรายร้ายแรง เจ้าหน้าที่โครงการที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในขณะนั้นก็จะทราบได้ในทันทีที่เกิดเหตุการณ์ ผู้จัดการโครงการ/ผู้ประสานงานโครงการประจำโรงพยาบาลจะได้รับแจ้งภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากเกิดเหตุการณ์

สำหรับการเก็บเลือดจากผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตามที่กำหนด หรือผู้ป่วยที่มีผลตรวจโรคโควิด-19 เป็นบวก โรงพยาบาลที่ทำหน้าที่เจาะเลือดจะพยายามทำให้น้องรู้สึกเจ็บปวดน้อยที่สุด แต่น้องยังอาจจะรู้สึกปวดเล็กน้อย คล้ายหนามตำ หรือรู้สึกเหมือนโดนผึ้งต่อย เข็มที่ใช้จะเป็นเข็มใหม่ที่สะอาด และปลอดเชื้อ น้องอาจจะเป็นลม หรือรู้สึกหวิวๆ หลังจากการเจาะเลือด น้องอาจจะมึนงงหรือมีเลือดออกจากแขนบริเวณที่เข็มแทง

ในการเข้าร่วมโครงการนี้ น้องต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือไม่

น้องไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมโครงการ แต่จะมีความไม่สะดวกเล็กน้อย ที่น้องต้องสละเวลา ในการตอบคำถาม ในระหว่างขึ้นทะเบียนเข้าร่วมโครงการ การเข้ารับการตรวจ รวมถึงการติดตามอาการ และการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทุก ๆ 3 เดือน (+/- 1 สัปดาห์) จนครบระยะติดตาม 1 ปี หากผลตรวจของน้องออก มาเป็นบวก

ค่าตอบแทน

น้องจะได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินจำนวน 300 บาทต่อครั้งต่อคน เพื่อเป็นค่าตอบแทนที่น้องได้เสียสละเวลา และ ให้ความพยายาม ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการ แต่ไม่มีค่าตอบแทนเพิ่มเติมสำหรับการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี

การใช้ข้อมูลส่วนตัวและตัวอย่างของน้องที่ได้จากโครงการนี้

เราจะเก็บข้อมูลของน้องเอาไว้เป็นความลับ โดยจะเก็บไว้โดยใช้ เลขประจำตัวผู้ป่วย (study ID) ที่โครงการฯ กำหนดให้แทนการใช้ชื่อของน้อง เราจะไม่บอกชื่อหรือข้อมูลที่สามารถทำให้ระบุตัวน้องได้แก่ใคร เวชระเบียน

Project

ของน้องอาจได้รับการทบทวนโดยเจ้าหน้าที่โครงการ หรือ คณะ กรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตัวอย่างที่เหลือ จะถูกเก็บไว้โดยไม่ระบุชื่อของน้องหรือข้อมูลที่จะทำให้สามารถระบุตัวน้องได้ ตัวอย่างที่เก็บไว้นี้จะถูกนำไปใช้ เพื่อการศึกษาโรคโควิด-19 ในอนาคต เพื่อให้เรา มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้มากขึ้น และหาวิธีตรวจวินิจฉัย การให้การรักษา และ รักษาโรคให้หายขาดต่อไป

น้องจะถอนตัวออกจากโครงการหลังจากได้ให้การยินยอมเข้าร่วมโครงการไปแล้วได้หรือไม่ หากน้องได้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ด้วยความสมัครใจ น้องสามารถขอถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้ง เหตุผลใดๆ โดยการถอนตัวนี้จะไม่ผลกระทบใดๆ กับน้อง รวมทั้งจะไม่กระทบต่อการ รักษาพยาบาลตามที่น้องพึงได้รับตามปกติในโรงพยาบาล

หากน้องไม่เข้าร่วมโครงการนี้ น้องจะมีทางเลือกอื่น ๆ อย่างไรบ้าง
น้องจะยังคงได้รับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ตามปกติทุกประการ

หากน้องมีข้อสงสัยหรือข้อกังวลเกี่ยวกับโครงการนี้ จะถามใคร
หากน้องมีคำถามเกี่ยวกับโครงการ น้องสามารถติดต่อ ดร.สายทิพย์ เฟงศรี โทรศัพท์: 02 580 0669 ต่อ 318 โทรศัพท์มือถือ: 081 845 2906 หรือคุณทวัน สิมมะลิ หัวหน้าทีมวิจัย ที่จังหวัดนครพนม โทรศัพท์: 042 516 205-6 โทรศัพท์มือถือ: 064 697 1979 หรือคุณสำคัญ เจ้าประเสริฐ ผู้จัดการโครงการวิจัยและ เฝ้าระวังที่จังหวัดตาก โทรศัพท์มือถือ: 065 935 8947 หรือ พญ.ณัฐกานต์ ชื่นชม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โรคติดเชื้อโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก โทรศัพท์: 055 551 8111 โทรศัพท์มือถือ: 080 500 1036

หากน้องรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างที่เข้าร่วมโครงการนี้
น้องสามารถแจ้งเรื่องได้ที่:

สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-591-3876, 02-591-3541

เอกสารแสดงพร้อมใจในการเข้าร่วมโครงการสำหรับผู้ป่วยอายุ 13-17 ปี

Study ID _____

ชื่อโครงการ: การเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ในจังหวัดนครพนม และจังหวัดตาก

วันที่ลงนามให้การยินยอม ____/____/____
วัน เดือน ปีฉันชื่อได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารแนะนำโครงการ
สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ และฉันยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

ก่อนที่จะลงชื่อในใบยินยอมนี้ ฉันได้รับการอธิบายว่าโครงการนี้ทำเพื่ออะไร วิธีการศึกษา อันตราย
หรืออาการที่ อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับอย่างละเอียด และ
มีความเข้าใจดีแล้ว

เจ้าหน้าที่โครงการได้ตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยจนเป็นที่พอใจของฉัน

ฉันเข้าใจว่าฉันสามารถออกจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่โครงการ และ การบอกเลิก
นี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ฉันควรได้รับตามปกติ

ฉันเข้าใจว่าทางโครงการจะไม่ใช้ชื่อหรือที่อยู่ของฉัน ข้อมูลจะมีการเปิดเผย
ในลักษณะของการสรุปผลโครงการ เท่านั้น โดยไม่มีรายละเอียดของฉัน

การเซ็นชื่อของฉัน (หรือเซ็นชื่อด้วยอักษรย่อของชื่อ-นามสกุล/พิมพ์หัวแม่มือของฉัน)

ลงในใบยินยอมนี้ หมายความว่า:

1. ฉันตกลงเข้าร่วมโครงการนี้
2. ฉันอนุญาตให้เจ้าหน้าที่โครงการ หรือสมาชิกคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ทำการทบทวน
บันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยของฉันได้
3. ฉันยินยอมให้เก็บตัวอย่าง โดยการป้ายจากช่องหลังโพรงจมูก จากภายในจมูก จากภายในลำคอ
และเก็บตัวอย่างน้ำลายของฉัน

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

- หากฉันเข้าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ฉันยินยอมให้มีการเก็บเลือดจากฉัน

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

Project

- หากผลตรวจ **COVID-19** ออกมาเป็นบวก ฉันยินยอมให้เก็บเลือดที่เก็บเรียงตามลำดับวันที่กำหนด นับจากวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประมาณทุกๆ 3 วัน (+/- 1 วัน) ในระหว่างที่นอนในโรงพยาบาลจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล และผ่านไปประมาณ 4-6 สัปดาห์ หรือหากฉันอยู่ที่บ้าน ฉันยินยอมให้เก็บเลือดทันทีหลังจาก ที่มีการแจ้งผล การตรวจ (หรือใกล้เคียงที่สุด) และหลังจากนั้นในวันที่ 6 วันที่ 12 และ 4-6 สัปดาห์ หลังจากวันที่มีการแจ้งผลการตรวจ

☐ ยินยอม
 ☐ ไม่ยินยอม

ฉันยินยอมเข้าร่วมการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยให้เจ้าหน้าที่ติดต่อสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทุก

ๆ 3

เดือน (+-1 สัปดาห์) และทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของฉัน

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

- ฉันยินยอมให้ข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีของฉัน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

☐ ยินยอม
 ☐ ไม่ยินยอม

- ฉันยินยอมให้มีการเก็บตัวอย่างที่เหลือจากการตรวจ ทั้งตัวอย่างเลือด และตัวอย่างจากระบบทางเดินหายใจของฉันไว้เพื่อการศึกษาในอนาคตที่อาจมีเพื่อใช้ในการตรวจยืนยัน หรือเพื่อการประเมินวิธีการตรวจใหม่ ๆ หรือเพื่อตรวจหาเชื้ออื่น ๆ โดยไม่ต้องมีการขอความยินยอมเพิ่มเติม

☐ ยินยอม
 ☐ ไม่ยินยอม

ลายมือชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการอายุ 13-17 ปี

(.....) ชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าร่วมโครงการอายุ 13-17 ปี
(ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่โครงการ

(.....) ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่โครงการ (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ..... พยาน

(.....) ชื่อ-นามสกุลพยาน (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ..... พยาน

Project

(.....) ชื่อ-นามสกุลพยาน (ตัวบรรจง)

ฉันไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่เจ้าหน้าที่โครงการได้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลโครงการ
รวมทั้งใบแสดงการยินยอม และได้รับคำตอบต่อทุกข้อสงสัยทั้งหมดแล้ว ฉันมีความเข้าใจดี ทุกประการ และ
ได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วย ความเต็มใจ

ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือ..... ผู้เข้าร่วมโครงการอายุ 13-17 ปี

(.....) ชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าร่วมโครงการอายุ 13-17 ปี
(ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่โครงการ

(.....) ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่โครงการ (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ..... พยาน

(.....) ชื่อ-นามสกุลพยาน (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ..... พยาน

(.....) ชื่อ-นามสกุลพยาน (ตัวบรรจง)

เอกสารแนะนำโครงการสำหรับผู้ป่วยอายุ 7-12 ปี

ชื่อโครงการ: การเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีอาการไข้อยู่ในจังหวัดนครพนม และจังหวัดตาก ประเทศไทย

โครงการนี้มีที่มาอย่างไร และทำเพื่ออะไร

สวัสดีครับ/ค่ะ พี่ชื่อ_____ หนูได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการ เพื่อ ตรวจหาโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีไข้ ที่โรงพยาบาลแห่งนี้

หากมีข้อความในเอกสารนี้ที่หนูอ่านแล้วไม่เข้าใจ ให้หนูบอกให้พี่อธิบายจนกว่าหนูจะเข้าใจ โดยหนูจะตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการก็ได้

ทั้งนี้เราพยายามจะหาคำตอบว่าคนที่ไข้ จะเป็นโรคโควิด-19 หรือไม่ ซึ่งโรคนี้เกิดจากเชื้อโรค ซึ่งทำให้เกิดการ ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เราจะชวนให้หนูเข้าร่วมโครงการเพราะหนูไม่สบาย มีไข้

จะมีการทำอะไรบ้างในโครงการนี้

หากหนูตกลงเข้าร่วมโครงการ เราจะสอบถามคุณพ่อหรือคุณแม่/ผู้ปกครองของหนู เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย กิจกรรมต่างๆ ที่บ้าน โรงเรียนและประวัติการเดินทางของหนู และจะถามคุณพ่อหรือ คุณแม่/ผู้ปกครองของ หนู เกี่ยวกับโรคนี้ พี่จะดูบันทึกการรักษาของหมอเพื่อดูว่าอาการป่วยของหนูเป็นอย่างไร

พยาบาลจะใช้ไม้พันสำลีป้ายจากภายในช่องหลังโพรงจมูก จากภายในจมูก จากในลำคอ และ พยาบาลจะขอ ให้หนูบ้วนน้ำลายลงในกระปุก ถ้าหนูเข้าเกณฑ์ที่กำหนดจะมีการเจาะเลือด (จำนวน 5 ซีซี ประมาณ 1 ช้อนชา) หนูอาจจะได้รับการตรวจหาเชื้อโรคอื่น ๆ ที่ทำให้หนูไม่สบายเพิ่มเติม หากหนูติดเชื้อ โรคชนิดนี้ และเข้านอนในโรงพยาบาล พยาบาลจะเจาะเลือดจากหนูจำนวน 5 ซีซี (ประมาณ 1 ช้อนชา) และ จากนั้นประมาณทุกๆ 3 วัน (+/- 1 วัน) จนกว่าหนูจะ กลับบ้าน เราจะขอให้หนู/ผู้ปกครอง

Project

พาหนูกลับมาที่โรงพยาบาล เพื่อเข้ารับการเจาะเลือดครั้งสุดท้าย (จำนวน 5 ซีซี)
หลังจากวันที่หนูป่วยผ่านไป ประมาณ 4-6 สัปดาห์ หากหนูติดเชื้อโรคชนิดนี้และหนูอยู่ที่บ้าน จะมีการเจาะ
เลือดในทันทีหลังจากที่มีการแจ้งผลการตรวจ (หรือใกล้เคียงที่สุด) ในวันที่ 6 และ 12 หลังจากวันที่หนูป่วย
และ ครั้งสุดท้ายหลังจากวันที่หนูป่วยผ่านไปประมาณ 4-6 สัปดาห์ เราจะโทรศัพท์หาคุณพ่อ/คุณแม่/
ผู้ปกครองของหนู เพื่อถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของหนูทุก ๆ 3 เดือน (+/- 1 สัปดาห์) เป็นระยะเวลา 1 ปี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

โครงการนี้จะไม่ทำให้หนูหายดีจากอาการป่วยที่หนูเป็น
แต่ผลการตรวจที่ได้รับอาจช่วยให้หมอรักษาหนูได้ดีขึ้น นอกจากนี้หมอยังจะได้รับข้อมูลซึ่งอาจช่วย
ดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กคนอื่นๆ ได้ดีขึ้นในอนาคต

ความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น

การเข้าร่วมโครงการนี้ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายกับหนูน้อยมาก

ในการเข้าร่วมโครงการนี้ หนูต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือไม่

หนูไม่ต้องจ่ายเงินในการเข้าร่วมโครงการ

ค่าตอบแทน

หนูจะได้รับค่าตอบแทนเป็นเงิน 300 บาทต่อครั้งต่อคน เพื่อเป็นค่าตอบแทนที่หนูได้ เสียสละเวลา
และใช้ความ พยายามในการเข้าร่วมในโครงการ แต่ไม่มีค่าตอบแทนเพิ่มเติมสำหรับการเข้าร่วมการติดตาม
ในระยะ 1 ปี

การใช้ข้อมูลส่วนตัวและตัวอย่างที่ได้จากโครงการนี้

เราจะเก็บข้อมูลของหนูเอาไว้เป็นความลับ เราจะไม่บอกชื่อหนูกับใคร
ตัวอย่างที่เหลือจะถูกเก็บรักษาไว้เพื่อนำไป ตรวจเพิ่มเติมในอนาคตโดยจะไม่เขียนชื่อของหนูเอาไว้

หนูจะถอนตัวออกจากโครงการหลังจากได้ให้การยินยอมเข้าร่วมโครงการไปแล้วได้หรือไม่

หนูสามารถออกจากโครงการนี้ได้ตลอดเวลา โดยที่不会有ผลใดๆ ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยตามที่หนูควรจะได้รับตามปกติในโรงพยาบาล

หากหนูไม่เข้าร่วมโครงการนี้ หนูจะมีทางเลือกอื่น ๆ อย่างไรบ้าง

หนูจะยังคงได้รับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ตามปกติอย่าง

Project

หากหนูมีข้อสงสัยหรือข้อกังวลเกี่ยวกับโครงการนี้ จะถามใคร

หากหนูมีคำถาม หนูสามารถติดต่อ ดร.สายทิพย์ เฟ่งศรี โทรศัพท์: 02 580 0669 ต่อ 318 โทรศัพท์มือถือ: 081 845 2906 หรือคุณทวัน สิมมะลิ หัวหน้าทีมวิจัย ที่จังหวัดนครพนม โทรศัพท์: 042 516 205-6 โทรศัพท์มือถือ: 064 697 1979 หรือคุณสำคัญ เจ้าประเสริฐ ผู้จัดการโครงการและเผ้าระวัง ที่จังหวัดตาก โทรศัพท์มือถือ: 065 935 8947 หรือ พญ.ณัฐกานต์ ชื่นชม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก โทรศัพท์: 055 551 8111 โทรศัพท์มือถือ: 080 500 1036

**หากหนูรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างที่เข้าร่วมโครงการนี้
หนูสามารถแจ้งเรื่องได้ที่:**

สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-591-3876, 02-591-3541

เอกสารแสดงความพร้อมใจในการเข้าร่วมโครงการสำหรับผู้ป่วยอายุ 7-12 ปี

Study ID _____

ชื่อโครงการ: การเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ในจังหวัดนครพนม และจังหวัดตาก ประเทศไทย

วันที่ลงนามให้การยินยอม _____ / _____ / _____
วัน เดือน ปี

หนูชื่อ.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารแนะนำโครงการ
และหนูยินยอมเข้าร่วมโครงการนี้ด้วยความสมัครใจ

ก่อนที่จะลงชื่อในใบยินยอมนี้ หนูได้รับการบอกว่าโครงการนี้ทำอะไร มีวิธีการทำอย่างไร อันตราย หรือ
อาการที่ อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และมีความเข้าใจดีแล้ว

เจ้าหน้าที่โครงการได้ตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยจนเป็นที่พอใจของหนู

หนูเข้าใจว่าหนูสามารถออกจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเจ้าหน้าที่โครงการ และการออกจาก
โครงการ จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่หนูควรได้รับตามปกติ

หนูเข้าใจว่าทางโครงการจะไม่ใช้ชื่อหรือที่อยู่ของหนู และการเปิดเผยข้อมูล จะเป็น
ในลักษณะของการสรุปผล โครงการเท่านั้นโดยไม่มีรายละเอียดของหนู

การเซ็นชื่อของหนู (หรือเซ็นชื่อด้วยอักษรย่อของชื่อ-นามสกุล/พิมพ์หัวแม่มือของหนู)

ลงในใบยินยอมนี้ หมายความว่า:

1. หนูตกลงเข้าร่วมโครงการนี้
 2. หนูยินยอมให้เจ้าหน้าที่โครงการหรือ สมาชิกคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ทำการทบทวนบันทึก ข้อมูลการเจ็บป่วยของหนูได้
 3. หนูยินยอมให้ทำเก็บตัวอย่างจากหนูโดยการป้ายจากภายในช่องหลังโพรงจมูก จากภายในจมูก
จากภายในลำคอของหนู และเก็บตัวอย่างน้ำลาย
- ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

- ถ้าหนูเข้าเกณฑ์ที่กำหนด หนูยินยอมให้เก็บเลือดจากหนู

Project

☐ ยินยอม☐ ไม่ยินยอม

- หากผลตรวจ **COVID-19** ออกมาเป็นบวก หนูยินยอมให้มีการ เก็บเลือด โดยเก็บเรียงตามลำดับวันที่กำหนด นับจากวันที่หนูนอนโรงพยาบาลและประมาณทุกๆ 3 วัน (+/- 1 วัน) ไปจนถึงวันที่หนูกลับบ้าน และ ผ่านไปประมาณ 4-6 สัปดาห์ หรือหากหนูอยู่ที่บ้าน
หนูยินยอมให้เก็บเลือดจากหนูใน วันที่ หลังจากที่มีการแจ้งผลการตรวจ (หรือใกล้เคียงที่สุด) และหลังจากนั้นในวันที่ 6 วันที่ 12 และ 4-6 สัปดาห์หลังจากวันที่มีการแจ้งผลการตรวจ

☐ ยินยอม☐ ไม่ยินยอม

หนูยินยอมเข้าร่วมการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี หนูยินยอมให้โทรศัพท์สอบถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

ทุก ๆ 3 เดือน (+1 สัปดาห์) และทบทวนข้อมูลการเจ็บป่วยของหนู

☐ ยินยอม☐ ไม่ยินยอม

- หนูตกลงยินยอมให้ข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีของหนู ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

☐ ยินยอม☐ ไม่ยินยอม

- หนูตกลงยินยอมให้มีการเก็บตัวอย่างที่เหลือจากการตรวจ ไว้เพื่อตรวจในอนาคต โดยไม่ต้องมีการขอความยินยอมเพิ่มเติมจากหนู

☐ ยินยอม☐ ไม่ยินยอม

ลายมือชื่อ..... ผู้เข้าร่วมโครงการอายุ 7-12 ปี

(.....) ชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าร่วมโครงการอายุ 7-12 ปี
(ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่โครงการ

(.....) ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่โครงการ (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ..... พยาน

(.....) ชื่อ-นามสกุลพยาน (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ..... พยาน

Project

(.....) ชื่อ-นามสกุลพยาน (ตัวบรรจง)

หนูไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่เจ้าหน้าที่โครงการได้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลโครงการ
รวมทั้งใบแสดงการยินยอม และได้รับคำตอบต่อทุกข้อสงสัยทั้งหมดแล้ว หนูเข้าใจในทุกอย่าง
และได้ให้การยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือ..... ผู้เข้าร่วมโครงการอายุ 7-12 ปี

(.....) ชื่อ-นามสกุลผู้เข้าร่วมโครงการอายุ 7-12 ปี
(ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่โครงการ

(.....) ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่โครงการ (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ..... พยาน

(.....) ชื่อ-นามสกุลพยาน (ตัวบรรจง)

ลายมือชื่อ..... พยาน

(.....) ชื่อ-นามสกุลพยาน (ตัวบรรจง)