

## 1. ข้อมูลทั่วไป

เลขบัตรประชาชน/passport.....

ชื่อ - นามสกุล.....เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ .....ปี .....เดือน สัญชาติ .....

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

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

ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย ☐ บ้าน ☐ อื่น ๆ ระบุ ..... เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

โรคประจำตัว .....

## 2. ข้อมูลทางคลินิก

วันที่เริ่มป่วย ..... วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก ..... สถานพยาบาล ..... จังหวัด .....

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษในปัจจุบัน ..... จังหวัด .....

อาการและอาการแสดงในวันพบผู้ป่วย : ☐ ใช้ ออณหภูมิแก๊ส ..... องศาเซลเซียส O2Sat .....☐ ไอ ☐ เจ็บคอ ☐ ปวดกล้ามเนื้อ ☐ มีน้ำมูก ☐ มีเสมหะ ☐ หายใจลำบาก (dyspnea)☐ ปวดศีรษะ ☐ ถ่ายเหลว ☐ อื่น ๆ ระบุ ..... ☐ ใส่เครื่องช่วยหายใจเอ็กซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำ เมื่อวันที่ ..... ระบุผล .....CBC (ครั้งแรก): วันที่ ..... ผล Hb ..... mg% Hct .....% Platelet count ..... x 10<sup>3</sup>

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

ผลตรวจ Influenza test วิธีการตรวจ ..... ☐ Negative ☐ Positive ☐ Flu A ☐ Flu B

ผลตรวจ SARS-CoV-2

ครั้งที่	วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	สถานที่ส่งตรวจ	ผลตรวจ
				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected

ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน admit วันที่ ..... การวินิจฉัยเบื้องต้น .....การให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ☐ ไม่ให้ ☐ ให้ วันที่รับยาโดสแรก .....☐ Darunavir/Ritonavir (DRV/r)☐ Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)☐ Favipiravir☐ Chloroquine☐ Hydroxychloroquine☐ ยาอื่น ๆ ระบุ .....สถานะผู้ป่วย ☐ หาย ☐ ยังรักษาอยู่ ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งตัวไป รพ. .... ☐ อื่น ๆ ระบุ .....

## 3. ประวัติเสี่ยง

• ช่วง 14 วันก่อนป่วย อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ระบุเมือง .....ประเทศ..... ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

เดินทางเข้าประเทศไทยวันที่ ..... โดยสายการบิน ..... เที่ยวบินที่ ..... เลขที่นั่ง .....

• ช่วง 14 วันก่อนป่วย ได้รับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของพื้นที่ที่มีการระบาด ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่• ช่วง 14 วันก่อนป่วย ได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่• ช่วง 14 วันก่อนป่วย มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบุ..... ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่• ช่วง 14 วันก่อนป่วย ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่• ช่วง 14 วันก่อนป่วย มีประวัติเดินทางไปสถานที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น ผับ สนามมวย ระบุ..... ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่• เป็นผู้ป่วยอาการทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่• เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่• เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

• อื่น ๆ ระบุ .....

รายละเอียดเหตุการณ์ ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ก่อนเริ่มป่วย

.....

.....

.....

.....

ตารางกิจกรรมและการเดินทางตั้งแต่เริ่มป่วย

วัน	วันที่	กิจกรรม/สถานที่	จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม (ระบุบุคคล หากทำได้)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

ผู้รายงาน ..... หน่วยงาน ..... โทรศัพท์ .....

วันที่สอบสวน .....