

แบบสอบถามของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

ส่วนที่ 1

1. ข้อมูลทั่วไป

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

สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... อาชีพ.....

(ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น นักเรียน, นักบวช, ทหาร, นักโทษ เป็นต้นและหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าลักษณะการทำงานที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยอย่างไร)

สถานที่ทำงาน (ระบุชื่อ)..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

ที่อยู่ขณะป่วย เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... โทรศัพท์ บ้าน..... มือถือ.....

ผู้ให้ข้อมูล ☐ ผู้ป่วย ☐ญาติ ระบุความสัมพันธ์..... ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

2. ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

- 2.1 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสสัตว์ปีก (ฟาร์ม/ เลี้ยง/ ในธรรมชาติ) เช่น จับ ขำแหละ ฝังกลบ หรือรับประทาน สุก ๆ ดิบ ๆ เป็นต้น
- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุลักษณะการสัมผัส.....
- 2.2 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสุกร หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ ที่ป่วย/ ตายผิดปกติหรือไม่ทราบสาเหตุ
- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ (วัน/เดือน/ปี ที่สัมผัส).....ชนิดสัตว์.....
- 2.3 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านพักอาศัยในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกป่วยตายผิดปกติหรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม
- ☐ ไม่มี ☐ มี.....
- 2.4 ในช่วง 14 วันก่อนป่วยไปตลาดสดที่มีการค้าสัตว์ปีก/สัตว์ป่า/สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม/อาหารทะเล ในเมืองอู่ฮั่น (Wuhan) มณฑลหูเป่ย์ (Hubei) ประเทศจีน
- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุชื่อตลาดและชนิดของสัตว์.....
- 2.5 ในช่วง 14 วันก่อนป่วยไปตลาดสดที่มีการค้าสัตว์ปีก/สัตว์ป่า/สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม/อาหารทะเล นอกเหนือจากข้อ 2.4
- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุชื่อตลาดและชนิดของสัตว์.....
- 2.6 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านอาศัยอยู่ หรือ มีการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด
- ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้
- ชื่อประเทศ..... เมือง/ จังหวัด..... อำเภอ.....
- วันที่ไปเดินทางไปถึง..... เหตุผลของการเดินทางไปประเทศดังกล่าว.....
-
- กิจกรรมที่ทำในต่างประเทศ
- ☐ ไปทำงาน ลักษณะงาน.....สถานที่.....
- ระยะเวลา.....
- ☐ ประชุม/อบรม .สถานที่.....วันที่.....

☐ ไปศึกษา โรงเรียน/มหาวิทยาลัย.....
ระยะเวลา.....

☐ ไปเยี่ยมญาติ บ้านเลขที่.....ระยะเวลา.....

☐ ไปเที่ยว

กิจกรรมที่ทำ.....สถานที่.....วันที่.....

กิจกรรมที่ทำ.....สถานที่.....วันที่.....

กิจกรรมที่ทำ.....สถานที่.....วันที่.....

กิจกรรมที่ทำ.....สถานที่.....วันที่.....

กิจกรรมที่ทำ.....สถานที่.....วันที่.....

☐ อื่นๆ โปรดระบุ

วันที่เดินทางมาถึงประเทศไทย.....สายการบิน.....เที่ยวบินที่.....เลขที่นั่ง.....

2.7 ท่านมีประวัติเข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลขณะอยู่ที่ประเทศดังกล่าวหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุวันที่เข้าโรงพยาบาล..... ชื่อโรงพยาบาล.....

2.8 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านให้การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่/ ปอดอักเสบหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุความสัมพันธ์..... ชื่อ (หากสามารถระบุได้).....

2.9 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านประวัติสัมผัสผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

2.10 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านมีบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือมีการระบาดของปอดอักเสบในชุมชน

☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ ระบุรายละเอียดของผู้ป่วยปอดอักเสบรายอื่น

ชื่อ-สกุล.....วันเริ่มป่วย.....

อาการ.....

การวินิจฉัย.....โรงพยาบาลที่วินิจฉัย.....

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้.....

3. ข้อมูลการเจ็บป่วย

3.1 วันเริ่มป่วยวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3.2 สถานที่รักษา (ครั้งแรก).....วันที่.....

เป็น ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน สถานที่ Admit.....วันที่.....

3.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือโรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)

☐ โรคปอดเรื้อรัง เช่น COPD, chronic bronchitis, chronic bronchiectasis, BPD หรือหอบ (asthma) ที่กำลังรักษา

☐ โรคหัวใจ เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด, โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ congestive heart failure

☐ โรคตับเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง (cirrhosis) ☐ โรคไต, ไตวาย

☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ☐ โลหิตจาง (ธาลัสซีเมีย, sickle cell anemia)

☐ พิกการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ☐ ตั้งครรภ์ อายุครรภ์.....สัปดาห์

☐ อ้วน ส่วนสูง.....เซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม (BMI =)

☐ มะเร็งที่กำลังรักษา ระบุประเภท..... ☐ อื่น ๆ

ประวัติการสูบบุหรี่ ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ ☐ สูบ ☐ ยังสูบ ปริมาณ.....มวน/ซอง ต่อ วัน/สัปดาห์

☐ หยุดสูบ สูบมานาน.....

ประวัติการติดเชื้อ ☐ ไม่ติดเชื้อ ☐ ติด ☐ ถ้าติดเชื้อ ☐ ยังติดเชื้อ ปริมาณ.....ต่อ วัน/สัปดาห์

☐ หยุดติดเชื้อ คืบมานาน.....

3.4 ประวัติการได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ☐ ไม่เคยได้รับ ☐ เคยได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ

3.5 อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล

3.6 อาการผู้ป่วยตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน

อาการและ อาการแสดง	วันเริ่มป่วย วันที่		วันที่หลังวันเริ่มป่วย											
	0		1		2		3		4		5		6	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไข้ (ระบุ Temp °C)														
ไอ														
เจ็บคอ														
มีน้ำมูก														
มีเสมหะ														
หายใจลำบาก														
หอบเหนื่อย														
ปวดกล้ามเนื้อ														
ปวดศีรษะ														
ถ่ายเหลว														

อาการอื่น ๆ ระบุ (ถ้ามี).....

ใส่ท่อช่วยหายใจ ☐ ไม่ใส่ ☐ ใส่ ระบุวันที่ใส่.....

การรักษา ได้รับยาต้านไวรัส ☐ ไม่ได้ ☐ ได้รับ ระบุชื่อยา

ขนาดที่ได้รับ..... วันที่เริ่มให้ยา..... วันที่หยุดยา

4. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.1 CBC ครั้งที่ 1 : วันที่..... ผล Hb.....% Hct.....% WBC.....cell/ml

Neutrophil.....% Lymphocyte.....% Atypical lymphocyte.....% Monocyte.....%

Eosinophil.....% Platelet count.....cell/ml

ครั้งที่ 2 : วันที่..... ผล Hb.....% Hct.....% WBC.....cell/ml

Neutrophil.....% Lymphocyte.....% Atypical lymphocyte.....% Monocyte.....%

Eosinophil.....% Platelet count.....cell/ml

4.2 Sputum gram stain: วันที่..... ผล.....

4.3 Sputum AFB ครั้งที่ 1: วันที่..... ผล.....

ครั้งที่ 2: วันที่..... ผล.....

ครั้งที่ 3: วันที่..... ผล.....

4.4 Sputum culture: วันที่..... ผล.....

4.5 Hemo-culture : วันที่..... ผล.....

4.6 CXR ครั้งที่ 1: วันที่..... ผล.....

ครั้งที่ 2: วันที่..... ผล.....

ครั้งที่ 3: วันที่..... ผล.....

4.7 Rapid test (สำหรับไข้หวัดใหญ่): ระบุชื่อชุดทดสอบ.....

วันที่..... ผล.....

4.8 Renal function test: วันที่..... ผล BUN..... Cr..... GFR.....

4.9 Liver function test : วันที่..... ผล SGOT..... SGPT..... ALP.....

Total Bilirubin..... Direct Bilirubin.....

Total Protein..... Albumin..... Globulin.....

5. การเก็บวัตถุตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ☐ ไม่เก็บ ☐ เก็บ ระบุตัวอย่างที่เก็บ

☐ Nasopharyngeal swab + Throat swab/ Oropharyngeal swab ใน UTM วันที่เก็บ.....

☐ Nasopharyngeal aspirate ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ.....

☐ Nasopharyngeal wash ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ.....

☐ เสมหะในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ.....

☐ Tracheal suction วันที่เก็บ.....

☐ ตัวอย่าง clotted blood ครั้งที่ 1 วันที่เก็บ..... ครั้งที่ 2 วันที่เก็บ.....

ผลการตรวจ RP33

ชนิดตัวอย่าง..... วันที่เก็บ..... สถานที่ส่งตรวจ.....

ผลการตรวจ

ผลการตรวจ Coronavirus 2019 PCR

1. ชนิดตัวอย่าง..... วันที่เก็บ..... สถานที่ส่งตรวจ.....

ผลการตรวจ

2. ชนิดตัวอย่าง..... วันที่เก็บ..... สถานที่ส่งตรวจ.....

ผลการตรวจ

ผลการตรวจ Novel Coronavirus 2019 PCR

1. ชนิดตัวอย่าง..... วันที่เก็บ..... สถานที่ส่งตรวจ.....

ผลการตรวจ

2.ชนิดตัวอย่าง..... วันที่เก็บ.....สถานที่ส่งตรวจ.....

ผลการตรวจ

.....
.....

ผลการตรวจห้องปฏิบัติการอื่นๆ ระบุ

ชนิดตัวอย่าง..... วันที่เก็บ.....สถานที่ส่งตรวจ.....

ผลการตรวจ

.....
.....

6. การวินิจฉัยเบื้องต้น

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย

7. กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ได้ทำการผ่าพิสูจน์ศพหรือไม่ ☐ ไม่ทำ ☐ ทำ ผล.....

ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... หน่วยงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ..... วันที่สอบสวน.....

ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่...../สปกม. เมื่อวันที่.....

ส่งรายงานสอบสวนให้กับทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค กรมควบคุมโรค เมื่อวันที่.....

โทรศัพท์ 061-6639232, 02-5903810 โทรสาร 02-5903810

8. การค้นหาผู้สัมผัส (รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระบะป่วย ระบุลักษณะการสัมผัสถ้ามีอาการป่วยรุนแรงระบุอาการด้วย)

[illegible]

ส่วนที่ 2 การติดตามลักษณะอาการผู้ป่วยหลังการสอบสวน

อาการและ อาการแสดง	วันแรกรับ		วันที่หลังก่อนโรงพยาบาล																							
	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไข้ (ระบุ Temp °c)																										
ไอ																										
เจ็บคอ																										
มีน้ำมูก																										
มีเสมหะ																										
หายใจลำบาก																										
หอบเหนื่อย																										
ปวดกล้ามเนื้อ																										
ปวดศีรษะ																										
ถ่ายเหลว																										
อุณหภูมิร่างกายสูงสุด																										
อุณหภูมิร่างกายต่ำสุด																										
ซีพจรสูงสุด																										
Oxygen sat																										

ชื่อผู้สัมภาษณ์หน่วยงาน.....โทร.....