

แบบรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - นามสกุล..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ปี.....เดือน
 อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำและหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์)
 สัญชาติ เชื้อชาติ
 ที่อยู่ที่ได้ติดตามได้ในประเทศไทย ☐ บ้าน ☐ อื่นๆ ระบุ
 เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ซอย ถนน
 ตำบล อำเภอ จังหวัด
 โทรศัพท์บ้าน ที่ทำงาน มือถือ

2. ข้อมูลทางคลินิก

วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี) วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก (วัน/เดือน/ปี)
 ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษารั้งแรก จังหวัด
 ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน จังหวัด
 อาการและอาการแสดงวันพบผู้ป่วย : อ่อนเพลียร่างกายเรื้อรัง องค์การอนามัยโลก
☐ ไอ ☐ เจ็บคอ ☐ ปวดกล้ามเนื้อ ☐ มีน้ำมูก ☐ มีเสมหะ ☐ หายใจลำบาก (dyspnea)
☐ ปวดศีรษะ ☐ ถ่ายเหลว ☐ อื่นๆ ระบุ ☐ ใส่เครื่องช่วยหายใจ
 เอกซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำ เมื่อวันที่ ระบุผล
 CBC (ครั้งแรก) : วันที่ ผล Hb mg% Hct % WBC
 Platelet count $\times 10^3$ N % L % Atyp lymph % Mono %
 ผลการตรวจ Influenza test (ถ้ามี) วิธีการตรวจ ☐ Negative / Positive ☐ Flu A ☐ Flu B
 ชนิดของตัวอย่างที่ส่งตรวจ วันที่
 ประเภทผู้ป่วย ☐ Admit วันที่ การวินิจฉัยเบื้องต้น
 การให้ยาด้านไวรัส ☐ ไม่ให้ ☐ ให้ วันที่
 สถานะผู้ป่วย ☐ หาย ☐ ยังรักษาอยู่ ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งตัวไป รพ. ☐ อื่นๆ ระบุ

3. ประวัติเสี่ยง

- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสกับสัตว์ปีก ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ หรือไม่ระบุชนิดสัตว์ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยไปตลาดค้าสัตว์ปีก/สัตว์ป่า/สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม/อาหารทะเล หรือไม่ระบุ..... ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ระบุ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
 เดินทางเข้าประเทศเมื่อวันที่..... โดยสายการบิน..... เที่ยวบินที่..... เลขที่นั่ง.....
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้เข้ารับการรักษหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศที่มีการระบาด ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- อื่นๆ ระบุ

ผู้รายงาน หน่วยงาน โทรศัพท์