

**แบบรายงานผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน หรือสงสัยเป็นไขหวัดนก
หรือไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (ไขหวัดนก (Avian Influenza),
ไขหวัดใหญ่ (Influenza),
ปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ (Pneumonia)) [SARI_AI 1]**

จากหน่วยงาน ถึงหน่วยงาน วันที่รายงาน (เวลา)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล เพศ ชาย หญิง อายุ ปี
อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำและหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากร
ทางการแพทย์) สัญชาติ เชื้อชาติ
ที่อยู่ที่ติดตามได้ บ้าน อื่น ๆ ระบุ เลขที่ หมู่ที่
หมู่บ้าน ซอย ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์บ้าน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

2. ข้อมูลทางคลินิก (กรณีเป็นผู้ป่วยรับ Refer ให้ตรวจสอบข้อมูลจากใบ Refer)

วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี) วันที่นอนโรงพยาบาลแห่งแรก (วัน/เดือน/ปี)
ชื่อโรงพยาบาล จังหวัด
อาการและอาการแสดงวันพบผู้ป่วย: อุณหภูมิร่างกายแรกรับ องศาเซลเซียส
 ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก (dyspnea)
 ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว อื่น ๆ ระบุ
 ใส่เครื่องช่วยหายใจ
เอกซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ไม่ได้ทำ ทำ เมื่อวันที่ ระบุผล
CBC (ครั้งแรก) วันที่ ผล Hb mg% Hct % WBC cells/cu.mm
Platelet count x10³ N % L % Atyp lymph % Mono %
Renal Function Test วันที่ ผล BUN mg/dl, Cr mg/dl
ผลการตรวจ Influenza test (ถ้ามี) วิธีการตรวจ Negative Positive Flu A Flu B
ชนิดของตัวอย่างที่ส่งตรวจ วันที่
ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก วันที่ ผู้ป่วยใน วันที่
การวินิจฉัยเบื้องต้น
การให้ยาต้านไวรัส ไม่ให้ ให้ วันที่
สถานะผู้ป่วย หาย ยังรักษาอยู่ เสียชีวิต วันที่เสียชีวิต
 ส่งตัวไป รพ. อื่น ๆ ระบุ

3. ประวัติเสี่ยง

3.1 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสกับสัตว์ปีก	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.2 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ หรือไม่ระบุชนิดสัตว์	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.3 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกตายมากผิดปกติ หรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.4 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้สัมผัสสุรหรือดื่มนมสุร	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.5 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.6 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.7 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้เข้ารับการรักษหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศที่มีการระบาด	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.8 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.9 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.10 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.11 อื่น ๆ ระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์