

1. ข้อมูลทั่วไป เลขบัตรประชาชน/passport.....

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

กรณีเพศหญิง ไม่ได้ตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สัปดาห์

อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำงานอย่างละเอียด เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ที่สัมผัสกับนักท่องเที่ยว)

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

ที่อยู่ขณะป่วย บ้าน อื่น ๆ ระบุ

เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

โรคประจำตัว..... การสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบ ยังคงสูบ เคยสูบแต่เลิกแล้ว

2. ข้อมูลทางคลินิก

วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี) วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษในปัจจุบัน..... จังหวัด

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก

อาการและอาการแสดง ในวันพบผู้ป่วย : ใช้ อุณหภูมิแรกรับ °C O₂ Sat.....%

ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก

ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ตาแดง ผื่น ตำแหน่ง.....

อื่น ๆ ระบุ

เอกซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ไม่ได้ทำ ทำ เมื่อวันที่ ระบุผล

ใส่ท่อช่วยหายใจใช่หรือไม่ ไม่ใช่ ใช่ วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ...../...../.....

CBC (ครั้งแรก) : วันที่ ผล Hb g/dL Hct % Platelet count x10³

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

ผลการตรวจที่ยืนยันว่าเป็น SARS-CoV-2

วิธีตรวจ	วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	สถานที่ตรวจ	ผลตรวจ
RT-PCR				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
ATK				<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative
Antibody ครั้งที่ 1				<input type="checkbox"/> IgM : <input type="checkbox"/> IgG : <input type="checkbox"/> Neg
Antibody ครั้งที่ 2				<input type="checkbox"/> IgM : <input type="checkbox"/> IgG : <input type="checkbox"/> Neg

3. การรักษาโรคโควิด 19 ด้วย

3.1 ยาด้านไวรัส [] ได้รับ [] ไม่ได้รับ

[] Favipiravir วันเริ่มรับยา [] Remdesivir วันเริ่มรับยา

[] Molnupiravir วันเริ่มรับยา [] Nirmatrelvir/ritonavir วันเริ่มรับยา

[] ยาด้านไวรัสอื่น ๆ ระบุ วันเริ่มรับยา

3.2 ประวัติการได้รับ Long acting antibody (LAAB) [] ไม่ได้รับ [] ได้รับ วันที่ได้รับ/...../.....

4. สถานะผู้ป่วย หาย ยังรักษาอยู่ เสียชีวิต วันที่.....
 ส่งตัวไป รพ. อื่น ๆ ระบุ

วินิจฉัยสุดท้าย

5. ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ เข็มล่าสุด วันที่ได้รับ...../...../..... ชื่อวัคซีน.....

6. ประวัติเสี่ยง

- ช่วง 14 วันก่อนป่วยอาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากเมืองประเทศ..... ไม่ใช่ ใช่
 เดินทางเข้าประเทศไทยวันที่..... โดยสายการบิน..... เที่ยวบินที่..... เลขที่นั่ง.....
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้เข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาล ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบหรือผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยมีประวัติเดินทางไปในสถานที่ที่มีการระบาด ระบุ..... ไม่ใช่ ใช่
- เป็นผู้ป่วยอาการทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน ไม่ใช่ ใช่
- เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ไม่ใช่ ใช่
- เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ไม่ใช่ ใช่
- อื่น ๆ ระบุ

7. รายละเอียดเหตุการณ์ ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ก่อนเริ่มป่วย

.....

8. รายละเอียดเหตุการณ์ กิจกรรมประจำวัน และประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ตั้งแต่เริ่มป่วย

.....

9. การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม

ที่	ชื่อ-สกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่/ เบอร์โทรศัพท์	วันที่ได้รับ วัคซีนครั้ง ล่าสุด	วันเริ่มป่วย	อาการ	การรักษา

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