

1. ข้อมูลผู้เสียชีวิต

เลขบัตรประชาชน/Passport .....

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

ญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่ให้ข้อมูลได้ ..... ความสัมพันธ์กับผู้ตาย ..... เบอร์โทรศัพท์ (ญาติ) .....

อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น บุคลากรทางการแพทย์, สัมผัสกับนักท่องเที่ยว) .....

ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ .....

สถานที่เสียชีวิตในประเทศไทย  โรงพยาบาล  ระหว่างนำส่ง รพ.  บ้าน  อื่นๆ ระบุ .....

2. ข้อมูลทางคลินิก

วันเริ่มป่วย (ว/ด/ป) ..... วันรับการรักษาครั้งแรก (ว/ด/ป) ..... สถานที่รักษาครั้งแรก .....

อาการและอาการแสดง เมื่อเข้ารับการรักษาครั้งแรก  ไม่มีอาการใดๆ  ไข้ อุณหภูมิร่างกายครั้งแรก ..... องศาเซลเซียส

O<sub>2</sub>Sat แรกรับ .....  ไอ  เจ็บคอ  ปวดกล้ามเนื้อ  มีน้ำมูก  มีเสมหะ

หายใจลำบาก (dyspnea)  ปวดศีรษะ  ถ่ายเหลว  จมูกไม่ได้กลิ่น  ลิ้นไม่รับรส  ตาแดง

ผื่นตำแหน่ง .....  อื่นๆ ระบุ .....

วันรับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรก ...../...../..... สถานที่ ..... ผลการวินิจฉัย.....

วันรับการรักษาในสถานพยาบาลแห่งสุดท้าย ...../...../..... สถานที่ ..... ผลการวินิจฉัย.....

ใส่ท่อช่วยหายใจหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ...../...../.....

ภาวะปอดอักเสบร่วมด้วยหรือไม่  มี  ไม่มี  ไม่มีข้อมูล

วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ...../...../..... หน่วยงานที่เก็บตัวอย่าง .....

วันที่เสียชีวิต ...../...../..... การวินิจฉัยสุดท้าย .....

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจที่ยืนยันว่าเป็น SARS-CoV-2

วิธีตรวจ	วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	สถานที่ตรวจ	ผลตรวจ
RT-PCR				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
Antigen เช่น ATK				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
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

เอกซเรย์ปอด  ทำ  ไม่ทำ

(ครั้งที่ .....) วันที่ ..... ระบุผล .....

(ครั้งที่ .....) วันที่ ..... ระบุผล .....

(ครั้งที่ .....) วันที่ ..... ระบุผล .....

4. การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยยา

ยาด้านไวรัส  ไม่ให้

Favipiravir วันเริ่มยา .....  Remdesivir วันเริ่มยา .....

ยาด้านไวรัสอื่น ๆ ระบุ ..... วันเริ่มยา .....

ยารักษาโควิด 19 อื่นๆ  ไม่ให้

Corticosteroids ระบุ ..... วันเริ่มยา .....

ฟ้ำทะลายใจ วันเริ่มยา .....  ยาอื่น ระบุ ..... วันเริ่มยา .....

5. ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ไม่เคยได้รับ       เคยได้รับ มีสมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่     มี       ไม่มี

ครั้งที่ 1 วันที่ได้รับ ...../...../..... ชื่อวัคซีน ..... สถานที่ฉีด .....

ครั้งที่ 2 วันที่ได้รับ ...../...../..... ชื่อวัคซีน ..... สถานที่ฉีด .....

ครั้งที่ 3 วันที่ได้รับ ...../...../..... ชื่อวัคซีน ..... สถานที่ฉีด .....

ครั้งที่ 4 วันที่ได้รับ ...../...../..... ชื่อวัคซีน ..... สถานที่ฉีด .....

6. ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง

น้ำหนัก ..... กิโลกรัม      ส่วนสูง ..... เซนติเมตร

กรณีพิเศษ  ไม่ได้ตั้งครรภ์     ตั้งครรภ์    ครรภ์ที่ .....    อายุครรภ์ .....    สัปดาห์

การสูบบุหรี่  ไม่เคยสูบ     ยังคงสูบ     เคยสูบแต่เลิกแล้ว

โรคประจำตัว / ปัจจัยเสี่ยง     ความดันโลหิตสูง     ไขมันในเลือดผิดปกติ     โรคปอด     หอบหืด

โรคหัวใจ     ไตวาย ระบุระยะ .....     โรคหลอดเลือดสมอง     เบาหวาน     มะเร็งที่อยู่ระหว่างรับเคมีบำบัด

อื่นๆ ระบุ .....

7. สรุปประเภทการเสียชีวิต

เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรคโควิด 19 (pneumonia, ARDS, etc.)

ผู้ที่ตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น / โรคอื่น

ไม่สามารถสรุปได้ว่าเสียชีวิตจากโรคโควิด 19

ผู้รายงาน ..... หน่วยงาน ..... เบอร์โทรศัพท์ ..... วันที่รายงาน .....