

SAT Code :

เลขบัตรประชาชน ID :

Lab ID :

สิทธิการรักษา :



แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Novelcorona 1

1. ข้อมูลทั่วไป

HN :

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

อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำและหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์)

..... สัญชาติ เชื้อชาติ

ที่อยู่ที่ติดตามได้ในประเทศไทย บ้าน อื่น ๆ 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

อาการและอาการแสดง ในวันพบผู้ป่วย : อุณหภูมิร่างกายแรกรับ องศาเซลเซียส

 ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก (dyspnea) ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว อื่น ๆ ระบุ ใส่เครื่องช่วยหายใจ จมูกไม่ได้กลิ่นเอ็กซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ไม่ได้ทำ ทำ เมื่อวันที่ ระบุผล

CBC (ครั้งแรก) : วันที่ ผล Hb mg% Hct % WBC

Platelet count x10³ N % L % Atyp lymph % Mono %ผลการตรวจ Influenza test (ถ้ามี) วิธีการตรวจ Negative / Positive Flu A Flu B

ชนิดของตัวอย่างที่ส่งตรวจ วันที่

ประเภทผู้ป่วย Admit วันที่ การวินิจฉัยเบื้องต้นการให้ยาด้านไวรัส ไม่ให้ ให้ วันที่สถานะผู้ป่วย หาย ยังรักษาอยู่ เสียชีวิต ส่งตัวไป รพ. อื่น ๆ ระบุ

3. ประวัติเสี่ยง

● 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● เป็นผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัด ไม่ใช่ ใช่

● โรคประจำตัว ● อื่น ๆ ระบุ

ผู้รายงาน หน่วยงาน โทรศัพท์.....