



แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
Novel Corona MSMC

ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย

ประวัติส่วนบุคคล

*ชื่อ (ไม่ต้องมีคำนำหน้านาม) *นามสกุล

*เพศ : ชาย หญิง *อายุปี *หมายเลขโทรศัพท์

*เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ถ้าไม่มีให้ใส่ HN. ในช่อง Passport (กรณีเป็นชาวไทย)

*เลขที่ Passport หรือเลขประจำตัวแรงงานต่างด้าว ถ้าไม่มีให้ใส่ HN. ผู้ป่วย (กรณีเป็นชาวต่างประเทศ)

*สิทธิการรักษา:

สัญชาติ : ไทย อื่นๆ โปรดระบุ อาชีพ :

*ที่อยู่ : บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

*อักษรตัวแรกของชื่อภาษาอังกฤษ : *อักษรตัวแรกของนามสกุลภาษาอังกฤษ :

* อาการสำคัญ

กรณีที่มีอาการป่วย โปรดระบุวันที่เริ่มป่วย/...../.....

1. ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป หรือ ให้ประวัติว่ามีไข้ในการป่วยครั้งนี้ มี ไม่มี

2. ผู้ป่วยมีอาการระบบทางเดินหายใจ อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ “ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก” มี ไม่มี

3. ผู้ป่วยมีอาการไม่ได้กลิ่น มี ไม่มี

4. ผู้ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือไม่ มี ไม่มี

* ประวัติเสี่ยง

ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ระบาดต่อไปนี้ (ถ้าพื้นที่ของท่านไม่มีให้ข้ามไปข้อต่อไป) เลือกเหตุการณ์ระบาด

ไม่มี มี (ถ้ามี โปรดระบุ

1. ผู้ป่วยมีประวัติเดินทางไปยัง หรือ มาจาก หรือ อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง ในช่วงเวลา 14 วันก่อนป่วย ไม่ใช่ ใช่

2. ผู้ป่วยประกอบอาชีพที่เกี่ยวกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ สถานที่แออัด หรือ ติดต่อกับคนจำนวนมาก ไม่ใช่ ใช่

3. ผู้ป่วยมีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ในช่วง 14 วันก่อน ไม่ใช่ ใช่

4. เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ใช่ ใช่

5. มีประวัติไปสถานที่ชุมนุม หรือ สถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานที่สาธารณะ ในช่วง 14 วันก่อน ไม่ใช่ ใช่

* ความเห็นแพทย์และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. แพทย์มีความเห็นว่าสงสัย COVID-19 ไม่ใช่ ใช่

2. เป็นผู้ป่วยที่แพทย์ต้องการตรวจก่อนการผ่าตัด หรือ ทำหัตถการ (Pre Operative Screening) ไม่ใช่ ใช่

(ถ้าใช่ ระบุหัตถการ :

3. มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน COVID-19 แล้ว (เป็นผลบวก/Detected) ไม่มี มี

4. ผู้ป่วยเคยออก CODE แล้ว แต่จำ CODE ไม่ได้ ไม่ใช่ ใช่

กรุณาระบุที่มาทางคลินิก

อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

ศัลยกรรมกระดูกและข้อ จักษุวิทยา โสต ศอ นาสิก ลาริงซ์ฯ

แพทย์ผู้กรอก/แพทย์เจ้าของไข้ เบอร์โทร..... วันที่/...../.....

ส่วนที่ 2 : สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

SAT CODE : VN.Specimen : ผู้บันทึก