



แบบคัดกรองประวัติสัมผัสโรค และประวัติการเดินทาง

ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย นาย / นาง / นางสาว / เด็กชาย/ เด็กหญิง..... นามสกุล อายุ ปี

คำถามสำหรับผู้ป่วย	
ข้อ 1. มีไข้มากกว่า 37.5 c หรือ มีประวัติไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี และ/หรือ มีอาการ ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> ไอ / มีเสมหะ <input type="checkbox"/> เจ็บคอ <input type="checkbox"/> ไม่ได้กลิ่น <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> น้ำมูก <input type="checkbox"/> หอบเหนื่อย <input type="checkbox"/> หายใจเร็ว <input type="checkbox"/> มีผื่นขึ้น/ตาแดง/ท้องเสีย	
ข้อ 2. อาชีพ (สำหรับผู้ใหญ่) โปรดระบุ : <input type="checkbox"/> สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยว เช่น มัคคุเทศก์, คนขับรถสาธารณะ, พนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน, เจ้าหน้าที่สนามบินหรือด่านตรวจคน-เข้าเมือง, การทหาร, บุคลากรทางการแพทย์, เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในสถานกักกันโรค, ทำงานบริการในสถานบันเทิง(ผับ)/อาบอบนวด	
ความเสี่ยงของผู้ป่วย	
ข้อ 3. ก่อน เริ่มป่วย <input type="checkbox"/> มีประวัติเดินทางไปยัง หรือ มาจาก หรือ อยู่อาศัยในประเทศหรือพื้นที่ที่มีรายงาน COVID-19 เป็นเวลา 1 เดือนย้อนหลัง นับจากออกจากพื้นที่นั้น โปรดระบุ..... <input type="checkbox"/> มีประวัติเดินทางไป/ทำงานพื้นที่แออัดในช่วง 14 วัน ได้แก่ <input type="radio"/> ตลาด หรือ ตลาดนัด (ระบุ)...../ห้างสรรพสินค้า/โรงเรียน <input type="radio"/> โรงงาน <input type="radio"/> สถานบันเทิง ผับ บาร์ <input type="radio"/> สนามกีฬา ฟิตเนส ยิม <input type="radio"/> ขนส่งสาธารณะ <input type="radio"/> สถานบริการอาบอบนวด <input type="radio"/> โรงหนัง <input type="radio"/> สนามมวย <input type="radio"/> สถานที่ชุมชน หรือ มีคนมาก อื่นๆ โปรดระบุ..... <input type="checkbox"/> มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดหรือสัมผัสผู้ป่วยเข้าข่ายหรือยืนยันติดเชื้อ COVID-19	
4. กรณีป่วยเป็นปอดอักเสบ (ที่มีผลเอกซเรย์ปอดเข้าได้กับปอดอักเสบ) <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่	
5. กรณีเป็นผู้ป่วยเด็ก	
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยสงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยเป็น Kawasaki disease หรือ toxic shock syndrome หรือสงสัยภาวะ Multisystem inflammatory syndrome (MIS)	
กรณีผู้ป่วยเด็ก : ให้ถามอาการของผู้ดูแลตามข้อ 1. <input type="radio"/> มีอาการ <input type="radio"/> ไม่มีอาการ หากมีอาการให้ซักประวัติและกรอกข้อมูลเพิ่มเติมลงในเอกสารด้านหลัง	

****โปรดทราบ**** การปกปิดหรือแจ้งข้อมูลอันเป็นเท็จต่อเจ้าพนักงาน ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการสอบสวนและควบคุมโรคเป็นผลทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ **ถือว่าเป็นความผิด** ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นแล้วและ
ยืนยันข้อมูลก่อนการตรวจรักษา

(.....)

ผู้ป่วย/ญาติ

วันที่ / /

(.....)

ผู้ซักประวัติ

ตำแหน่ง หน่วยงาน

วันที่ / /

คำแนะนำ

- สงสัยหรือเข้าเกณฑ์ PUI เมื่อ มี ข้อ 1 ร่วมกับ ข้อ 2 / - มี ข้อ 1 ร่วมกับ ข้อ 3 / - มี ข้อ 4 หรือ ข้อ 5 ให้ถือว่าสงสัย/เข้าได้กับ PUI ให้แยกผู้ป่วยไป isolation room เพื่อซักประวัติเพิ่มเติมอย่างละเอียดทางโทรศัพท์
- ในกรณีผู้ป่วยเด็ก ถ้าผลการซักประวัติของผู้ดูแล สงสัยหรือเข้าเกณฑ์ PUI ให้ถือว่าผู้ป่วยเด็กรายนี้เข้าเกณฑ์ PUI ด้วย

แบบซักประวัติเพิ่มเติมของผู้ดูแล

ชื่อผู้ป่วย นาย / นาง / นางสาว / นามสกุล อายุ ปี

เป็นผู้ดูแลของ เด็กชาย / เด็กหญิง / นาย / นาง / นางสาว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

คำถามสำหรับผู้ป่วย
ข้อ 1. มีไข้มากกว่า 37.5 c หรือ มีประวัติไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี และ/หรือ มีอาการ ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> ไอ / มีเสมหะ <input type="checkbox"/> เจ็บคอ <input type="checkbox"/> ไม่ได้กลิ่น <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> น้ำมูก <input type="checkbox"/> หอบเหนื่อย <input type="checkbox"/> หายใจเร็ว
ข้อ 2. อาชีพ โปรดระบุ : <input type="checkbox"/> สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยว เช่น มัคคุเทศก์, คนขับรถสาธารณะ, พนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน, เจ้าหน้าที่สนามบินหรือด่านตรวจคน-เข้าเมือง, การทหาร, บุคลากรทางการแพทย์, เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในสถานกักกันโรค, ทำงานบริการในสถานบันเทิง(ผับ)/อาบอบนวด
ความเสี่ยงผู้ปกครอง
ข้อ 3. ก่อน เริ่มป่วย <input type="checkbox"/> มีประวัติเดินทางไปยัง หรือ มาจาก หรือ อยู่อาศัยในประเทศหรือพื้นที่ที่มีรายงาน COVID-19 เป็นเวลา 1 เดือนย้อนหลัง นับจากออกจากพื้นที่นั้น โปรดระบุ..... <input type="checkbox"/> มีประวัติเดินทางไป/ทำงานพื้นที่แออัดในช่วง 14 วัน ได้แก่ <input type="radio"/> ตลาด หรือ ตลาดนัด (ระบุ)...../ห้างสรรพสินค้า/โรงเรียน <input type="radio"/> โรงงาน <input type="radio"/> สถานบันเทิง ผับ บาร์ <input type="radio"/> สนามกีฬา ฟิตเนส ยิม <input type="radio"/> ขนส่งสาธารณะ <input type="radio"/> สถานบริการอาบอบนวด <input type="radio"/> โรงหนัง <input type="radio"/> สนามมวย <input type="radio"/> สถานที่ชุมชน หรือ มีคนมาก อื่นๆ โปรดระบุ..... <input type="checkbox"/> มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดหรือสัมผัสผู้ป่วยเข้าข่ายหรือยืนยันติดเชื้อ COVID-19
4. กรณีผู้ป่วยเป็นปอดอักเสบ (ที่มีผลเอกซเรย์ปอดเข้าได้กับปอดอักเสบ) <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นแล้วและ
ยืนยันข้อมูลก่อนการตรวจรักษา

(.....)

ผู้ดูแล

วันที่ / /

(.....)

ผู้ซักประวัติ

ตำแหน่ง หน่วยงาน

วันที่ / /

คำแนะนำ

สงสัยหรือเข้าเกณฑ์ PUI เมื่อ - มี ข้อ 1 ร่วมกับ ข้อ 2 / - มี ข้อ 1 ร่วมกับ ข้อ 3 / - มี ข้อ 4
ให้ถือว่าสงสัย/เข้าได้กับ PUI ให้แยกผู้ป่วยไป isolation room เพื่อซักประวัติเพิ่มเติมอย่างละเอียดทางโทรศัพท์