

## แบบรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อ Novel Coronavirus 2019

## 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - นามสกุล..... เพศ  ชาย  หญิง อายุ ..... ปี.....เดือน  
 อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำและหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์)  
 ..... สัญชาติ ..... เชื้อชาติ .....

ที่อยู่ติดตามได้ในประเทศไทย  บ้าน  อื่นๆ ระบุ .....

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน ..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

โทรศัพท์บ้าน ..... ที่ทำงาน ..... มือถือ .....

## 2. ข้อมูลทางคลินิก

วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี) ..... วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก (วัน/เดือน/ปี) .....

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก ..... จังหวัด .....

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน..... จังหวัด .....

อาการและอาการแสดงวันพบผู้ป่วย : อ่อนหภูมิร่างกายแรกเริ่ม ..... องศาเซลเซียส

ไอ  เจ็บคอ  ปวดกล้ามเนื้อ  มีน้ำมูก  มีเสมหะ  หายใจลำบาก (dyspnea)

ปวดศีรษะ  ถ่ายเหลว  อื่นๆ ระบุ .....  ใส่เครื่องช่วยหายใจ

เอ็กซเรย์ปอด (ครั้งแรก)  ไม่ได้ทำ  ทำ เมื่อวันที่ ..... ระบุผล .....

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

Platelet count ..... x10<sup>3</sup> N ..... % L ..... % Atyp lymph ..... % Mono ..... %

ผลการตรวจ Influenza test (ถ้ามี) วิธีการตรวจ .....  Negative / Positive  Flu A  Flu B

ชนิดของตัวอย่างที่ส่งตรวจ ..... วันที่ .....

ประเภทผู้ป่วย  Admit วันที่ ..... การวินิจฉัยเบื้องต้น .....

การให้ยาต้านไวรัส  ไม่ให้  ให้ วันที่ .....

สถานะผู้ป่วย  หาย  ยังรักษาอยู่  เสียชีวิต  ส่งตัวไป รพ. ....  อื่นๆ ระบุ .....

## 3. ประวัติเสี่ยง

- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสกับสัตว์ปีก  ไม่ใช่  ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ หรือไม่ระบุชนิดสัตว์ .....  ไม่ใช่  ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยไปตลาดค้าสัตว์ปีก/สัตว์ป่า/สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม/อาหารทะเล หรือไม่ระบุ.....  ไม่ใช่  ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ระบุ .....  ไม่ใช่  ใช่
- เดินทางเข้าประเทศเมื่อวันที่..... โดยสายการบิน..... เที่ยวบินที่..... เลขที่นั่ง.....
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ  ไม่ใช่  ใช่

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

- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้เข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศที่มีการระบาด  ไม่ใช่  ใช่
- เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้  ไม่ใช่  ใช่
- เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ  ไม่ใช่  ใช่
- เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน  ไม่ใช่  ใช่
- อื่นๆ ระบุ .....