

หนังสือแสดงความยินยอมการตรวจและแจ้งผลการตรวจ ไวรัสโคโรนา 2019

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อื่นๆ (ระบุ).....

หรือ ยินยอมให้ ดช./ดญ./นาย/นางสาว

ซึ่งเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือเป็นผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถ
ใช้สิทธิด้วยตนเองได้ และอยู่ในความปกครอง/ดูแลของข้าพเจ้า ได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้าพเจ้า ยินยอมให้ โรงพยาบาล แจ้งผลการตรวจ ทาง Email /SMS ที่ได้ให้ไว้

E-Mail

เบอร์โทรศัพท์

Line ID

ข้าพเจ้า ได้รับเอกสาร ข้อปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....) (.....)

วัน..... เดือน.....พ.ศ..... วัน..... เดือน.....พ.ศ.....

สำเนาบัตรประชาชน

แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับย่อ

1. ข้อมูลทั่วไป เลขบัตรประชาชน/passport.....
- ชื่อ - นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง อายุปีเดือน สัญชาติ.....
- ประเภท PUI ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ การค้นหา/สำรวจเชิงรุก Sentinel surveillance อื่นๆ.....
- อาชีพ (ระบุลักษณะงาน เช่น บุคลากรทางการแพทย์ งานที่สัมผัสกับนักท่องเที่ยว/ชาวต่างชาติ)
- เบอร์โทรศัพท์..... สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา.....
- ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย ชื่อสถานที่.....
- หมู่ที่ ตำบล อำเภอ..... จังหวัด.....
- ลักษณะที่พักอาศัย บ้านเดี่ยว ตึกแถว/ทาวน์เฮ้าส์ หอพัก/คอนโด/ห้องเช่า
- พักห้องรวมกับคนจำนวนมาก เช่น แคมป์ก่อสร้าง หอผู้ป่วยใน รพ. อื่นๆ ระบุ

2. ข้อมูลทางคลินิก
- วันเริ่มป่วย/...../..... วันรับการรักษาครั้งแรก/...../..... วันวินิจฉัยโควิด-19/...../.....
- ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน..... จังหวัด
- อาการและอาการแสดง (ณ วันที่รายงาน) : ไม่มีอาการใดๆ มีอาการ แต่ไม่มีอาการระบบทางเดินหายใจ
- มีอาการระบบทางเดินหายใจ O₂ Sat.....% () เป็นปอดอักเสบ () ใส่เครื่องช่วยหายใจ () เสียชีวิต
- โรคประจำตัว..... กรณีเพศหญิง ไม่ตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์.....สัปดาห์
- ผลการตรวจที่ยืนยันว่าเป็น SARS-CoV-2

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

3. ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ มีสมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่ () มี () ไม่มี
- ครั้งที่ 1 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน.....สถานที่ฉีด.....
- ครั้งที่ 2 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน.....สถานที่ฉีด.....
4. ประวัติเสี่ยงในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย (หรือ 14 วันก่อนตรวจพบการติดเชื้อ)
- อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด มี ไม่มี
 - ประเทศไทย ระบุจังหวัด.....
 - ต่างประเทศ ระบุประเทศ..... เมือง.....
 - ได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ มี ไม่มี
 - สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชื่อ..... มี ไม่มี
 - ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติหรือแรงงานต่างชาติ มี ไม่มี
 - เดินทางไปในสถานที่หรือทำกิจกรรมที่มีคนหนาแน่นหรือพลุกพล่าน ระบุ..... มี ไม่มี
 - เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ มี ไม่มี
 - ดูแลหรือให้บริการผู้ป่วยโควิด 19 หรือ เป็นผู้เก็บ/นำส่ง/ตรวจตัวอย่างของผู้ติดเชื้อโควิด 19
 - ไม่ได้ดูแลหรือให้บริการผู้ป่วยโควิด 19 และ ไม่ได้เป็นผู้เก็บ/นำส่ง/ตรวจตัวอย่างของผู้ติดเชื้อโควิด 19
 - ประวัติเสี่ยงอื่นๆ ระบุ..... มี ไม่มี
5. การค้นหาผู้สัมผัส
- ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง.....คน ติดตามได้.....คน สถานที่กักตัว () บ้าน คน () สถานที่กักตัว คน
 - ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงต่ำ.....คน ติดตามได้.....คน สถานที่กักตัว () บ้าน คน () สถานที่กักตัว คน

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