

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (รวมถึงผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นพาหะนำโรค)

ข้อมูลพื้นฐานและแบบสอบถามสารสนเทศทางคลินิก

ข้อมูลพื้นฐาน *

ID _____

1	ชื่อฝ่ายอนามัยและสาธารณสุขที่รับผิดชอบการตรวจสอบ	ชื่อ-นามสกุลของผู้ตรวจสอบ :
	วันที่ตรวจสอบ : ปี เดือน วันที่ เวลา น. วิธีตรวจสอบ : <input type="checkbox"/> สัมภาษณ์ <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ()	
2	ผู้ตอบแบบสอบถาม : <input type="checkbox"/> เจ้าตัว <input type="checkbox"/> ไม่ใช่เจ้าตัว → ชื่อ-นามสกุล () ความสัมพันธ์กับเจ้าตัว ()	
	เบอร์โทรศัพท์ของผู้ตอบแบบสอบถาม : โทรศัพท์บ้าน : - - โทรศัพท์มือถือ : - -	
3	ประเภทการวินิจฉัยโรค : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (ผู้ได้รับวินิจฉัยว่าติดเชื้อ • ผู้เป็นพาหะนำโรคแต่ไม่มีอาการ • ผู้มีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็น)	
4	ID ที่ลงทะเบียนในระบบ NESID :	5 ฝ่ายอนามัยและสาธารณสุขในพื้นที่อาศัยของผู้ป่วย :
6	ชื่อสถานพยาบาลที่ยื่นเรื่อง :	7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษาของสถานพยาบาลที่ยื่นเรื่อง :
8	ที่ตั้งของสถานพยาบาลที่ยื่นเรื่อง :	9 หมายเลขโทรศัพท์ของสถานพยาบาลที่ยื่นเรื่อง : - -
10	วันที่รับเรื่อง : ปี เดือน วันที่	11 เทศบาลที่รับเรื่อง :
12	ชื่อฝ่ายอนามัยและสาธารณสุขที่รับเรื่อง :	13 ผู้รับเรื่อง :
14	วันเดือนปีที่ตรวจครั้งแรก : ปี เดือน วันที่	15 วันเดือนปีที่วินิจฉัยโรค : ปี เดือน วันที่
16	วันเดือนปีที่คาดว่าติดเชื้อ : ปี เดือน วันที่	17 วันเดือนปีที่เกิดอาการ : ปี เดือน วันที่

※ ข้อ 3~17 คัดมาจากใบแจ้งการเกิดการติดเชื้อ (ส่วนข้อ 4 บันทึกหลังจากลงทะเบียนในระบบ NESID แล้ว)

18	ชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย :	19 เพศ : ชาย • หญิง	20	วันเดือนปีเกิด : ปี เดือน วันที่ (อายุ ปี เดือน)
21	สัญชาติ :	22	ที่อยู่ของผู้ป่วย :	
23	หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย : บ้าน - - มือถือ - -			
	อีเมลของผู้ป่วย : @			
24	สถานที่อยู่หลักของผู้ป่วยในตอนที่ตรวจสอบ : <input type="checkbox"/> สถานพยาบาล <input type="checkbox"/> บ้านตนเอง <input type="checkbox"/> ที่ทำงาน/โรงเรียน <input type="checkbox"/> อื่นๆ () <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ			
	ที่อยู่ของสถานที่ติดต่อ : หมายเลขโทรศัพท์ : - -			
25	อาชีพ • ประสิทธิภาพ • โรงเรียน (รวมถึงโรงเรียนอนุบาล • สถานรับเลี้ยงเด็ก ฯลฯ) เป็นต้น : วันที่ไปทำงาน • เข้าร่วม (งาน) ครั้งสุดท้าย (ปี เดือน วันที่) (ในกรณีของเด็กเล็ก • นักเรียน กรอกรายละเอียด เช่น ชั้นเรียน กลุ่มทำกิจกรรม ฯลฯ)			
	ชื่อสถานที่ทำงาน/โรงเรียน : ที่ตั้งของสถานที่ทำงาน/โรงเรียน : หมายเลขโทรศัพท์ของสถานที่ทำงาน/โรงเรียน : - -			
26	ผู้ที่สามารถติดต่อได้นอกจากเจ้าตัว (ผู้ปกครอง เป็นต้น) ชื่อ-นามสกุล : ความสัมพันธ์กับเจ้าตัว : ที่อยู่ : หมายเลขโทรศัพท์ บ้าน : - - มือถือ : - -			
	ตั้งครรภ์	ใช่ • ไม่ใช่	(ตั้งครรภ์	อาทิตย์)
	สูบบุหรี่	ใช่ • ไม่ใช่	(ตั้งแต่อายุ	ปี
	โรคเบาหวาน	ใช่ • ไม่ใช่		มวน/วัน)
	โรคระบบทางเดินหายใจ (โรคหอบหืด • COPD • อื่นๆ)	ใช่ • ไม่ใช่	(อธิบายคร่าวๆ)
	โรคไต	ใช่ • ไม่ใช่	(ในกรณีที่ "ใช่" มีการล้างไตใหม่	มี • ไม่มี)
	โรคตับ	ใช่ • ไม่ใช่	(อธิบายคร่าวๆ)
	โรคหัวใจ	ใช่ • ไม่ใช่	(อธิบายคร่าวๆ)
	โรคประสาทและกล้ามเนื้อ	ใช่ • ไม่ใช่	(อธิบายคร่าวๆ)
	โรคเลือด (เช่น โรคโลหิตจาง ฯลฯ)	ใช่ • ไม่ใช่	(อธิบายคร่าวๆ)
	โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมถึง HIV, การให้ยาควบคุมภูมิคุ้มกัน)	ใช่ • ไม่ใช่	(อธิบายคร่าวๆ)
	เนื้องอกร้าย (มะเร็ง)	ใช่ • ไม่ใช่	(อธิบายคร่าวๆ)
	อื่นๆ (

32	เข้าโรงพยาบาล : <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ (ในกรณีที่ "ใช่" ระยะเวลาการเข้าโรงพยาบาล ตั้งแต่เดือน _____ วันที่ _____ จนถึงเดือน _____ วันที่ _____) ชื่อสถานพยาบาล : _____ แผนก : _____ ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา : _____ สถานพยาบาลที่เฝ้าระวังอาการสงสัย _____ เข้าข่าย _____ ไม่เข้าข่าย _____ ที่ตั้งของสถานพยาบาล : _____ หมายเลขโทรศัพท์ : _____																
33	การเอกซเรย์ทรวงอก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ความเห็น _____)																
34	CT บริเวณหน้าอก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ความเห็น _____)																
35	มีการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี																
36	การปฏิบัติทางการแพทย์หลังจากผู้ป่วยรับการตรวจ : <table border="1"> <thead> <tr> <th>เดือน/วัน</th> <th>ชื่อสถานพยาบาล</th> <th>การปฏิบัติทางการแพทย์</th> <th>หมายเหตุ (ผลการตรวจ/การปฏิบัติทางการแพทย์ เป็นต้น)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>/</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>/</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>/</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	เดือน/วัน	ชื่อสถานพยาบาล	การปฏิบัติทางการแพทย์	หมายเหตุ (ผลการตรวจ/การปฏิบัติทางการแพทย์ เป็นต้น)	/				/				/			
	เดือน/วัน	ชื่อสถานพยาบาล	การปฏิบัติทางการแพทย์	หมายเหตุ (ผลการตรวจ/การปฏิบัติทางการแพทย์ เป็นต้น)													
	/																
	/																
/																	
37	ผล ออกจากโรงพยาบาล (วันที่ออกจากโรงพยาบาล ปี _____ เดือน _____ วันที่ _____) เสียชีวิต (วันที่เสียชีวิต ปี _____ เดือน _____ วันที่ _____)																
38	เกณฑ์การดำเนินโรคอื่นๆ																

ผลการตรวจ

39	การตรวจเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่					
	วัตถุประสงค์ของสิ่งส่งตรวจ	วันเก็บสิ่งส่งตรวจ	ผล	วิธีการตรวจ	สถานที่ตรวจ	
			ผลเป็นลบ • ผลเป็นบวก • อื่นๆ (_____)			
			ผลเป็นลบ • ผลเป็นบวก • อื่นๆ (_____)			
			ผลเป็นลบ • ผลเป็นบวก • อื่นๆ (_____)			
			ผลเป็นลบ • ผลเป็นบวก • อื่นๆ (_____)			
40	การตรวจนอกเหนือจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่					
	เชื้อโรค	วัตถุประสงค์ของสิ่งส่งตรวจ	วันเก็บสิ่งส่งตรวจ	ผล	วิธีการตรวจ	สถานที่ตรวจ
	● การตรวจการเพาะแยกเชื้อ มี • ไม่มี • ไม่ทราบ					
	ในกรณีที่มี			ผลเป็นลบ • ผลเป็นบวก (ชื่อแบคทีเรีย : _____)		
				ผลเป็นลบ • ผลเป็นบวก (ชื่อแบคทีเรีย : _____)		
				ผลเป็นลบ • ผลเป็นบวก (ชื่อแบคทีเรีย : _____)		
				ผลเป็นลบ • ผลเป็นบวก (ชื่อแบคทีเรีย : _____)		
	● การตรวจแอนติเจน มี • ไม่มี • ไม่ทราบ					
	ไวรัสไข้หวัดใหญ่			ผลเป็นลบ • ผลเป็นบวก		
	ไวรัส RS			ผลเป็นลบ • ผลเป็นบวก		
	ไวรัสอะดีโน			ผลเป็นลบ • ผลเป็นบวก		
	เชื้อแบคทีเรียนิวโมคอคคัส			ผลเป็นลบ • ผลเป็นบวก		
	เชื้อลิจิโอเนลลา			ผลเป็นลบ • ผลเป็นบวก		
	● วิธีการตรวจอื่นๆ					
ชื่อเชื้อโรค (_____)			ผลเป็นลบ • ผลเป็นบวก • อื่นๆ (_____)			
ชื่อเชื้อโรค (_____)			ผลเป็นลบ • ผลเป็นบวก • อื่นๆ (_____)			
ชื่อเชื้อโรค (_____)			ผลเป็นลบ • ผลเป็นบวก • อื่นๆ (_____)			
ช่องว่างสำหรับกรอกโดยอิสระ						