

# แบบรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่2019

Novelcoronal 1

เส้นทางรับผู้ป่วย.....

อาการปัจจุบัน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....    นัดตรวจครั้งที่ 2 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

SAT Code.....Lab ID.....

1. **ข้อมูลทั่วไป** เลขบัตรประชาชน ID.....HN.....สิทธิรักษา.....

ชื่อ - นามสกุล.....ชื่อ-สกุล(อังกฤษ).....

เพศ  ชาย  หญิง อายุ.....ปี.....เดือน สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... น้ำหนัก.....kg ส่วนสูง.....cm

ชื่อ-สกุล บิดา/มารดา.....

อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำและหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์)

ที่อยู่ติดตามได้ในประเทศไทย  บ้าน  อื่นๆ ระบุ.....

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

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

## 2. ข้อมูลทางคลินิก

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

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษารั้งแรก.....จังหวัด.....

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

อาการและอาการแสดงวันพบผู้ป่วย : อ่อนหภูมิร่างกายแรกรับ..... อกศาเซลเซียส

สัญญาณชีพ(Vital sing) p...../min RR...../min BP.....mmHg

ไอ     เจ็บคอ     ปวดกล้ามเนื้อ     มีน้ำมูก     มีเสมหะ     ตาแดง     ผื่นขึ้นตามตัว

หายใจลำบาก (dyspnea)     ปวดศีรษะ     ถ่ายเหลว     อื่นๆ ระบุ.....     ใส่เครื่องช่วยหายใจ

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

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

Platelet count.....X103 N.....% L.....% Atyp lymph.....% Mono.....%

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

การให้ยาด้านไวรัส  ไม่ให้     ให้ วันที่.....

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

## 3. ประวัติเสี่ยง

• ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ระบุ.....     ไม่ใช่     ใช่

เดินทางเข้าประเทศเมื่อวันที่.....โดยสายการบิน.....เที่ยวบิน.....เลขที่นั่ง.....

• ช่วง 14 วันก่อนป่วยมีสมาชิกในครอบครัวเดินทางมาจากประเทศ/จังหวัดที่มีการระบาดระบุ.....     ไม่ใช่     ใช่

• ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ     ไม่ใช่     ใช่

• ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้เข้ารับการรักษหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศ/จังหวัดที่มีการระบาด     ไม่ใช่     ใช่

• เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้     ไม่ใช่     ใช่

• เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ     ไม่ใช่     ใช่

• เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน     ไม่ใช่     ใช่

• มีโรคประจำตัว.ระบุ..... (ถ้ามียาที่กินประจำให้นำมาด้วย)

• อื่นๆ ระบุ.....

การประเมินความพร้อมของกลุ่มเสี่ยง กรณีที่ผล ATK + หรือ RT-PCR : Detected เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา (ให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ประเมิน)

• **ต้องการเข้ารับการรักษาที่**  HI     CI     ตามความเหมาะสมที่หน่วยบริการพิจารณา    • **การเดินทางมา รพ.**  มารถยนต์ส่วนตัว     ให้ รพ. ออกรับ

• **การจัดหาอาหาร (เฉพาะ HI เท่านั้น)**  จัดหาอาหารเองได้ทั้ง 3 มื้อ     ให้ รพ./รพ.สต. จัดหาอาหารให้

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