

แบบรายงานผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันหรือสงสัยเป็นไข้หวัดนกหรือไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่
(ไข้หวัดนก, ไข้หวัดใหญ่, ไวรัสโคโรนา, ปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ)

จาก หน่วยงาน ถึง หน่วยงาน วันที่รายงาน (วัน/เดือน/ปี).....

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....นามสกุล..... เพศ [] ชาย [] หญิงอายุ.....ปี
อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำและหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรทาง
การแพทย์).....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
ที่อยู่ติดตามได้ [] บ้าน [] อื่นๆ ระบุ.....
เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์ บ้าน.....ที่ทำงาน.....มือถือ.....

2. ข้อมูลทางคลินิก(กรณี เป็นผู้ป่วยรับ refer ให้ตรวจสอบข้อมูลจากใบ refer)

วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี) วันที่นอนโรงพยาบาลแห่งแรก (วัน/เดือน/ปี).....
ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด
อาการและอาการแสดงวันพบผู้ป่วย: อุณหภูมิร่างกายแรกรับ.....°C
 ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก (dyspnea) หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย
 ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว อื่นๆ ระบุ..... ใส่เครื่องช่วยหายใจ
เอ็กซเรย์ปอด(ครั้งแรก) ไม่ได้ทำ ทำเมื่อวันที่..... ระบุ ผล.....
CBC(ครั้งแรก): วันที่..... ผลHbmg% Hct% WBC PlateletcountX 10³
N% L%Atyp lymph%Mono%
Renal Function Test: วันที่.....ผล BUN.....mg/dl, Cr.mg/dl
ผลการตรวจ Influenza test (ถ้ามี) วิธีการตรวจ..... Negative,Positive Flu A Flu B
ชนิดของตัวอย่างที่ส่งตรวจ.....วันที่.....
ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก วันที่..... ผู้ป่วยใน วันที่.....
การวินิจฉัยเบื้องต้น.....
การให้ยาด้านไวรัส ไม่ให้ ให้ วันที่.....
สถานะผู้ป่วย หาย ยังรักษาอยู่ เสียชีวิต ส่งตัวไป รพ. อื่นๆ ระบุ

3. ประวัติเสี่ยง

- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสกับสัตว์ปีก ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ หรือไม่
ระบุชนิดสัตว์ ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกตายมากผิดปกติ หรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดระบุ..... ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ ไม่ใช่ ใช่
- เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ไม่ใช่ ใช่
- เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ไม่ใช่ ใช่
- เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน ไม่ใช่ ใช่
- อื่น ๆ ระบุ.....

ผู้รายงาน.....หน่วยงาน/โรงพยาบาล.....โทรศัพท์.....