

แบบรายงานผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันหรือสงสัยเป็นไข้หวัดนกหรือไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่
(ไข้หวัดนก, ไข้หวัดใหญ่, ไวรัสโคโรนา, ปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ)

จากหน่วยงาน ถึง หน่วยงาน วันที่รายงาน (วัน/เดือน/ปี)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ นามสกุล เพศ ชาย หญิง อายุ ปี
อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำและหากเป็นเจ้าของหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์)
..... สัญชาติ เชื้อชาติ

ที่อยู่ติดต่อได้ บ้าน อื่นๆ ระบุ
เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ซอย ถนน
ตำบล อำเภอ จังหวัด

โทรศัพท์ บ้าน ที่ทำงาน มือถือ

2. ข้อมูลทางคลินิก (กรณีเป็นผู้ป่วยรับ refer ให้ตรวจสอบข้อมูลจากใบ refer)

วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี) วันที่นอนโรงพยาบาลแห่งแรก (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อโรงพยาบาล จังหวัด

อาการและอาการแสดงวันพบผู้ป่วย: อุณหภูมิร่างกายแรกกับ องศาเซลเซียส

ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก (dyspnea)
 ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว อื่นๆ ระบุ ใส่เครื่องช่วยหายใจ

เอ็กซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ไม่ได้ทำ ทำเมื่อวันที่ ระบุผล

CBC(ครั้งแรก):วันที่ ผล Hb mg% Hct % WBC Plateletcount x10³
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 หรือไม่ระบุชนิดสัตว์ ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกตายมากผิดปกติ หรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้สัมผัสสัตว์หรือดีมนมอูฐ ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ระบุ ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้เข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศที่มีการระบาด ไม่ใช่ ใช่
- เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ไม่ใช่ ใช่
- เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ไม่ใช่ ใช่
- เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน ไม่ใช่ ใช่
- อื่นๆ ระบุ

ผู้รายงาน หน่วยงาน/โรงพยาบาล โทรศัพท์