



แบบเฝ้าระวังโรค COVID-19 สำหรับผู้ที่เดินทางกลับมาจาก  
พื้นที่ตามประกาศเขตติดโรคอันตรายหรือพื้นที่หลีกเลี่ยงการเดินทาง

ชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี โทรศัพท์ .....  
ที่อยู่ ..... เดินทางไปประเทศ ..... เมือง .....  
ระหว่างวันที่ ..... กลับมาถึงประเทศไทยวันที่ ..... เวลา ..... น.  
โดยสายการบิน ..... เที่ยวบินที่ ..... เลขที่นั่ง .....

**ระยะเวลาเฝ้าระวัง 14 วัน**

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... ถึง วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**วิธีวัดไข้**

1. ทำความสะอาดปรอท โดยใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาด
2. จับปรอทให้แน่น หลังจากนั้นก็สลับปรอททลงสู่กระเปาะหรืออุณหภูมิต่ำกว่า 35 องศาเซลเซียส
3. เช็ดรักแร้ให้แห้ง สอดปลายกระเปาะบริเวณรักแร้หนีบให้แน่นนาน 3-5 นาที แล้วจึงอ่านอุณหภูมิที่วัดได้ โดยถือปรอทให้อยู่ในระดับสายตาดจะได้ค่าที่ถูกต้อง

ที่	วันที่	เวลา	อุณหภูมิ	ที่	วันที่	เวลา	อุณหภูมิ
1				8			
2				9			
3				10			
4				11			
5				12			
6				13			
7				14			

**อาการอื่นๆ ที่ควรเฝ้าระวัง**  ไอ  เจ็บคอ  มีน้ำมูก  เหนื่อยหอบ  อาการระบบทางเดินหายใจ

**คำแนะนำ** เนื่องจากสถานการณ์โรค COVID-19 ปัจจุบัน พบการแพร่กระจายของโรคและเกิดการระบาดในหลายประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงขอความร่วมมือให้ประชาชนที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่ตามประกาศเขตติดโรคอันตรายหรือพื้นที่หลีกเลี่ยงการเดินทาง ปฏิบัติตนตามแนวทางดังนี้ อย่างเคร่งครัด

1. สวมหน้ากากอนามัย กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ (ด้วยน้ำสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล) ไม่นำมือมาสัมผัสบริเวณใบหน้า จมูก ปาก
2. งดการไปในสถานที่ที่มีคนอยู่รวมกันจำนวนมาก หากมีความจำเป็นให้สวมหน้ากากอนามัย
3. ให้ปฏิบัติตนแบบแยกกัก (self quarantine) แยกห้องนอนและของใช้ เพื่อป้องกันการติดต่อไปยังบุคคลร่วมบ้าน
4. หากพบว่ามีอาการไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที

**แนวทางการจัดการหน้ากากอนามัยและอุปกรณ์ที่ใช้แล้ว**

แยกทิ้งหน้ากากอนามัยและอุปกรณ์ที่ใช้แล้วไว้ในถุงแดงที่ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดเตรียมให้ โดยพับหน้ากากอนามัยส่วนที่สัมผัสกับใบหน้าเข้าด้านใน เพื่อป้องกันสารคัดหลั่งจากน้ำมูก หรือน้ำลายแพร่กระจาย แล้วใส่ถุงที่ปิดสนิทก่อนทิ้งในถุงแดง และล้างมือทุกครั้งด้วยน้ำสบู่หรือเจลล้างมือหลังทิ้งหน้ากากอนามัย

**อุปกรณ์ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข**

1. ปรอทวัดไข้ ..... อัน
2. หน้ากากอนามัย (Mask) ..... ชิ้น
3. แอลกอฮอล์เจล ..... ขวด/หลอด
4. ถุงแดง ..... ใบ
5. สำลี ..... แพค
6. แอลกอฮอล์ ..... ขวด

ชื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ..... หน่วยงาน..... โทรศัพท์ .....

ยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข

ลงชื่อ ..... วันที่ ..... เวลา ..... น.