

## แบบรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต

ประเภทผู้ติดเชื้อที่รายงาน  ผู้ป่วยรุนแรง  ผู้เสียชีวิต

## 1. ข้อมูลผู้ติดเชื้อ

เลขบัตรประชาชน/passport.....

ชื่อ - นามสกุล..... เพศ  ชาย  หญิง อายุ .....ปี .....เดือน สัญชาติ.....

ญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่ให้ข้อมูลได้.....ความสัมพันธ์..... เบอร์โทรศัพท์ (ญาติ).....

อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ สัมผัสกับนักท่องเที่ยว) .....

ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ.....

## 2. ข้อมูลทางคลินิก

วันเริ่มป่วย (ว/ด/ป)..... วันรับการรักษาครั้งแรก (ว/ด/ป)..... สถานที่รักษาครั้งแรก.....

ประเภทการรักษาครั้งแรก  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน ผลการวินิจฉัยครั้งแรก .....อาการและอาการแสดงเมื่อเข้ารับการรักษาครั้งแรก  ไม่มีอาการใดๆ  ใช้ ออxygen รั่วร่างกายครั้งแรก..... องศาเซลเซียส O2sat RA แรกรับ .....  ไอ  เจ็บคอ  ปวดกล้ามเนื้อ  มีน้ำมูก  มีเสมหะ หายใจลำบาก (dyspnea)  ปวดศีรษะ  ถ่ายเหลว  จมูกไม่ได้กลิ่น  ลิ้นไม่รับรส  ตาแดง ผื่นตำแหน่ง.....  อื่น ๆ ระบุ .....

วันรับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรก ...../...../..... สถานที่..... ผลการวินิจฉัย.....

วันรับการรักษาในสถานพยาบาลแห่งล่าสุด ...../...../..... สถานที่..... ผลการวินิจฉัย.....

ได้รับออกซิเจน แบบ HFNC  ได้รับ วันที่ได้รับ...../...../.....  ไม่ได้รับใส่ท่อช่วยหายใจใช่หรือไม่  ใช่ วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ...../...../.....  ไม่ใช่มีภาวะปอดอักเสบร่วมด้วยหรือไม่  มี  ไม่มี  ไม่มีข้อมูล

วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ...../...../..... หน่วยงานที่เก็บตัวอย่าง.....

สถานะการรักษา  รักษาอยู่  หาย  เสียชีวิต วันที่เสียชีวิต ...../...../..... การวินิจฉัยสุดท้าย.....สถานที่เสียชีวิต  โรงพยาบาล  ระหว่างนำส่ง ร.พ.  บ้าน  อื่นๆ ระบุ.....

สาเหตุการเสียชีวิตที่ระบุในใบมรณะบัตรหรือใบรับรองการตาย.....

## 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจที่ยืนยันว่าเป็น SARS-CoV-2

วิธีตรวจ	วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	สถานที่ตรวจ	ผลตรวจ
RT-PCR				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
Antigen เช่น ATK				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
Antibody ครั้งที่ 1				<input type="checkbox"/> IgM ..... : ..... <input type="checkbox"/> IgG..... <input type="checkbox"/> Neg
Antibody ครั้งที่ 2				<input type="checkbox"/> IgM ..... : ..... <input type="checkbox"/> IgG..... <input type="checkbox"/> Neg

เอกซเรย์ปอด  ไม่ได้ทำ  ทำ (ให้ระบุทุกครั้งรวมถึงครั้งที่พบผลผิดปกติ)

(ครั้งที่ 1) วันที่..... ระบุผล.....

(ครั้งที่ 2) วันที่..... ระบุผล.....

(ครั้งที่ 3) วันที่..... ระบุผล.....

(ครั้งที่ 4) วันที่..... ระบุผล.....

4. การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยยาต้านไวรัส  ได้รับ  ไม่ได้รับ
- Favipiravir วันเริ่มรับยา .....  Remdesivir วันเริ่มรับยา .....
- Molnupiravir วันเริ่มรับยา .....  Nirmatrelvir/ritonavir วันเริ่มรับยา .....
- ยาต้านไวรัสอื่น ๆ ระบุ ..... วันเริ่มรับยา .....
- ยารักษาโควิด 19 อื่นๆ  ให้  ไม่ให้
- Corticosteroids ระบุ..... วันเริ่มรับยา.....
- ฟ้ำทะลายใจ วันเริ่มรับยา .....  ยาอื่น ระบุ..... วันเริ่มรับยา.....

5. ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- ไม่เคยได้รับ  เคยได้รับ มีสมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่  มี  ไม่มี
- ครั้งที่ 1 วันที่ได้รับ ...../...../..... ชื่อวัคซีน.....
- ครั้งที่ 2 วันที่ได้รับ ...../...../..... ชื่อวัคซีน.....
- ครั้งที่ 3 วันที่ได้รับ ...../...../..... ชื่อวัคซีน.....
- ครั้งที่ 4 วันที่ได้รับ ...../...../..... ชื่อวัคซีน.....

การเจ็บป่วยในครั้งนี้มีอาการเข้าได้กับ AEFI  ไม่ใช่  ใช่

6. ประวัติการได้รับยาแอนติบอดีแบบผสม (Evusheld)  ไม่ได้รับ  ได้รับ วันที่ได้รับ ...../...../.....

7. ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง

- น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร
- กรณีเพศหญิง  ไม่ได้ตั้งครรภ์  ตั้งครรภ์ ครรภ์ที่..... อายุครรภ์..... สัปดาห์
- การสูบบุหรี่  ไม่เคยสูบ  ยังคงสูบ  เคยสูบแต่เลิกแล้ว
- โรคประจำตัว/ปัจจัยเสี่ยง  ไม่มี  ความดันโลหิตสูง  ไขมันในเลือดผิดปกติ  โรคปอด  หอบหืด
- โรคหัวใจ  ไตวาย ระบุระยะ.....  เบาหวาน  โรคหลอดเลือดสมอง  มะเร็งที่อยู่ระหว่างรับเคมีบำบัด
- อื่นๆ.....

8. การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ  ไม่เก็บ  เก็บ

วันที่เก็บตัวอย่าง	วันที่ส่งตัวอย่าง	สถานที่ส่งตัวอย่าง	ชนิดตัวอย่าง	จำนวน	ผลการตรวจ
			<input type="checkbox"/> serum <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....		
			<input type="checkbox"/> serum <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....		

9. (กรณีเสียชีวิต) สรุปรูปประเภทการเสียชีวิต

- เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Died from COVID-19)
- เสียชีวิตจากโรค/สาเหตุอื่นที่พบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมด้วย (Died with COVID-19)
- ไม่สามารถสรุปได้ว่าเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผู้รายงาน..... หน่วยงาน..... เบอร์โทรศัพท์..... วันที่รายงาน.....