

แบบรายงานผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิต

1. ข้อมูลผู้เสียชีวิต

เลขบัตรประชาชน/passport.....

ชื่อ - นามสกุล ผู้เสียชีวิต..... เพศ ชาย หญิง อายุปีเดือน สัญชาติ.....

ญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่ให้ข้อมูลได้.....ความสัมพันธ์กับผู้ตาย..... เบอร์โทรศัพท์ (ญาติ).....

อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ สัมผัสกับนักท่องเที่ยว)

ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ.....

สถานที่เสียชีวิตในประเทศไทย โรงพยาบาล ระหว่างนำส่ง ร.พ. บ้าน อื่นๆ ระบุ.....

2. ข้อมูลทางคลินิก

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

ประเภทการรักษาครั้งแรก ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผลการวินิจฉัยครั้งแรกอาการและอาการแสดงเมื่อเข้ารับการรักษาครั้งแรก ไม่มีอาการใดๆ ใช้ อุณหภูมิร่างกายครั้งแรก..... องศาเซลเซียส O₂Sat แรกรับ ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก (dyspnea) ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ตาแดง ผื่นตำแหน่ง..... อื่น ๆ ระบุ.....

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

วันรับการรักษาในสถานพยาบาลแห่งสุดท้าย/...../..... สถานที่..... ผลการวินิจฉัย.....

ใส่ท่อช่วยหายใจใช่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ...../...../.....มีภาวะปอดอักเสบร่วมด้วยหรือไม่ มี ไม่มี ไม่มีข้อมูล

วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019/...../..... หน่วยงานที่เก็บตัวอย่าง.....

วันที่เสียชีวิต/...../..... การวินิจฉัยสุดท้าย.....

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 ทำ ไม่ได้ทำ

(ครั้งที่.....) วันที่..... ระบุผล.....

(ครั้งที่.....) วันที่..... ระบุผล.....

(ครั้งที่.....) วันที่..... ระบุผล.....

4. การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยยา

ยาด้านไวรัส ไม่ให้ Favipiravir วันเริ่มรับยา Remdesivir วันเริ่มรับยา ยาด้านไวรัสอื่น ๆ ระบุ วันเริ่มรับยายารักษาโควิด 19 อื่นๆ ไม่ให้ Corticosteroids ระบุ..... วันเริ่มรับยา..... ฟาโทะลาลายโจร วันเริ่มรับยา ยาอื่น ระบุ..... วันเริ่มรับยา.....

5. ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ มีสมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่ () มี () ไม่มี

ครั้งที่ 1 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน.....สถานที่ฉีด.....

ครั้งที่ 2 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน.....สถานที่ฉีด.....

ครั้งที่ 3 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน.....สถานที่ฉีด.....

ครั้งที่ 4 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน.....สถานที่ฉีด.....

6. ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง

น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร

กรณีพิเศษหญิง ไม่ได้ตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ ครรภ์ที่..... อายุครรภ์..... สัปดาห์

การสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบ ยังคงสูบ เคยสูบแต่เลิกแล้ว

โรคประจำตัว/ปัจจัยเสี่ยง ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคปอด หอบหืด

โรคหัวใจ ไตวาย ระบุระยะ..... โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน มะเร็งที่อยู่ระหว่างรับเคมีบำบัด

อื่นๆ.....

7. สรุปประเภทการเสียชีวิต

เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรคโควิด 19 (pneumonia, ARDS, etc.)

ผู้ที่ตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น/ โรคอื่น

ไม่สามารถสรุปได้ว่าเสียชีวิตจากโรคโควิด 19

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