

Code _____

Novelcorona 2H

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

1. ข้อมูลทั่วไป

เลขบัตรประชาชน/passport.....

ชื่อ - นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง สัญชาติกรณีเพศหญิง ไม่ได้ตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ ครรภ์ที่..... อายุครรภ์ สัปดาห์

วัน/เดือน/ปี เกิด (พ.ศ.)/...../.....อายุ ปี.....เดือน เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย บ้าน อื่น ๆ ระบุเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน.....

ซอย..... ถนนตำบลอำเภอจังหวัด.....

โรคประจำตัว.....การสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบ ยังคงสูบ เคยสูบแต่เลิกแล้ว

สถานที่ทำงานโรงพยาบาล/คลินิก.....

ประเภทงาน แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานทำความสะอาด แม่บ้าน พนักงาน back office เช่น ชุกรการ การเงิน อื่น ๆ โปรดระบุ.....

แผนกที่ทำงาน (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 หอผู้ป่วยใน (IPD) โปรดระบุ..... หอผู้ป่วยนอก (OPD) โปรดระบุ..... ห้องผ่าตัด (OR) โปรดระบุ..... ห้องตรวจฉุกเฉิน (ER) หออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ICU) คลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI Clinic) หอผู้ป่วยที่ให้การรักษาผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น cohort ward ห้องปฏิบัติการ (Laboratory) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

2. ข้อมูลอาการทางคลินิก

วันที่เริ่มป่วย.....วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก.....

สถานพยาบาล.....จังหวัด

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษในปัจจุบัน.....จังหวัด

อาการและอาการแสดง ในวันพบผู้ป่วย: ไข้ อุณหภูมิร่างกายแรกรับ องศาเซลเซียส O₂Sat..... ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก (dyspnea) ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส อื่น ๆ ระบุมีการใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจ: มี โปรดระบุประเภท O₂ canular O₂ mask with bag ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่มีเอกซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ไม่ได้ทำ ทำ เมื่อวันที่ระบุผล.....CBC (ครั้งแรก): วันที่ ผล Hb g/dL Hct % Platelet countx10³

WBC (N..... % L % Atyp lymph % Mono % อื่น ๆ))

ผลการตรวจ Influenza test วิธีการตรวจ Negative Positive Flu A Flu B

ผลการตรวจ SARS-CoV-2 PCR

ครั้งที่	วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	สถานที่ส่งตรวจ	ผลตรวจ
				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected

ผลการตรวจ SARS-CoV-2 Antibody

ครั้งที่	วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	สถานที่ส่งตรวจ	ผลตรวจ

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน admitวันที่การวินิจฉัยเบื้องต้น.....

การให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ให้ ให้ วันที่รับยาโดสแรก

Remdesivir Favipiravir Lopinavir/ritonavir Darunavir

Ritonavir Chloroquine/Hydroxychloroquine อื่น ๆ ระบุ

สถานะผู้ป่วย หาย ยังรักษาอยู่ เสียชีวิต ส่งตัวไป รพ. อื่น ๆ ระบุ.....

1. ประวัติเสี่ยง

3.1 ประวัติเสี่ยงทั่วไป

<ul style="list-style-type: none"> ช่วง 14 วันก่อนป่วยอาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด 	<input type="checkbox"/> ใช้ โปรตระบุเมืองประเทศ..... เดินทางเข้าประเทศไทยวันที่..... โดยสายการบิน..... เที่ยวบินที่..... เลขที่นั่ง..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<ul style="list-style-type: none"> ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้เข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของพื้นที่ที่มีการระบาด 	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<ul style="list-style-type: none"> ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบภายนอกโรงพยาบาล 	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<ul style="list-style-type: none"> ช่วง 14 วันก่อนป่วยมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายนอกโรงพยาบาล 	<input type="checkbox"/> ใช่ โปรตระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<ul style="list-style-type: none"> ช่วง 14 วันก่อนป่วยประกอบอาชีพเสริมที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ภายนอกโรงพยาบาล 	<input type="checkbox"/> ใช่ โปรตระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<ul style="list-style-type: none"> ช่วง 14 วันก่อนป่วยมีประวัติเดินทางไปในสถานที่ที่มีคนหนาแน่น ภายนอกโรงพยาบาลเช่น ผับ สนามมวย 	<input type="checkbox"/> ใช่ โปรตระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<ul style="list-style-type: none"> ท่านเป็นผู้ป่วยอาการทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน 	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<ul style="list-style-type: none"> ท่านเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ 	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

3.2 ประวัติเสี่ยงเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์

3.2.1. ประวัติการปฏิบัติตัวตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

<ul style="list-style-type: none"> ท่านเคยเข้าร่วมการอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC training) เช่น การสวม/ถอด ชุด PPE 	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุวันที่อบรมครั้งสุดท้าย (วัน/เดือน/ปี)/...../..... ปริมาณการอบรม: <input type="checkbox"/> <2 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> >2 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ
<ul style="list-style-type: none"> ท่านเคยเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 	<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุวันที่อบรมครั้งสุดท้าย (วัน/เดือน/ปี) ปริมาณการอบรม: <input type="checkbox"/> <2 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> >2 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ
<ul style="list-style-type: none"> ท่านเคยได้รับการสอนเกี่ยวกับวิธีการเก็บตัวอย่างตัวอย่างในระบบทางเดินหายใจ Nasopharyngeal swab 	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ
<ul style="list-style-type: none"> ท่านได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการทำมาสะอาดมือหรือไม่ 	<input type="checkbox"/> ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง
<ul style="list-style-type: none"> ท่านได้ใช้เจลแอลกอฮอล์หรือสบู่ล้างมือก่อนสัมผัสหรือก่อนทำหัตถการกับผู้ป่วยหรือไม่ 	<input type="checkbox"/> ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง
<ul style="list-style-type: none"> ท่านได้ใช้เจลแอลกอฮอล์หรือสบู่ล้างมือหลังสัมผัสหรือหลังทำหัตถการกับผู้ป่วยหรือไม่ 	<input type="checkbox"/> ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง
<ul style="list-style-type: none"> ท่านได้ใช้เจลแอลกอฮอล์หรือสบู่ล้างมือหลังสัมผัสอุปกรณ์/สิ่งของภายในห้องผู้ป่วยหรือไม่ 	<input type="checkbox"/> ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง
<ul style="list-style-type: none"> ท่านได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อภายในโรงพยาบาลขณะสัมผัสกับผู้ป่วยหรือไม่ 	<input type="checkbox"/> ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> ไม่ทราบแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล
<ul style="list-style-type: none"> ท่านได้มีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน ตามระดับความเสี่ยงของการสัมผัส ขณะปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลหรือไม่ (อุปกรณ์ป้องกัน เช่น mask, N95, face shield, ถุงมือ, เสื้อ gown, ชุดหมี, รองเท้าบูท, ถุงหุ้มขา) 	<input type="checkbox"/> ทุกครั้ง โดยขึ้นกับความเสี่ยงของการสัมผัส <input type="checkbox"/> เกือบทุกครั้ง โดยขึ้นกับความเสี่ยงของการสัมผัส <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง
<ul style="list-style-type: none"> สถานพยาบาลของท่านมีอุปกรณ์ป้องกัน เช่น mask, N95, face shield, ถุงมือ, เสื้อ gown, ชุดหมี, รองเท้าบูท, ถุงหุ้มขา เพียงพอหรือไม่ 	<input type="checkbox"/> เพียงพอ <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
3.2.2. ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานพยาบาล	
<ul style="list-style-type: none"> ท่านมีประวัติสัมผัสใกล้ชิด (<2 เมตร) กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือไม่ ถ้าท่านตอบว่ามี 	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ
<ul style="list-style-type: none"> ○ ท่านมีการสัมผัสทั้งหมดกี่ครั้ง ครั้ง
<ul style="list-style-type: none"> ○ ในแต่ละครั้ง ท่านใช้เวลาสัมผัสโดยเฉลี่ยนานเท่าไร 	<input type="checkbox"/> <5 นาที <input type="checkbox"/> 5-15 นาที <input type="checkbox"/> >15 นาที
<ul style="list-style-type: none"> ○ ท่านได้มีการสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง (face to face) นาน > 15 นาทีหรือไม่ 	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้า ใช่ ท่านได้สวมใส่ชุด PPE หรือไม่ <input type="checkbox"/> สวม <input type="checkbox"/> ไม่สวม <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์ใดบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย (surgical mask)

	<input type="checkbox"/> N95 <input type="checkbox"/> Goggle แว่นตา <input type="checkbox"/> Face shield <input type="checkbox"/> ถุงมือ <input type="checkbox"/> เสื้อ gown <input type="checkbox"/> ชุดหมี <input type="checkbox"/> หมวกคลุมผม <input type="checkbox"/> รองเท้าบูท <input type="checkbox"/> ถุงหุ้มขา ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์แบบ ประยุกต์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุชนิด <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้ใช้อุปกรณ์ซ้ำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุชนิด..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้ติดเทปที่หน้ากากหรือไม่ <input type="checkbox"/> ติด โปรดระบุชนิด <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย <input type="checkbox"/> N95 <input type="checkbox"/> ไม่ติด <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ
○ ถ้าท่านสวมถุงมือ ท่านได้ถอด ถุงมือหลังจากสัมผัสผู้ป่วย หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
○ ท่านได้ล้างมือก่อนสัมผัสหรือ ก่อนทำหัตถการกับผู้ป่วย หรือไม่	<input type="checkbox"/> ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> ล้างด้วย <input type="checkbox"/> แอลกอฮอล์เจล <input type="checkbox"/> สบู่ <input type="checkbox"/> น้ำเปล่า
○ ท่านได้ล้างมือหลังสัมผัสหรือ หลังทำหัตถการกับผู้ป่วย หรือไม่	<input type="checkbox"/> ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> ล้างด้วย <input type="checkbox"/> แอลกอฮอล์เจล <input type="checkbox"/> สบู่ <input type="checkbox"/> น้ำเปล่า
○ ท่านได้ทำหัตถการหรืออยู่ใน บริเวณที่มีการทำหัตถการที่ทำ ให้เกิดละอองฝอยทางเดิน หายใจขนาดเล็ก เช่น Nasopharyngeal wash, ใส่ ท่อหายใจ/ CPR, ส่องกล้อง หลอดลม, ชันสูตรศพ, พ่นยา	<input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุหัตถการ..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้า ใช่ ท่านได้สวมใส่ชุด PPE หรือไม่ <input type="checkbox"/> สวม <input type="checkbox"/> ไม่สวม <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์ใดบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย (surgical mask) <input type="checkbox"/> N95 <input type="checkbox"/> Goggle แว่นตา <input type="checkbox"/> face shield <input type="checkbox"/> ถุงมือ <input type="checkbox"/> เสื้อ gown

	<p> <input type="checkbox"/> ชุดหมี <input type="checkbox"/> หมวกคลุมผม <input type="checkbox"/> รองเท้าบูท <input type="checkbox"/> ถุงหุ้มขา ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์แบบ ประยุกต์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรตระบุชนิด <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์ซ้ำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช้ซ้ำ โปรตระบุชนิด..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้ติดเทปที่หน้าากหรือไม่ <input type="checkbox"/> ติด โปรตระบุชนิด <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย <input type="checkbox"/> N95 <input type="checkbox"/> ไม่ติด <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ </p>
<p>○ ท่านได้สัมผัสกับสารคัดหลั่งของ ผู้ป่วยหรือไม่</p>	<p> <input type="checkbox"/> ใช่ โปรตระบุชนิดสารคัดหลั่ง..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าใช่ ท่านได้สวมใส่ชุด PPE หรือไม่ <input type="checkbox"/> สวม <input type="checkbox"/> ไม่สวม <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์ใดบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย (surgical mask) <input type="checkbox"/> N95 <input type="checkbox"/> Goggle แว่นตา <input type="checkbox"/> face shield <input type="checkbox"/> ถุงมือ <input type="checkbox"/> เสื้อ gown <input type="checkbox"/> ชุดหมี <input type="checkbox"/> หมวกคลุมผม <input type="checkbox"/> รองเท้าบูท <input type="checkbox"/> ถุงหุ้มขา ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์แบบ ประยุกต์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรตระบุชนิด <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์ซ้ำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช้ซ้ำ โปรตระบุชนิด..... </p>

	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้ติดเทปที่หน้ากากหรือไม่ <input type="checkbox"/> ติด โปรตระบุชนิด <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย <input type="checkbox"/> N95 <input type="checkbox"/> ไม่ติด <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ
• ท่านมีประวัติสัมผัสกับอุปกรณ์หรือสิ่งของ เครื่องใช้ของผู้ป่วยหรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ
ถ้าท่านตอบว่ามี	
○ ท่านสัมผัสกับอุปกรณ์หรือ สิ่งของเครื่องใช้อะไร (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> ของใช้ส่วนตัว <input type="checkbox"/> ผ้าปูเตียงหรือปลอกหมอน <input type="checkbox"/> อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย <input type="checkbox"/> อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เชื่อมต่อกับผู้ป่วย เช่น เครื่องช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรตระบุ
○ ท่านมีการสัมผัสทั้งหมดกี่ครั้งครั้ง
○ ท่านได้สวมใส่ชุด PPE หรือไม่	<input type="checkbox"/> สวม <input type="checkbox"/> ไม่สวม <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์ใดบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย (surgical mask) <input type="checkbox"/> N95 <input type="checkbox"/> Goggle แว่นตา <input type="checkbox"/> face shield <input type="checkbox"/> ถุงมือ <input type="checkbox"/> เสื้อ gown <input type="checkbox"/> ชุดหมี <input type="checkbox"/> หมวกคลุมผม <input type="checkbox"/> รองเท้าบูท <input type="checkbox"/> ถุงหุ้มขา ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์แบบประยุกต์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช้ โปรตระบุชนิด <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์ซ้ำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช้ซ้ำ โปรตระบุชนิด..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ

	<p>ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้ติดเทปที่หน้ากากหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ติด โปรตระบุนิต <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย <input type="checkbox"/> N95</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ติด <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ</p>
○ ถ้าท่านสวมถุงมือ ท่านได้ถอดถุงมือหลังสัมผัสอุปกรณ์หรือสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
○ ท่านได้ล้างมือก่อนสัมผัสอุปกรณ์หรือสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยหรือไม่	<input type="checkbox"/> ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> ล้างด้วย <input type="checkbox"/> แอลกอฮอล์เจล <input type="checkbox"/> สบู่ <input type="checkbox"/> น้ำเปล่า
○ ท่านได้ล้างมือหลังสัมผัสอุปกรณ์หรือสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยหรือไม่	<input type="checkbox"/> ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง <input type="checkbox"/> ล้างด้วย <input type="checkbox"/> แอลกอฮอล์เจล <input type="checkbox"/> สบู่ <input type="checkbox"/> น้ำเปล่า
● ท่านมีประวัติสัมผัสกับพื้นผิวสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยหรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ
ถ้าท่านตอบว่ามี	
○ ท่านสัมผัสกับพื้นผิวสิ่งแวดล้อมอะไร (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> เตียง <input type="checkbox"/> ห้องน้ำ <input type="checkbox"/> ทางเดินวอร์ด <input type="checkbox"/> โต๊ะผู้ป่วย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรตระบุนิต
○ ท่านมีการสัมผัสทั้งหมดกี่ครั้งครั้ง
○ ท่านได้สัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่ติดบริเวณสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ โปรตระบุนิตสารคัดหลั่ง..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าใช่ ท่านได้สวมใส่ชุด PPE หรือไม่ <input type="checkbox"/> สวม <input type="checkbox"/> ไม่สวม <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์ใดบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย (surgical mask) <input type="checkbox"/> N95 <input type="checkbox"/> Goggle แว่นตา <input type="checkbox"/> face shield <input type="checkbox"/> ถุงมือ <input type="checkbox"/> เสื้อ gown <input type="checkbox"/> ชุดหมี <input type="checkbox"/> หมวกคลุมผม <input type="checkbox"/> รองเท้าบูท <input type="checkbox"/> ถุงหุ้มขา ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์แบบประยุกต์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรตระบุนิต <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

	<p><input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ</p> <p>ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้สวมใส่อุปกรณ์ซ้ำหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ใช้ซ้ำ โปรตระบุนิด.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ</p> <p>ถ้าท่านสวม PPE ท่านได้ติดเทปที่หน้ากากหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ติด โปรตระบุนิด <input type="checkbox"/> หน้ากากอนามัย</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> N95</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ติด</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ</p>
<p>○ ท่านได้ล้างมือหลังสัมผัสพื้นผิว สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยหรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> เกือบทุกครั้ง <input type="checkbox"/> บางครั้ง <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> ล้างด้วย <input type="checkbox"/> เจลแอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> สบู่ <input type="checkbox"/> น้ำเปล่า</p>
<p>● ท่านมีการสัมผัสเพื่อนร่วมงานซึ่งทำงาน เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโร นา โดยไม่ได้สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง หรือไม่</p>	<p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ</p> <p>ถ้า มี โปรตระบุนรายละเอียด</p> <p><input type="checkbox"/> นั่งกินข้าวด้วยกันร่วมวงกัน</p> <p><input type="checkbox"/> คอยกันโดยไม่ใส่หน้ากากอนามัย ในระยะห่างน้อยกว่า 2 เมตร</p> <p><input type="checkbox"/> ทำงานในห้องเดียวกัน</p> <p><input type="checkbox"/> นอนในห้องเดียวกัน</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรตระบุน.....</p>

รายละเอียดเหตุการณ์ กิจวัตรประจำวัน และประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ก่อนเริ่มป่วย 14 วัน

.....

.....

ตารางกิจกรรมและการเดินทางตั้งแต่เริ่มป่วย

วัน	วันที่	กิจกรรม/สถานที่	จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม (ระบุบุคคล หากทำได้)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

ผู้รายงาน หน่วยงาน โทรศัพท์.....

วันที่สอบสวน.....