

ที่ ศก ๒๐๓๒/ว



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุห์
ถนนเฉลิมพระเกียรติ ร๙ ต.พยุห์
ศก. ๓๓๒๓๐

๒ เมษายน ๒๕๖๓

เรื่อง การสอบสวนโรค กรณีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบสวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จำนวน ๑ ชุด

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ที่มีการระบาดไปทั่วประเทศ และจังหวัดศรีสะเกษมีจำนวนผู้ป่วยยืนยันเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น เพื่อให้การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค (COVID-19) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมีการสอบสวนโรคที่เข้มข้น สามารถทราบเส้นทางการระบาด จุดเสี่ยงต่างๆ ของผู้ป่วย และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ได้ดำเนินการเฝ้าระวัง สังเกตอาหาร และสำรวจผู้สัมผัสเสี่ยงตั้งแต่ทราบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI)

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุห์ จึงขอความร่วมมือหน่วยงานของท่าน ได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

๑. สอบสวนโรคผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทุกราย (PUI)

๒. สรุปรายงานสอบสวนโรค เมื่อทราบว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายฤทธิรงค์ โนนใหญ่)
สาธารณสุขอำเภอพยุห์

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

โทร. ๐ ๔๕๘๑ ๓๕๙๘

โทรสาร ๐ ๔๕๘๑ ๓๕๙๘

Code

แบบสอบสวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Novelcorona 2

1. ข้อมูลทั่วไป เลขบัตรประชาชน/passport.....
- ชื่อ - นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง อายุ ปี.....เดือน สัญชาติ
- อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำอย่างละเอียด เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ที่สัมผัสกับนักท่องเที่ยว).....
- สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
- ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย บ้าน อื่น ๆ ระบุ.....เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน.....
- ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
- จังหวัด.....โรคประจำตัว.....
2. ข้อมูลทางคลินิก
- วันที่เริ่มป่วย.....วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก.....สถานพยาบาล.....
- จังหวัด.....สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน.....จังหวัด.....
- อาการและอาการแสดง ในวันพบผู้ป่วย : ไข้ อุณหภูมิร่างกายแรกรับ..... องศาเซลเซียส O2Sat.....
- ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก (dyspnea)
- ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว อื่น ๆ ระบุ..... ใส่เครื่องช่วยหายใจ
- เอ็กซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ไม่ได้ทำ ทำ เมื่อวันที่.....ระบุผล.....
- CBC (ครั้งแรก): วันที่..... ผล Hb..... mg% Hct..... % Platelet count..... x10³
- WBC..... (N..... % L..... % Atyp lymph..... % Mono..... % อื่น ๆ.....)
- ผลการตรวจ Influenza test วิธีการตรวจ..... Negative Positive Flu A Flu B
- ผลการตรวจ SARS-CoV-2
- | วันที่เก็บ | ชนิดตัวอย่าง | สถานที่ส่งตรวจ | ผลตรวจ |
|------------|--------------|----------------|---|
| | | | <input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected |
- หมายเหตุ - การวินิจฉัยใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1 แห่ง
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน admitวันที่.....การวินิจฉัยเบื้องต้น.....
- การให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ให้ ให้ วันที่รับยาโดสแรก.....
- Darunavir/Ritonavir (DRV/r) Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) Favipiravir
- Chloroquine Hydroxychloroquine ยาอื่นๆ ระบุ.....
- สถานะผู้ป่วย หาย ยังรักษาอยู่ เสียชีวิต ส่งตัวไป รพ..... อื่นๆ ระบุ.....
3. ประวัติเสี่ยง
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยอาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ระบุเมือง.....ประเทศ..... ไม่ใช่ ใช่
- เดินทางเข้าประเทศไทยวันที่.....โดยสายการบิน.....เที่ยวบินที่.....เลขที่นั่ง.....
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้เข้ารับการรักษหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของพื้นที่ที่มีการระบาด ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบุ..... ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ไม่ใช่ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยมีประวัติเดินทางไปสถานที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น ผับ สนามมวย ระบุ..... ไม่ใช่ ใช่
- เป็นผู้ป่วยอาการทางเดินหายใจหรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน ไม่ใช่ ใช่
- เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ไม่ใช่ ใช่
- เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ไม่ใช่ ใช่
- อื่น ๆ ระบุ..... ไม่ใช่ ใช่

รายละเอียดเหตุการณ์ ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ก่อนเริ่มป่วย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ตารางกิจกรรมและการเดินทางตั้งแต่เริ่มป่วย

วัน	วันที่	กิจกรรม/สถานที่	จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม (ระบุบุคคล หากทำได้)
0		(วันเริ่มป่วย)	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

ผู้รายงาน หน่วยงาน โทรศัพท์.....

วันที่สอบสวน.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล เพศ ชาย หญิง อายุ ปี
 สัญชาติ เชื้อชาติ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 อาชีพ
 กรณีเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ระบุตำแหน่ง แผนก
 ที่อยู่ที่ติดตามได้ เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/คอนโด
 ซอย ถนน ตำบล
 อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์ติดต่อ
 เมืองที่อยู่ในประเทศจีน เลขที่หนังสือเดินทาง

2. สัมภาษณ์แผนการเดินทางในช่วง 14 วันหลังสัมผัสผู้ป่วยวันที่สัมผัส

วันที่	แผนการเดินทาง	ผู้ร่วมเดินทาง

ชื่อสัมภาษณ์ หน่วยงาน โทร.

