



แบบประเมินผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ (COVID ๑๙)

ในกรณี สมัครงาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ชื่อ - สกุลตำแหน่ง.....

หน่วยงานที่สมัคร.....

คำชี้แจง ให้เจ้าหน้าที่ทำเครื่องหมายถูก (✓) หน้าข้อที่มีพบประวัติ ดังต่อไปนี้

๑. ไม่มีไข้

๒. มีไข้ หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ ๓๗.๕ °C ขึ้นไป ร่วมกับอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง

ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หายใจเร็ว หรือหายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก

ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

และร่วมกับมีประวัติเสี่ยงอื่นๆ ดังต่อไปนี้

๓. ประวัติเสี่ยงอื่นๆ (ตามเกณฑ์ของ..กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข)

● ช่วง ๑๔ วันก่อน สมัครงาน ได้มีการสัมผัสกับสัตว์ปีก/ สัตว์ป่า/ สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
● ช่วง ๑๔ วันก่อน สมัครงาน ไปตลาดค้าสัตว์ปีก/ สัตว์ป่า/ สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม/อาหารทะเล หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
● ช่วง ๑๔ วันก่อน สมัครงาน ได้อาศัยอยู่ หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ระบุ..... เดินทางเข้าประเทศเมื่อวันที่โดยสายการบิน.....เที่ยวบินที่.....เลขที่นั่ง.....	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
● ช่วง ๑๔ วัน ก่อนสมัครงาน ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิด กับนักท่องเที่ยวต่างชาติ	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
● มีประวัติไปในสถานที่ที่ประชาชนหนาแน่นที่พบผู้ป่วยยืนยันในช่วงเวลาเดียวกันตามที่คณะกรรมการ โรคติดต่อ/ จังหวัด ประกาศ เช่น สนามมวย สถานบันเทิง ห้างสรรพสินค้า ตลาดนัด	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
● ช่วง ๑๔ วันก่อน สมัครงาน ได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
● ช่วง ๑๔ วันก่อน สมัครงาน มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙ (COVID ๑๙)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
● ช่วง ๑๔ วันก่อน สมัครงาน ได้เข้ารับการรักษา หรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศที่มีการระบาด	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
● เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงที่หาสาเหตุไม่ได้	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
● เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยหรือยืนยัน หรือสารคัดหลั่งจากระบบทางเดินหายใจ โดยไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองที่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
● ช่วง ๑๔ วัน มีการสูญเสียการรับกลิ่น ไม่ได้กลิ่น	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
● อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่

หมายเหตุ : หากพบผู้ป่วยมีไข้ตั้งแต่ ๓๗.๕ °C ขึ้นไป ร่วมกับอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง/มีประวัติ เสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง

ให้แจ้ง ICN Tell.๗๕๑๑ หรือ ตามตารางเวร Consult IC

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริง

.....
(.....)

(เป็นผู้ให้ข้อมูล)