

## แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิต

## 1. ข้อมูลทั่วไป

เลขบัตรประชาชน/passport.....

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

ญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่ให้ข้อมูลได้.....ความสัมพันธ์กับผู้ตาย..... เบอร์โทรศัพท์.....

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  ผู้ป่วยในอาการและอาการแสดงเมื่อเข้ารับการรักษาครั้งแรก  ไม่มีอาการใดๆ  ไข้ อุณหภูมิร่างกายครั้งแรก ..... องศาเซลเซียส O<sub>2</sub>Sat แรกรับ .....  ไอ  เจ็บคอ  ปวดกล้ามเนื้อ  มีน้ำมูก  มีเสมหะ หายใจลำบาก (dyspnea)  ปวดศีรษะ  ถ่ายเหลว  จมูกไม่ได้กลิ่น  ลิ้นไม่รับรส  ตาแดง ผื่นตำแหน่ง.....  อื่น ๆ ระบุ.....

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

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

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

วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ...../...../..... 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				<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

ผลเอกซเรย์ปอด (ครั้งแรก)  ทำ วันที่ ..... ระบุผล .....  ไม่ได้ทำ

## 4. การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยยา

ยาต้านไวรัส  ไม่ให้ Favipiravir วันเริ่มรับยา .....  Remdesivir วันเริ่มรับยา ..... ยาต้านไวรัสอื่น ๆ ระบุ .....วันเริ่มรับยา .....ยารักษาโควิด 19 อื่นๆ  ไม่ให้ Corticosteroids ระบุ..... วันเริ่มรับยา..... ฟาโทลาลยใจ วันเริ่มรับยา .....  ยาอื่น ระบุ.....วันเริ่มรับยา .....

## 5. ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

 ไม่เคยได้รับ  เคยได้รับ มีสมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่ ( ) มี ( ) ไม่มี

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

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

## 6. ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง

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

กรณีเพศหญิง  ไม่ได้ตั้งครรภ์  ตั้งครรภ์ ครรภ์ที่..... อายุครรภ์ ..... สัปดาห์การสูบบุหรี่  ไม่เคยสูบ  ยังคงสูบ  เคยสูบแต่เลิกแล้วโรคประจำตัว/ปัจจัยเสี่ยง  ความดันโลหิตสูง  ไขมันในเลือดผิดปกติ  ปอดอุดกั้นเรื้อรัง  หอบหืด โรคหัวใจ  ไตวาย  โรคหลอดเลือดสมอง  เบาหวาน  มะเร็งที่อยู่ระหว่างรับเคมีบำบัด อื่นๆ.....

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