

 <p><b>โรงพยาบาลธนบุรี บำรุงเมือง</b> Thonburi Bamrungmuang Hospital</p> <p><b>แบบประเมินผู้ป่วยเข้าข่าย / สงสัยติดเชื้อ</b> <b>ปอดอักเสบ COVID-19</b></p> <p>Evaluation Form of Patient subject to/suspected COVID-19</p>	Date: ..... Time: ..... HN: ..... Room: ..... Name: ..... Gender: ..... Date of Birth: ..... Age: ..... Physician: ..... MD Code: ..... Allergies: .....
--	---

**เกณฑ์ / Clinical Criteria:**

1. มีประวัติไข้ มีไข้  $\geq$  หรือตรวจ อุณหภูมิร่างกาย ตั้งแต่ 37.5 °C หรือวัดไข้ที่บ้าน Have history of fever or measure body temperature at home

มีไข้ Have a fever	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
--------------------	---------	-----------

2. มีอาการต่อไปนี้ Have the following symptoms

ไอ cough	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
เจ็บคอ sore throat	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
มีน้ำมูก คัดจมูก runny nose	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
เหนื่อยหอบ shortness of breath	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
จมูกไม่ได้กลิ่น Anosmia	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No

3. เดินทางมาจากต่างประเทศ หรือพื้นที่เกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศ ทุกช่องทางภายใน 14 วัน Travel from other countries within the last 14 days

จาก From..... กลับถึงเมื่อวันที่ Date of Return.....	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
--	---------	-----------

4. ติดต่o สัมผัส ใกล้ชิด นักท่องเที่ยว หรือ บุคคลจากต่างประเทศ/พื้นที่กลุ่มเสี่ยง ภายใน 14 วัน

Have close or direct contact with tourists or people from COVID-19 infected countries/ Areas within the last 14 days

ติดต่o สัมผัส ใกล้ชิด ล่าสุดวันที่..... The latest date of contact with COVID-19 patients	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
---	---------	-----------

5. ติดต่o สัมผัส ใกล้ชิด กับบุคคลที่ติดเชืหรือสงสัยว่าติดเชื้อ ที่รอผลการตรวจอยู่ ภายใน 14 วัน

Have close or direct contact with an infected person or suspected to be infected awaiting the examination results within the last 14 days

ติดต่o สัมผัส ล่าสุดเมื่อวันที่..... The latest date of contact with COVID-19 patients	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
--	---------	-----------

6. มีประวัติไปในสถานที่ชุมนุมหรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล ภายใน 14 วัน

Have visit public areas or crowded areas within the last 14 days Ex :

สถานที่.(Place) .....วันที่. (Date) .....	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
---	---------	-----------

7. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบภายใน 14 วัน

Diagnosed pneumonia within the last 14 days

โรงพยาบาล.(hospital) .....วันที่. (Date) .....	ใช่ Yes	ไม่ใช่ No
--	---------	-----------

**สำหรับเจ้าหน้าที่**

ผลการตรวจคัดกรอง COVID-19  เข้าเกณฑ์  ไม่เข้าเกณฑ์

ได้แจ้งรายละเอียดและประเมินผู้ป่วยแล้ว  เข้า Alternative Hospital Quarantines  แยกกักกันที่บ้านและดูแลตัวเองได้โดยไม่แพร่เชื้อ กรณีได้ผลการตรวจจะแจ้งผลทันที ภายใน..... ชม. และจะประสานกลับ เพื่อทำการรักษาต่อไป

ได้แจ้งว่าพบผู้ป่วยสงสัยโรค COVID-19 ให้เจ้าหน้าที่พนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่แล้ว

กรณีผลตรวจพบเป็นโรค COVID-19 ได้รับตัวกลับมารักษา เมื่อวันที่..... เวลา.....

<p><b>สำหรับผู้ป่วย / ญาติลงชื่อ</b></p> <p><input type="checkbox"/> รับทราบผลการคัดกรอง/ I hereby acknowledge the result of screening.</p> <p><input type="checkbox"/> ยินยอมให้ตรวจหาเชื้อ COVID-19 <input type="checkbox"/> ยินยอมอยู่ใน Quarantines State</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับเอกสารคำแนะนำสำหรับผู้รับบริการตรวจ COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> ได้ให้ข้อมูลที่เป็นจริง รับทราบข้อมูลการป่วย และการตรวจวินิจฉัย ดังระบุ เข้าใจ และยินยอมที่จะเฝ้าระวังอาการและทำตามแนวทางการ แยกกักตามเอกสารทุกประการ</p> <p>ลงชื่อผู้มารับบริการ.....วันที่.....เวลา.....</p>
---

หน่วยงาน/Department.....

ลงชื่อผู้คัดกรอง/Signature of Evaluator.....

วันที่.....เวลา.....

คำมผู้แปลภาษา.....วันที่.....เวลา.....

ลงชื่อล่าม.....วันที่.....เวลา.....