

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แบบคัดกรองผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ด้วย นาย/นาง/นางสาว/ตช/ตญ. _____ อายุ _____ ปี

โทรศัพท์ _____ HN _____ มารับการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่โรงพยาบาล
 จุฬาลงกรณ์ ในวันที่ _____ เวลา _____ พบว่า อุณหภูมิ _____ องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ _____ ครั้ง
 ต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ _____ ครั้งต่อนาที และระดับออกซิเจนในเลือด _____ เปอร์เซ็นต์

ประวัติเสี่ยง	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านมีประวัติเดินทางหรือแวะผ่านมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใน 14 วันก่อนมีอาการ เดินทางเข้าประเทศเมื่อวันที่ _____ โดยสารการบิน _____ เที่ยวบินที่ _____ เลขที่นั่ง _____		
2. ท่านมีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ที่มีอาการหรือเข้าข่ายหรือยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
3. ท่านเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวที่มาจาก พื้นที่ที่มีรายงานการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
4. ท่านเป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขที่สัมผัสกับผู้ป่วย เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
อาการสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านประวัติไข้ หรือไข้ตั้งแต่ 37.5 องศาขึ้นไป		
2. ท่านมีอาการข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้		
● ไอ		
● น้ำมูก		
● เจ็บคอ		
● หายใจเร็ว/หอบเหนื่อย/ลำบาก		

- () พบว่าไม่มีประวัติเสี่ยงและไม่มีอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
- () พบว่ามีประวัติเสี่ยงแต่ไม่มีอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขณะมารับการตรวจที่โรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลจึงให้คำแนะนำตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข คือ ไม่แนะนำให้ตรวจหาเชื้อขณะที่ไม่มีอาการ และให้พักอยู่ที่บ้านเป็นระยะเวลา 14 วันนับจากวันที่มีประวัติเสี่ยง และหากมีอาการผิดปกติแนะนำให้มารับการตรวจประเมินอีกครั้ง
- () ส่งตรวจคลินิกโรคอุบัติใหม่