

แบบสอบถามรายละเอียดประวัติสุขภาพกรณีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้เอาประกันภัย (กรอกข้อมูลหรือยืนยันโดยแพทย์ผู้ทำการรักษาเท่านั้น)

ชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วย : เพศ : ชาย หญิง อายุ : ปี
 เลขที่บัตรประชาชน..... ผู้ป่วยได้รับการดูแลภายใต้การจัดการของสถานพยาบาล (ระบุ)
 HN..... AN..... แบบผู้ป่วยในที่ โรงพยาบาล Hospital.....
 โรงพยาบาลสนาม.....หรือแบบ Home Isolation Community Isolation.....
 Hotel Isolation..... อื่น ๆ.....
 วันที่เริ่มป่วยหรือมีอาการแสดง วันที่..... มีอาการ.....
 วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก: ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... รวม.....วัน (ถ้ามี ICU โปรดระบุช่วงวันที่รับการรักษา.....)

ผู้ป่วยได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี
 ไม่ได้ตรวจยืนยัน
 RT-PCR Rapid PCR ตรวจเมื่อวันที่..... ผลตรวจออกเมื่อวันที่..... ผลตรวจเป็น Detected Not detected
 สถานพยาบาลที่ตรวจ.....
 ATK ตรวจเมื่อวันที่..... ผลตรวจเป็น Detected Not detected สถานพยาบาลที่ตรวจ.....

1. ผู้ป่วยมีโรคหรือปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี, เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี, โรคปอดเรื้อรัง, โรคทางเดินหายใจเรื้อรังในเด็ก, กลุ่มโรคพันธุกรรมในเด็ก, เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางระบบประสาทอย่างรุนแรง, โรคไตเรื้อรัง, โรคหัวใจและหลอดเลือดรวมโรคหัวใจแต่กำเนิด, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้, ภาวะอ้วน, ตับแข็ง, ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ, โรคเมเรียม, หงุดหงิดครั้ง หรือมีโรคร่วมสาคัญหรือภาวะอื่น ๆ เป็นปัจจัยให้มีความเสี่ยงที่จะมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น มีหรือไม่มี
 ไม่มี มี (ถ้ามีโปรดระบุ).....

2. น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ดัชนีมวลกาย (BMI).....

3. มีอาการ และอาการแสดงที่ผิดปกติ (Sign and Symptom) จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่
 ไม่มี โปรดระบุเหตุผลของการเข้าพักรักษาตัวในครั้งนี้ เพื่อแยกกักตัว (Isolation) อื่นๆ.....
 มี (ถ้ามีโปรดระบุ / เลือกได้มากกว่า 1 รายการ) ตามด้านล่าง

อาการ	โปรดระบุระยะเวลาที่มีอาการหลังตรวจพบเชื้อโควิด หรือช่วงเวลาที่ได้รับรักษา (ว/ด/ป - ว/ด/ป)
<input type="checkbox"/> ไข้ อุนหภูมิ.....องศาเซลเซียส	
<input type="checkbox"/> ท้องเสีย (จำนวน.....ครั้ง / วัน)	
<input type="checkbox"/> คลื่นไส้ / อาเจียน (จำนวน.....ครั้ง / วัน)	
<input type="checkbox"/> อาการปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือภาพเอกซเรย์ปอดพบมีปอดอักเสบ	
<input type="checkbox"/> หายใจหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หรือหายใจเร็วกว่าอัตราการหายใจปกติ RR bpm	
<input type="checkbox"/> ค่า O2 sat%	
<input type="checkbox"/> ซึมลง ดื่มนมหรือทานอาหารได้น้อยลง (สำหรับเด็ก)	
<input type="checkbox"/> มีการใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจ โปรดระบุ <input type="checkbox"/> O2 canular <input type="checkbox"/> O2 mask with bag <input type="checkbox"/> ใส่ท่อช่วยหายใจ	
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	

4. การรักษาที่ได้รับ.....
 การให้ยารักษาโรคติดเชื้อ COVID-19 ไม่ให้ ให้ วันที่รับยาโดสแรก.....
 Favipiravir Remdesivir เหตุผลของการให้ยานี้.....
 ยาอื่น ๆ เหตุผลของการให้ยานี้.....
 อื่น ๆ.....

5. ตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ กำหนดระยะเวลาที่กักตัวที่ไม่เกิน 10 วัน สำหรับผู้ป่วยทั่วไป กรณีที่จำนวนวันที่กักตัวมากกว่าหรือไม่เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขอความกรุณาแจ้งความเป็นทางการแพทย์ตามมาตรฐาน การแพทย์ที่ต้องพักรักษาแบบผู้ป่วยใน.....

ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง
 ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษา:..... ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....
 สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม..... โทร..... (โปรดประทับตราสถานพยาบาล)