

แบบฟอร์มขอข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19 Medical Information Request

1. ข้อมูลทั่วไป/Patient Information*

ชื่อ-นามสกุล/Name-Surname.....เพศ/Sex ชาย/M หญิง/F
 อายุ/Age ปี/Year สัญชาติ/Nationality น้ำหนัก/Weight (kg.)..... ส่วนสูง/Height (cm.)
 บัตรประจำตัวประชาชน/Thai National ID. Card.....หนังสือเดินทางเลขที่/Passport No.
 เลขที่ลงทะเบียนโรงพยาบาล/Hospital No.....เลขที่ผู้ป่วยใน/Admission No.....
 เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้/ Mobile no.....ที่อยู่เลขที่/Address No..... หมู่ที่
 หมู่บ้าน/Village ซอย/Soi..... ถนน/Road
 ตำบล/Sub-district อำเภอ/Districtจังหวัด/Province

2. ข้อมูลทางคลินิก/Clinical Information*

ตรวจพบเชื้อโควิดวันที่/Date of Covid-19 Detection.....

โรคประจำตัว/Congenital Disease มี/Yes (โปรดเลือก/Please identify) ไม่มี/None
 โรคปอด เช่น หอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง/วัณโรค/Lung Disease ie. Asthma/ COPD/TB
 โรคหัวใจ/Heart Disease โรคตับแข็ง/Cirrhosis โรคภูมิคุ้มกันต้านทานต่ำ/SLE
 โรคไตวายเรื้อรัง/Renal failure อื่น ๆ ระบุ/ Others please identify.....

สัญญาณชีพและอาการในวันเข้ารับการตรวจ(ครั้งแรก) /Vital Sign and Condition (First Visit)*

T °C PR/min RR/min BPmmHg
 O2 Sat.....% เจ็บคอ/Sore Throat ไอ/Cough
 ปวดกล้ามเนื้อ/Myalgia มีน้ำมูก/Running Nose มีเสมหะ/Mucus
 ปวดศีรษะ/Headache ถ่ายเหลว/Diarrhea ตาแดง/Red Eyes
 จมูกไม่ได้กลิ่น/Anosmia ลิ้นไม่รับรส/Dysgeusia ผื่น/Rash
 อื่น ๆ ระบุ/ Others please identify.....

ผลเอกซเรย์ปอด / Chest X-Ray ทำ/Performed ไม่ได้ทำ/Not performed วันที่/Date

ผลการตรวจ/Findings No Abnormality detected
 Nonsignificant findings related to COVID-19 pneumonia
 Highly suspicious for mild COVID-19 pneumonia
 Typical for COVID-19 pneumonia

3. ผลการติดตามอาการผู้ป่วยโควิด-19 ขณะรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital)
/ Daily Record during admission at Hospital or Hospitel*

วัน/เดือน/ปี (พ.ศ.)	/...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
การตรวจร่างกาย		Day.....	Day.....	Day.....	Day.....	Day.....
1	อุณหภูมิ/Temperature					
2	Oxygen Saturation (%)					
3	การหายใจครั้ง/นาที					
วัน/เดือน/ปี (พ.ศ.)	/...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
การตรวจร่างกาย		Day.....	Day.....	Day.....	Day.....	Day.....
1	อุณหภูมิ					
2	Oxygen Saturation (%)					
3	การหายใจครั้ง/นาที					

4. การประเมินระดับความรุนแรง/Assessment of Severity*

- ASymptomatic Covid-19
 Mild Symptomatic Covid-19 and no risk factors
 Mild Symptomatic Covid-19 with risk factor (โปรดระบุ)
 Severe Symptomatic

5. การวินิจฉัยเบื้องต้นผู้ป่วยมีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องเข้ารับการรักษาทันที/ Diagnosis on how to treat the patient and reason of admission*

- Home Isolation Community Isolation
 สถานพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) โรงพยาบาล เนื่องจาก (โปรดระบุ)

6. Medicine/ การให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- ฟ้ำทะลายโจร Remdesivir Favipiravir Corticosteroid
 Lopinavir/ritonavir Darunavir Ritonavir
 Chloroquine/Hydroxychloroquine อื่น ๆ ระบุ.....

นายแพทย์ผู้ตรวจ/ MD.

เลขที่ใบอนุญาตประกอบเวชกรรม/ Medical license no.

ลงนาม/Signature.....

วันที่ให้ข้อมูล/Information provided date.....



ตราประทับโรงพยาบาล/Hospital Stamp