

แบบส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2012

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 โทรสาร 0-2591-2153

หน่วยงานที่ส่งตรวจ

☐ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข☐ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์.....

ชื่อผู้ป่วย.....เพศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....

ที่อยู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วันที่เริ่มป่วย.....รักษาที่โรงพยาบาล.....HN.....

วันที่รับไว้.....อาชีพ.....แพทย์ผู้ส่งตรวจ.....

หมายเลขโทรศัพท์.....E-mail.....

ประวัติสัมผัสและการเดินทาง

- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบที่สงสัยว่าอาจเป็นผู้ป่วยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2012 หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
☐ ประเทศในคาบสมุทรอาระเบีย ☐ ประเทศอื่น ๆ ได้แก่
- ในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนของท่าน ป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2012 หรือปอดอักเสบ หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- อื่น ๆ ระบุ.....

อาการ

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| ☐ ไข้ เป็นมา.....วัน อุณหภูมิ.....°C | ☐ ไอ | ☐ เจ็บคอ |
| ☐ ปวดศีรษะ | ☐ มีน้ำมูก | ☐ มีเสมหะ |
| ☐ หอบ หายใจลำบาก | ☐ ปอดบวม/ปอดอักเสบ | ☐ ไตวาย |
| ☐ อาการแทรกซ้อนอื่นๆ ระบุ..... | | ☐ ถ่ายเหลว |

ผลการตรวจด้วย Influenza rapid test (ถ้ามีการตรวจ) ☐ Negative ☐ Positive ☐ Flu A ☐ Flu B

การวินิจฉัยของแพทย์.....

ตัวอย่างส่งตรวจเพื่อหาสารพันธุกรรมหรือแยกเชื้อ

Throat swab วันที่เก็บ.....

Nasopharyngeal swab วันที่เก็บ.....

Nasopharyngeal aspirate วันที่เก็บ.....

Nasal swab วันที่เก็บ.....

Stool (ในกรณีที่มีอาการท้องร่วง) วันที่เก็บ.....

Urine (ในกรณีที่มีอาการไตวาย) วันที่เก็บ.....

อื่นๆ ระบุ วันที่เก็บ.....

ชื่อผู้นำส่งตัวอย่าง.....วันที่.....โทรศัพท์.....

ชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ต้องการให้ส่งผล

.....