**แบบคัดกรองสงสัยผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ**

**คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต**

**โรคสุกใส**

**โรคฝีดาษวานร**

1.ใน 1 เดือน ที่ผ่านมาเดินทางมาจากพื้นที่ระบาด 1.ใน 7 วันที่ผ่านมาท่านมีผื่นขึ้นตามร่างกายหรือไม่

 (ตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศ) 🞏ใช่ 🞏ไม่ใช่

 🞏ใช่ 🞏ไม่ใช่ 2.ท่านเคยป่วยเป็นสุกใส

2.ไข้ อุณหภูมิแรกรับ ........................ องศาเซลเซียส 🞏ใช่ 🞏ไม่ใช่

3.ต่อมน้ำเหลืองโต 3.ท่านเคยได้รับวัคซีนป้องกันสุกใส

 🞏มี 🞏ไม่มี 🞏ใช่ 🞏ไม่ใช่

4.ผื่น

 🞏มี 🞏ไม่มี

**สรุป**

 🞏 สงสัยติดเชื้อ/เฝ้าระวัง โปรดระบุ ...........................................

 🞏 รายงานแพทย์ผู้ตรวจ ...........................................................

 🞏 ส่ง consult ICN ……………………………….........................

**กรณีคัดกรองและพบความผิดปกติในหัวข้อใดหัวข้อหนึ่ง ให้รายงานแพทย์ผู้ตรวจเพื่อวินิจฉัย หรือ**

**หมายเหตุ หากมีข้อสงสัย หรือต้องการปรึกษา ICN กรุณาประสานในเวลาราชการ หมายเลขภายใน 60183 และนอกเวลาราชการ ประสานพยาบาลตรวจการณ์**

**แบบคัดกรองสงสัยผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ**

**คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต**

**ชื่อ-สกุล...........................................................................................HN………………………หอผู้ป่วย.....................................**

**วันที่รับไว้รักษา..............................................................................อายุ...........................ปี เพศ...................................................**

**วัณโรคปอด(TB)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **อาการ** | **ใช่(คะแนน)** | **ไม่ใช่(คะแนน)** |
| ⚫ มีอาการไอ |  |  |
|  ไอทุกวันติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์ | 3 | 0 |
|  ไอเป็นเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา | 3 | 0 |
|  ไอน้อยกว่า 2 สัปดาห์ | 2 | 0 |
| ⚫น้ำหนักลดโดยยังไม่ทราบสาเหตุใน 1 เดือนที่ผ่านมา | 1 | 0 |
| ⚫มีไข้ต่ำๆทุกวันนาน 1 สัปดาห์ใน 1 เดือนที่ผ่านมา | 1 | 0 |
| ⚫เหงื่ออกมากผิดปกติตอนกลางคืนภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา | 1 | 0 |
| ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค คือ ผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป (≥=3) |

**โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019**

มีประวัติเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งภายใน 14 วัน

🞏1.อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่/ชุมชนที่มีการระบาดของโรคทั้งจากต่างประเทศและในประเทศ

🞏2.สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ผู้ติดเชื้อยืนยัน

 ผลตรวจ ATK 🞏บวก 🞏ลบ

 🞏ไม่มีอาการ 🞏มีอาการ วันที่เริ่มมีอาการ.............................

 🞏ไข้ ≥37.5 ระบุ....... 🞏เจ็บคอ 🞏ถ่ายเหลว

 🞏ไอ 🞏มีเสมหะ 🞏ปวดศรีษะ

 🞏น้ามูก 🞏จมูกไม่ได้กลิ่น 🞏อื่น ๆ ระบุ..............................................