

แบบประเมินความเสี่ยงตนเองต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)

๑. วันที่ทำการประเมิน.....
๒. หน่วยงานที่ประเมิน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยงานด้านสาธารณสุข) โปรดระบุ
.....
๓. ผู้ทำการประเมิน ชื่อ.....นามสกุล..... เพศ
- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี อาชีพ.....
๔. ประวัติความเสี่ยง (ในช่วง ๑๔ วันที่ผ่านมา)
- ๔.๑ เคยไปในพื้นที่ระบาด หรือพื้นที่เสี่ยง หรืออยู่ในช่วงวันที่และเวลาเดียวกันกับ ผู้ป่วยยืนยัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ตามประกาศของจังหวัด หรือ ศบค.แถลง ในช่วงที่ผ่านมา
(๒) ใช่ (๑) ไม่แน่ใจ (๐) ไม่ใช่
- ๔.๒ มีโรคประจำตัว หรือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ อยู่ระหว่างรักษาด้วยยาที่มีผลกดภูมิคุ้มกัน
(๒) ใช่ ระบุ (๑) ไม่แน่ใจ (๐) ไม่ใช่
- ๔.๓ เคยพักอาศัย หรือ ทำกิจกรรมด้วยกัน และอยู่ในสถานที่เดียวกัน เช่น บ้าน ที่ทำงาน กับผู้ป่วยยืนยัน
(๒) ใช่ (๑) ไม่แน่ใจ (๐) ไม่ใช่
- ๔.๔ เคยพูดคุยในระยะประชิด โดยไม่สวมหน้ากากอนามัยป้องกัน หรือ ถูกผู้ป่วย ไอ หรือ จามรดใส่หน้า โดยฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีการสวมหน้ากากอนามัยป้องกัน เป็นเวลานานมากกว่า ๕ นาที
(๒) ใช่ (๑) ไม่แน่ใจ (๐) ไม่ใช่
- ๔.๕ ในช่วงระยะเวลา ๒ วันที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ (มีข้อใดข้อหนึ่ง = ๒ ไม่มีเลย = ๐)
() มีไข้มากกว่า ๓๗.๕ °C () ไอ แห้งๆ () รู้สึกอ่อนเพลีย
() มีน้ำมูก () เจ็บคอ () รู้สึกหายใจเร็ว หรือหายใจลำบาก
() จมูกไม่ได้กลิ่น () ลิ้นไม่รับรส () อื่นๆ ระบุ.....

๕. สรุปความเสี่ยงจากคะแนนรวม ข้อ ๔.๑ - ๔.๕

- () คะแนน = ๐ ไม่พบความเสี่ยงใดๆ ดูแลสุขภาพตนเองตามปกติ และให้ปฏิบัติตามมาตรการ การป้องกันอย่างเคร่งครัด
- () คะแนน ๑ - ๕ ความเสี่ยงต่ำ เฝ้าระวังดูแลสุขภาพตนเอง ๑๔ วัน หากมีอาการผิดปกติ ให้รีบปรึกษาแพทย์
- () คะแนน ≥ 6 ความเสี่ยงสูง ให้รีบพบแพทย์ เพื่อส่งตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID- 19) หากผลการตรวจ ให้ผลลบ ให้กักกันตัวต่อจนครบ ๑๔ วัน

ในการทำแบบประเมินตนเอง โปรดให้ข้อมูลที่แท้จริง และหากบุคคลใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่ เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๖ เดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่ง พันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามมาตรา ๑๓๗ แห่งประมวลกฎหมายอาญา

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่คัดกรอง

() ()

ตำแหน่ง.....