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 ในช่วยระยะเวลา ๒ วันที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ **(มีข้อใดข้อหนึ่ง = ๒ ไม่มีเลย = ๐)**

( ) มีไข้มากกว่า ๓๗.๕ ℃ ( ) ไอ แห้งๆ ( ) รู้สึกอ่อนเพลีย

( ) มีน้ำมูก ( ) เจ็บคอ ( ) รู้สึกหายใจเร็ว หรือหายใจลำบาก

( ) จมูกไม่ได้กลิ่น ( ) ลิ้นไม่รับรส ( ) อื่นๆ ระบุ.....

๕. สรุปความเสี่ยงจากคะแนนรวม ข้อ ๔.๑ - ๔.๕

( ) **คะแนน = ๐ ไม่พบความเสี่ยงใดๆ** ดูแลสุขภาพตนเองตามปกติ และให้ปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันอย่างเคร่งครัด

( ) **คะแนน ๑ - ๕ ความเสี่ยงต่ำ** เฝ้าระวังดูแลสุขภาพตนเอง ๑๔ วัน หากมีอาการผิดปกติให้รีบปรึกษาแพทย์

( ) **คะแนน ≥ ๖ ความเสี่ยงสูง** ให้รีบพบแพทย์ เพื่อส่งตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID- 19) หากผลการตรวจ **ให้ผลลบ** ให้กักกันตัวต่อจนครบ ๑๔ วัน

ในการทำแบบประเมินตนเอง โปรดให้ข้อมูลที่เป็นจริง และหากบุคคลใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน ซึ่งอาจทำให้ผู้อื่นหรือประชาชนเสียหาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๖ เดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามมาตรา ๑๓๗ แห่งประมวลกฎหมายอาญา

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

( ) ( )

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ๑. อ้างอิงจากแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) กระทรวงสาธารณสุข

๒. แบบฟอร์มนี้ใช้ประกอบการพิจารณาการขอบรรพชาอุปสมบทของเจ้าอาวาส/พระอุปัชฌาย์