

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ

ด่วนที่สุด

ที่ อด ๐๐๓๒.๐๐๔/๖๕/๒๕๖๔



โรงพยาบาล	บ้านโป่ง
เลขที่	2823
วันที่	2 กย 2564
เวลา	16:20
ผู้รับ	

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
๔ ถนนอิทธิปัตย์ อด ๔๑๐๐๐

๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงแนวทางการรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี/โรงพยาบาลกุมภวาปี/โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง/
สาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือที่ สธ ๐๔๐๘.๘/ว ๔๙๖ ลงวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ได้รับแจ้งจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือที่ส่งมาด้วย แจ้งขอเปลี่ยนแปลงแนวทางการรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จึงขอแจ้งแนวทางฯ มายังท่าน เพื่อพิจารณาแจ้งผู้เกี่ยวข้องในเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานต่อไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาแจ้งผู้เกี่ยวข้อง

ขอแสดงความนับถือ

(นายปรเมษฐ์ กิ่งไค้)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์ ๐ ๔๒๒๒ ๒๓๕๖ ต่อ ๒๒๑
โทรสาร ๐ ๔๒๒๔ ๐๔๘๒
E-mail : udon.cdc@gmail.com

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง
ประสานงาน อ.เขตวิเศษ + CDCU + ART
รับทราบ ๑๓.๑๕ น. ๑๓.๑๕ น. ๑๓.๑๕ น.

ต่อไปขอขอบคุณและสวัสดี

(นายปรเมษฐ์ กิ่งไค้)

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๔๐๘.๘/ว ๕๙๖



สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี
 รับที่..... 13750
 วันที่..... 27 ส.ค. 2564
 เวลา..... 13.21 น.

กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๔

งานควบคุมโรคติดต่อ
 รับที่ .. 1697
 วันที่... 27...ส.ค... 2564
 เวลา..... 15.30 น.

เรื่อง ขอเปลี่ยนแปลงแนวทางการรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๔๐๘.๘/ว ๔๘๙ ลงวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ตารางสรุปจำนวนผู้ติดเชื้อเข้าข่ายฯ (ATK COVID Table) จำนวน ๑ แผ่น
- ๒. ตารางแบบรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Novel 3A Table) จำนวน ๑ แผ่น
- ๓. แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับย่อ (Novelcorona 3A) จำนวน ๑ แผ่น
- ๔. แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิต (Novelcorona 3.1) จำนวน ๑ แผ่น

ตามหนังสือที่อ้างถึง กระทรวงสาธารณสุข ส่งแนวทางปฏิบัติการคัดกรองด้วย Antigen Test Kit (ATK) ผ่านระบบออนไลน์ เพื่อเป็นแนวทางการรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กระทรวงสาธารณสุข ขอเปลี่ยนแปลงแนวทางการรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังกล่าว โดยขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด และสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานหรือผู้ให้บริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่มีการตรวจคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และรายงานข้อมูลผู้ติดเชื้อเข้าข่าย ผู้ป่วยยืนยัน และผู้ป่วยเสียชีวิต ไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ - ๑๒ หรือสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ทุกวันดังนี้

- ๑. กรณีผู้ติดเชื้อเข้าข่ายที่มีผล Antigen Test Kit (ATK) เป็นบวก ให้รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อเข้าข่ายรายวัน โดยใช้ "ตารางสรุปจำนวนผู้ติดเชื้อเข้าข่ายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019" (ATK COVID Table)
- ๒. กรณีผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีผลการตรวจ PCR เป็นบวก ให้ยกเลิกการรายงานข้อมูลผู้ป่วยยืนยันด้วยแบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับย่อ (Novelcorona 3) โดยให้รายงานใน "ตารางแบบรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019" (Novel 3A Table) ทั้งนี้ หากหน่วยงานใดมีความจำเป็นหรือต้องการรายงานด้วย "แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับย่อ" (Novelcorona 3A) สามารถอนุโลมให้ใช้ได้ และในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ให้รายงานโดยใช้ "แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิต" (Novelcorona 3.1) เพิ่มเติม ภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังเสียชีวิต รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย

ชอบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย เป็นที่ขออนุมัติ

นางสาวกัญญาพร งามพัฒน์
 ๓๓ หมู่ ๖ ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมืองอุดรธานี ๔๓๑๑
 โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๓๘๑๐
 โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๓๘๑๑

ขอแสดงความนับถือ
 ชงพร ขวัญคุ้ม
 (นายแพทย์ สรรพวุฒิ)
 รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านเฝ้าระวังการสาธารณสุข

แจ้ง
 มอบ.....

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (นายสุรเชษฐ์ หวังดี)
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
 หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

(นายปรเมษฐ์ กิ่งไก่อ)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ด่วนที่สุด
ที่ สธ ๐๔๐๘.๘/วิ ๔๗๘



กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอส่งแนวทางปฏิบัติการคัดกรองด้วย Antigen Test Kit (ATK)

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อ จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ในประเทศไทยที่มีรายงานการพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในชุมชน และสถานประกอบการหลายแห่ง เมื่อวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen test self-test kits) พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อให้การเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคโควิด 19 ดำเนินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ขอส่งแนวทางการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วย Antigen Test Kit (ATK) สำหรับให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร และสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กรอกข้อมูลรายละเอียดดังนี้ จำนวนการตรวจ ATK จำนวนพบเชื้อจากการตรวจ ATK ทั้งที่เข้ารับการรักษและไม่เข้ารับการรักษ Home Isolation จำนวน Community Isolation และวันที่รายงานผ่านระบบออนไลน์ดังลิงก์ https://drive.google.com/file/d/1eQ_iu7nHawnWQr7mx_zNJCWFzTqkAumb/view?usp=sharing รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

สมพงษ์ ธรรมวงษ์
(นายแพทย์ ธรรมวงษ์)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข

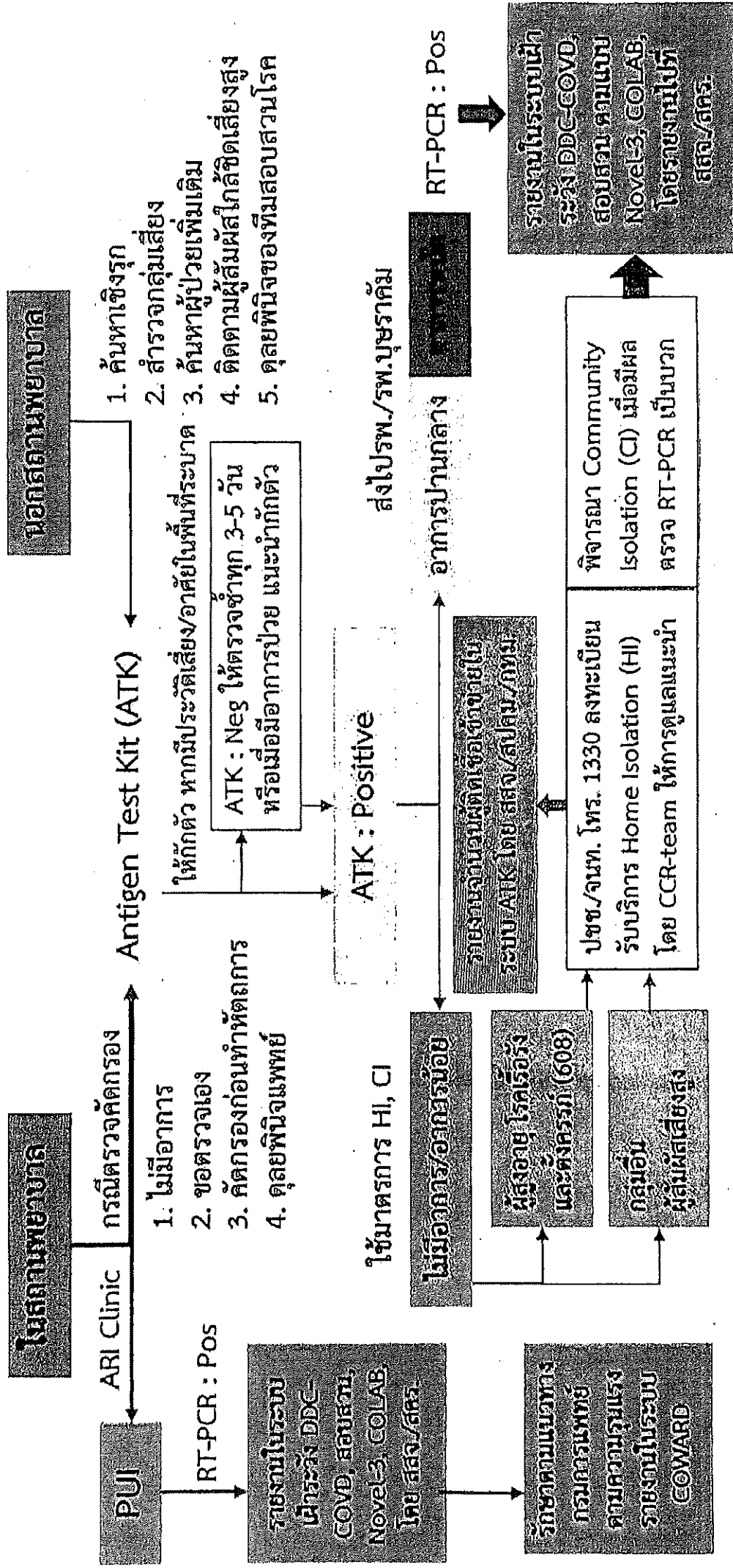
กรมควบคุมโรค

กองระบาดวิทยา

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๑๐

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๔๕

แนวทางการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อเข้าข่าย probable cases กรณี ATK positive



Code _____

แบบรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับย่อ

1. ข้อมูลทั่วไป เลขบัตรประชาชน/passport.....
 ชื่อ - นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง อายุปีเดือน สัญชาติ.....
 ประเภท PUI ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ การค้นหา/สำรวจเชิงรุก Sentinel surveillance อื่นๆ.....
 อาชีพ (ระบุลักษณะงาน เช่น บุคลากรทางการแพทย์ งานที่สัมผัสกับนักท่องเที่ยว/ชาวต่างชาติ)
 ที่อยู่ขณะป่วย หมู่ที่ ตำบล อำเภอ..... จังหวัด.....
2. ข้อมูลทางคลินิก
 โรคประจำตัว โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง
 โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมะเร็ง โรคเบาหวาน
 น้ำหนัก.....กิโลกรัม กรณีสัมผัส ไม่ตั้งครม ตั้งครม.....สัปดาห์
 วันเริ่มป่วย/...../..... วันรับการรักษารั้งแรก/...../..... วันวินิจฉัยโควิด-19/...../.....
 อาการและอาการแสดง (ณ วันที่รายงาน) : ไม่มีอาการใดๆ มีอาการ แต่ไม่มีอาการระบบทางเดินหายใจ
 มีอาการระบบทางเดินหายใจ O₂ Sat.....% () เป็นปอดอักเสบ () ใส่เครื่องช่วยหายใจ () เสียชีวิต
 ผลการประเมินระดับอาการป่วย ณ วันที่รายงาน: เขียว เหลือง แดง
 การตรวจที่ยืนยันว่าเป็น SARS-CoV-2
- | วิธีตรวจ | วันที่เก็บ | ชนิดตัวอย่าง | สถานที่ตรวจ | ผลตรวจ |
|------------------|------------|--------------|-------------|---|
| RT-PCR | | | | <input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected |
| Antigen Test Kit | | | | <input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected |
3. ข้อมูลการรักษาพยาบาล
 ประเภทการรักษา Home Isolation Community Isolation รพ.สนาม/รพ.เฉพาะกิจ โรงพยาบาล
 ชื่อสถานที่รักษาในปัจจุบัน..... จังหวัด
4. ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ มีสมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่ () มี () ไม่มี
 ครั้งที่ 1 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน.....สถานที่ฉีด..... ครั้ง
 ครั้งที่ 2 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน.....สถานที่ฉีด.....
 ครั้งที่ 3 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน.....สถานที่ฉีด.....
5. ประวัติเสี่ยงในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย (หรือ 14 วันก่อนตรวจพบการติดเชื้อ)
 1. ทำงานในโรงพยาบาล/คลินิก 2. ทำงานในโรงงาน/สถานประกอบการ 3. ทำงานในตลาด
 4. ทำงานในแคมป์ก่อสร้าง 5. เข้าประเทศอย่างถูกกฎหมาย 6. ลักลอบเข้าประเทศ
 7. อยู่หรือทำงานในเรือนจำ/ทัณฑสถาน 8. อยู่ในชุมชนแออัด/ศูนย์พักพิงชั่วคราว
 ไม่มีประวัติตามข้อ 1-8 ข้างต้น

ผู้รายงาน.....หน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....วันที่รายงาน...../...../.....

1. ข้อมูลทั่วไป

เลขบัตรประชาชน/passport.....

ชื่อ - นามสกุล ผู้เสียชีวิต..... เพศ ชาย หญิง อายุปีเดือน สัญชาติ.....

ญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่ให้ข้อมูลได้.....ความสัมพันธ์กับผู้ตาย..... เบอร์โทรศัพท์.....

อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ สัมผัสกับนักท่องเที่ยว)

ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ.....

สถานที่เสียชีวิตในประเทศไทย โรงพยาบาล ระหว่างนำส่ง ร.พ. บ้าน อื่นๆ ระบุ.....

2. ข้อมูลทางคลินิก

วันเริ่มป่วย (ว/ด/ป)..... วันรับการรักษาครั้งแรก (ว/ด/ป)..... สถานที่รักษาครั้งแรก.....

ประเภทการรักษาครั้งแรก ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในอาการและอาการแสดงเมื่อเข้ารับการรักษาครั้งแรก ไม่มีอาการใดๆ ไข้ อุณหภูมิร่างกายครั้งแรก องศาเซลเซียส O₂Sat แรกรับ ไอ เล็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก (dyspnea) ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ตาแดง ผื่นตำแหน่ง..... อื่น ๆ ระบุ.....

วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019/...../..... หน่วยงานที่เก็บตัวอย่าง.....

วันรับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรก/...../..... สถานที่.....

วันรับการรักษาในสถานพยาบาลแห่งสุดท้าย/...../..... สถานที่.....

วันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ/...../..... วันที่เสียชีวิต/...../..... การวินิจฉัยสุดท้าย.....

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจที่ยืนยันว่าเป็น SARS-CoV-2

วิธีตรวจ	วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	สถานที่ตรวจ	ผลตรวจ
RT-PCR				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
Antigen				<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
Antibody ครั้งที่ 1				<input type="checkbox"/> IgM : <input type="checkbox"/> IgG : <input type="checkbox"/> Neg
Antibody ครั้งที่ 2				<input type="checkbox"/> IgM : <input type="checkbox"/> IgG : <input type="checkbox"/> Neg

ผลเอกซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ทำ วันที่ ระบุผล ไม่ได้ทำ

4. การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยยา

ยาด้านไวรัส ไม่ให้ Favipiravir วันเริ่มรับยา Remdesivir วันเริ่มรับยา ยาด้านไวรัสอื่น ๆ ระบุ วันเริ่มรับยายารักษาโควิด 19 อื่นๆ ไม่ให้ Corticosteroids ระบุ..... วันเริ่มรับยา..... ฟ้าทะลายโจร วันเริ่มรับยา ยาอื่น ระบุ..... วันเริ่มรับยา

5. ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

 ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ มีสมุดบันทึกหรือหลักฐานการได้รับวัคซีนหรือไม่ () มี () ไม่มี

ครั้งที่ 1 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน.....สถานที่ฉีด.....

ครั้งที่ 2 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน.....สถานที่ฉีด.....

ครั้งที่ 3 วันที่ได้รับ/...../..... ชื่อวัคซีน.....สถานที่ฉีด.....

6. ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

กรรมพิเศษหญิง ไม่ได้ตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ ครรภ์ที่..... อายุครรภ์ สัปดาห์การสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบ ยังคงสูบ เคยสูบแต่เลิกแล้วโรคประจำตัว/ปัจจัยเสี่ยง ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด โรคหัวใจ ไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน มะเร็งที่อยู่ระหว่างรับเคมีบำบัด อื่นๆ.....

ผู้รายงาน.....หน่วยงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....วันที่รายงาน.....