



โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

แบบคัดกรองผู้ป่วยสงสัยโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ
สำหรับผู้มาใช้บริการพยาบาลในโรงพยาบาลศรีนครินทร์

Sticker ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป

1. แพทย์ผู้ตรวจรักษาวินิจฉัยสงสัย/ยืนยัน โรคไข้หวัดใหญ่ โควิด-19 โรคฉี่หนู

คำแนะนำ ให้ทำเครื่องหมาย ในช่อง ของแต่ละข้อที่ตรงกับอาการหรือประวัติผู้ป่วยมากที่สุด

เกณฑ์ทางคลินิกวิทยา ผู้ป่วยที่มีอาการข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- | | | |
|---|------------------------------|---------------------------------|
| 1. มีอาการอย่างน้อย 2 อาการดังต่อไปนี้ ไข้ ไอ จาม น้ำมูก เสมหะ เจ็บคอ ปวดศีรษะ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2. มีอาการอย่างน้อย 1 อาการดังต่อไปนี้ ไข้ ไอ จาม น้ำมูก เสมหะ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ร่วมกับอาการข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ ถ่ายเหลว ท้องเสีย หนาวสั่น เหนื่อยหอบ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 3. มีอาการไข้ร่วมกับมีน้ำหนัลดโดยไม่ทราบสาเหตุ และ/หรือมีเหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืนภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 4. มีอาการข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ไอทุกวันมากกว่า 2 สัปดาห์หรือมีไอเป็นเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 5. มีความผิดปกติของการได้รับกลิ่น/รับรส/มีผื่น | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 6. มีอาการปวดอวัยวะหรือมีภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันรุนแรง | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |

เกณฑ์ทางระบาดวิทยา ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- | | | |
|---|------------------------------|---------------------------------|
| 1. มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่ง ดังต่อไปนี้ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 1.1 โรคไข้หวัดใหญ่ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 1.2 COVID-19 | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 1.3 โรคฉี่หนู | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2. อาศัยอยู่หรือร่วมกิจกรรมในครอบครัว/ชุมชน/บริเวณที่การระบาดของโรคใดโรคหนึ่ง ดังต่อไปนี้ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2.1 โรคไข้หวัดใหญ่ | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2.2 COVID-19 | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |
| 2.3 โรคฉี่หนู | <input type="checkbox"/> ใช่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |

การแปลผล

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยสงสัยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ | เมื่อตอบ “ใช่” ในข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ข้อที่ 1, 2 ,1.1 ,2.1 |
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยสงสัยเป็น COVID-19 | เมื่อตอบ “ใช่” ในข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ข้อที่ 1, 2, 5, 6 ,1.2 ,2.2 |
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยสงสัยเป็นโรคฉี่หนู | เมื่อตอบ “ใช่” ในข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ข้อที่ 3, 4, 1.3 ,2.3 |

.....ผู้รับรอง
(นางเบญจมาศ จันทน์นวล)
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล