

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่มีความประสงค์รับยาฟ้าทะลายโจร

ชื่อโรงพยาบาลหลัก.....	
ชื่อโรงพยาบาลสนาม (ถ้ามี)	
เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN):	เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ:
เพศ: <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> ชาย	อายุ: <input type="text"/> ปี <input type="text"/> เดือน
วัน/เดือน/ปีเกิด วัน.....วันที่.....เดือน.....ปี.....	
น้ำหนักตัว: <input type="text"/> . <input type="text"/> กิโลกรัม	ความสูง: <input type="text"/> เซนติเมตร
ความดัน (SBP/DBP): <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg	ชีพจร: <input type="text"/> ครั้ง/นาที
อุณหภูมิร่างกาย : <input type="text"/> °C	อัตราการหายใจ: <input type="text"/> ครั้ง/นาที
โรคประจำตัว:	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)
ประวัติแพ้ยา/ อาหาร:	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)
สูบบุหรี่:	<input type="checkbox"/> สูบ <input type="checkbox"/> เลิกสูบแล้ว <input type="checkbox"/> ไม่เคยสูบ
ดื่มแอลกอฮอล์:	<input type="checkbox"/> ดื่ม <input type="checkbox"/> เลิกดื่มแล้ว <input type="checkbox"/> ไม่เคยดื่ม

ตอนที่ 2 สรุปข้อมูลทางคลินิก

วันที่เริ่มมีอาการป่วย <input type="text"/> / <input type="text"/> / 256 <input type="text"/>	วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก <input type="text"/> / <input type="text"/> / 256 <input type="text"/>
วันที่ได้รับฟ้าทะลายโจรครั้งแรก <input type="text"/> / <input type="text"/> / 256 <input type="text"/>	
อุณหภูมิร่างกาย : <input type="text"/> °C	อัตราการหายใจ: <input type="text"/> ครั้ง/นาที
ความดัน (SBP/DBP): <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg	ชีพจร: <input type="text"/> ครั้ง/ นาที
อาการแสดงแรกเริ่ม:	<input type="checkbox"/> เจ็บคอ <input type="checkbox"/> ตาแดง <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> หายใจเหนื่อย <input type="checkbox"/> ผื่น <input type="checkbox"/> ไข้ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> ถ่ายเหลว <input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> ไม่ได้กลิ่น <input type="checkbox"/> ปวดกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> มีน้ำมูก <input type="checkbox"/> ลิ้นไม่รับรส
วินิจฉัยโรคแรกเริ่ม (โปรดระบุ) _____	

วันที่ไม่แสดงอาการใดๆเลย (หายจากอาการป่วย) : วันที่ <input type="text"/> / <input type="text"/> / 256 <input type="text"/>
วินิจฉัยว่าเป็น Pneumonia จาก x-ray ผิดปกติ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ได้รับยาต้านไวรัส (Favipiravir) หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
อาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาฟ้าทะลายโจร <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ <input type="checkbox"/> อาเจียน <input type="checkbox"/> ปวดท้อง/แสบท้อง <input type="checkbox"/> ถ่ายเหลว <input type="checkbox"/> ท้องผูก <input type="checkbox"/> ท้องอืด <input type="checkbox"/> ใจสั่น <input type="checkbox"/> หน้ามืด <input type="checkbox"/> วิงเวียน <input type="checkbox"/> มือเท้าชา <input type="checkbox"/> ผื่นแดง <input type="checkbox"/> ลมพิษ <input type="checkbox"/> คัน <input type="checkbox"/> เหนื่อยหอบ/หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> หน้าบวม/ริมฝีปากบวม/ ลิ้นบวม/ หนังตาบวม/ หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ) <hr/>
วันที่ออกจากโรงพยาบาล : วันที่ <input type="text"/> / <input type="text"/> / 256 <input type="text"/>
ผู้บันทึกข้อมูล ชื่อ-สกุล..... หน่วยงาน..... โทรศัพท์.....

ปรับปรุงวันที่ 18 พฤษภาคม 2564

แบบเก็บข้อมูลผ่าน Google Form


<https://forms.gle/BEVT2c5P1uvUNkrTA>