

## แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยสงสัยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV)

ชื่อผู้ป่วย ..... เพศ ..... อายุ ..... ปี ..... เดือน  
 ที่อยู่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
 วันที่เริ่มป่วย ..... รักษาที่โรงพยาบาล ..... HN .....  
 วันที่รับไว้ ..... อาชีพ ..... แพทย์ผู้ส่งตรวจ .....  
 หมายเลขโทรศัพท์ ..... E-mail .....

## ประวัติสัมผัสและการเดินทาง

- ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบที่สงสัยว่าอาจเป็นผู้ป่วยจากการติดเชื้อไวรัสทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) [ ] ไม่ใช่ [ ] ใช่
- ช่วง 14 วัน ก่อนป่วยได้อาศัยหรือเดินทางมาจากพื้นที่ระบาด [ ] ไม่ใช่ [ ] ใช่  
 [ ] ประเทศในคาบสมุทรอาระเบีย [ ] ประเทศอื่นๆ ได้แก่.....
- ในช่วง 14 วัน ก่อนเริ่มป่วยบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนของท่าน ป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) หรือปอดอักเสบหรือไม่ [ ] ไม่ใช่ [ ] ใช่
- อื่นๆ ระบุ..... [ ] ไม่ใช่ [ ] ใช่

## อาการ

- ☐ ไข้ เป็นมา .....วัน อุณหภูมิ .....°C ☐ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ☐ ปวดศีรษะ  
☐ ไอ ☐ เจ็บคอ ☐ มีน้ำมูก ☐ อ่อนเพลีย  
☐ มีเสมหะ ☐ หอบ หายใจลำบาก ☐ ปอดบวม/ปอดอักเสบ ☐ หลอดลมอักเสบ  
☐ อาการแทรกซ้อนอื่นๆ ระบุ .....

ผลการตรวจด้วย Influenza rapid test ☐ Negative ☐ Positive ☐ Flu A ☐ Flu B

การวินิจฉัยของแพทย์ .....

## ตัวอย่างส่งตรวจเพื่อหาสารพันธุกรรมหรือแยกเชื้อ

- |                                                  |                  |
|--------------------------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Throat swab             | วันที่เก็บ ..... |
| <input type="checkbox"/> Nasopharyngeal swab     | วันที่เก็บ ..... |
| <input type="checkbox"/> Nasopharyngeal aspirate | วันที่เก็บ ..... |
| <input type="checkbox"/> Nasal swab              | วันที่เก็บ ..... |
| <input type="checkbox"/> Suction fluid           | วันที่เก็บ ..... |
| <input type="checkbox"/> Sputum                  | วันที่เก็บ ..... |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....        | วันที่เก็บ ..... |

ชื่อผู้นำส่งตัวอย่าง.....วันที่.....โทรศัพท์.....