

แบบคัดกรองการติดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ
ในผู้รับบริการ (OPD CASE) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ชื่อ-สกุล.....วัน/เดือน/ปี..... HN.....หน่วยงาน.....

ผู้รับบริการ.. ญาติ... บุคลากรในรพ.. นักศึกษาฝึกงาน.. อื่น(ระบุ).....

1. ใน 1 สัปดาห์ ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่

- 1.1 ไอ เรื้อรัง/ไอเป็นเลือด 1.2 มีไข้ เป็นตุ่มน้ำใส
- 1.3 มีไข้ ไอมีเสมหะ มีน้ำมูก คัดจมูก 1.4 ตาแดง/ มีขี้ตา
- 1.5 สัมผัสใกล้ชิด /อยู่ร่วมกับคนเป็นโควิด-19

2.วันนี้ท่านมีอาการดังข้อ 1 หรือไม่

2.1 ไม่มี \Rightarrow แนะนำให้สวม mask /ล้างมือบ่อยๆ

2.2 มี (ระบุ).....

หมายเหตุ ถ้ามีข้อ 2.2 ให้แยกผู้รับบริการไว้โซนสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ
เจ้าหน้าที่ OPD ดูแลให้ผู้ป่วยใส่ mask /ล้างมือบ่อยๆด้วย Alcohol hand rub
ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาแบบ One stop service

กรณีเป็นบุคลากร/นักศึกษาฝึกงาน ถ้ามีอาการดังข้อ 2.2 ให้แจ้งหัวหน้าแผนก/หัวหน้ากลุ่มงาน
และรายงานกลุ่มงานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โทร 63405/63406