

เรื่อง แจ้งการปรับแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (ฉบับปรับปรุง
12 เมษายน 2565)

เรียน ผู้บริหาร
บุคลากรสถาบัน
นักศึกษา

ตามที่สถาบันได้มีประกาศของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เรื่อง มาตรการในการ
ควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (ฉบับที่ 28) นั้น เพื่อให้แบบ
คัดกรองมีความสอดคล้องกับประกาศดังกล่าว จึงได้มีการปรับแบบคัดกรองในประเด็นการส่งผลการตรวจยืนยัน
การติดเชื้อ ภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง จึงขอแจ้งให้บุคลากรและนักศึกษารับทราบและใช้แบบคัดกรองฉบับนี้
แทนฉบับเดิม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศรีนรัตน์ วัฒนธรรนนท์)
ประธานคณะกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



แบบคัดกรองความเสี่ยง

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (ฉบับปรับปรุง 12 เมษายน 2565)

ชื่อ.....นามสกุล..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีที่ทำแบบคัดกรอง.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของแต่ละข้อความ โดยไม่ปกปิดข้อมูล ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสถาบัน

ประวัติเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในช่วง 7 วันที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่
1. ใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยไม่สวมหน้ากาก นานมากกว่า 15 นาที/อยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมร่วมกัน ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา		
2. ท่านไปร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์/ ร่วมรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม นานเกิน 15 นาที และ/หรือทำกิจกรรมที่ไม่ได้เว้นระยะห่าง (Social Distancing)		
3. มีประวัติเดินทางไปต่างจังหวัด (วันที่ที่เดินทาง.....จังหวัด.....)		
4. มีประวัติเดินทางจากต่างประเทศ (วันที่ที่เดินทางประเทศ.....)		
อาการต้องสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ วันที่คัดกรอง		
1. ท่านมีไข้ ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป		
2. ท่านมีอาการข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้		
• ไอ		
• มีน้ำมูก/คัดจมูก		
• เจ็บคอ		
• หายใจเร็ว / หอบเหนื่อย / หายใจลำบาก		
• จมูกไม่ได้กลิ่น / ลิ้นไม่รับรส		
• ตาแดง		
• มีผื่นขึ้น		
• ท้องเสีย/อาเจียน		
ผลการตรวจ ATK วันที่ตรวจ.....(ภายใน 24 ชม.ก่อนเข้าสถาบัน)		
ชนิดการตรวจ <input type="checkbox"/> ตรวจทางจมูก <input type="checkbox"/> น้ำลาย		
ผลการตรวจ <input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ		
หรือผลการตรวจ RT PCR (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected		
ประวัติการรับวัคซีน (ระบุชื่อวัคซีน) สำหรับบุคคลภายนอกสถาบัน		
เข็ม1..... เข็ม2..... เข็ม3..... เข็ม4.....		

หมายเหตุ 1. หากมีประวัติเสี่ยงในข้อที่ 1 ขอให้ **งดเว้น** การเข้ามาภายในสถาบัน และให้รายงานต่อผู้บังคับบัญชาตามสายงาน ถึงประธานคณะกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อดำเนินการต่อไป

2. หากมีผลการตรวจ ATK เป็นบวก ขอให้ **งดเว้น** การเข้ามาภายในสถาบัน และให้รายงานต่อผู้บังคับบัญชาตามสายงาน ถึงประธานคณะกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อดำเนินการต่อไป

3. หากไม่มีประวัติเสี่ยง แต่มีอาการไข้ มีน้ำมูก/คัดจมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย/หายใจลำบาก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ตาแดง มีผื่นขึ้น ท้องเสีย/อาเจียน อาการใดอาการหนึ่ง ขอให้ **งดเว้น** การเข้ามาภายในสถาบัน และให้รายงานต่อผู้บังคับบัญชาตามสายงาน ถึงประธานคณะกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อดำเนินการต่อไป

4. หากมีประวัติเสี่ยงในข้อที่ 2 สามารถเข้ามาปฏิบัติงานได้ตามปกติแต่ขอให้สังเกตอาการตนเองเพื่อเฝ้าระวังต่อไป

5. ให้บุคลากรสถาบันที่จะเข้ามาปฏิบัติหน้าที่ทำแบบคัดกรองนี้ก่อนเข้ามาภายในสถาบันภายหลังจากวันหยุด ส่งที่หัวหน้าสาขาวิชา/หัวหน้าฝ่าย และผู้บังคับบัญชาตามลำดับล่วงหน้า 1 วัน /หรือก่อนเดินทางเข้ามาในสถาบัน

6. ให้บุคลากรภายนอกสถาบัน ทำแบบคัดกรองนี้ก่อนที่จะเข้ามาปฏิบัติงานภายในสถาบันทุกครั้ง ส่งที่ผู้ประสานงานและเสนอต่อผู้บังคับบัญชาที่เกี่ยวข้องล่วงหน้า 1 วัน