



สำคัญ

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ โทร. 1011 , 1012

ที่ มอ 390(1) / 63-00635

วันที่ 27 พฤษภาคม 2563

เรื่อง ขอประกาศใช้แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมปฏิบัติตัวตามแนวปฏิบัติ (สำหรับผู้ป่วยเตรียมผ่าตัด) และแบบคัดกรองประวัติผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (สำหรับพยาบาลคัดกรองผู้ป่วย)

เรียน หัวหน้าภาควิชา / หัวหน้าศูนย์ / หัวหน้าฝ่าย / หัวหน้างาน / หัวหน้าหน่วย

มติที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เมื่อวันศุกร์ ที่ 15 พฤษภาคม 2563 เห็นชอบให้ ① จัดทำแบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมปฏิบัติตัวตามแนวปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (สำหรับผู้ป่วยเตรียมผ่าตัด) และ ② แบบคัดกรองประวัติผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (สำหรับพยาบาลคัดกรองผู้ป่วย) นั้น

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงขอประกาศใช้แบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมปฏิบัติตัวตามแนวปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (สำหรับผู้ป่วยเตรียมผ่าตัด) และแบบคัดกรองประวัติผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (สำหรับพยาบาลคัดกรองผู้ป่วย) (ดังเอกสารแนบ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและขอความร่วมมือแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์เรืองศักดิ์ สีธนาภรณ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

สำเนาเรียน : คณบดีคณะแพทยศาสตร์

: ผู้อำนวยการนอกระบบราชการ

**บันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมปฏิบัติตัวตามแนวปฏิบัติ
เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
(สำหรับผู้ป่วยเตรียมผ่าตัด)**

ผู้รับบริการต้องตอบโดยทำเครื่องหมาย ตามความเป็นจริงทุกข้อ และกรณีที่ไม่ครบทุกข้อจะต้องเลื่อนการผ่าตัด และหากปิดบังจะมีโทษตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ มาตรา ๓๔(๑)

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล)..... ได้รับทราบข้อมูลและยินยอมปฏิบัติตัวตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ป่วยเตรียมผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยระหว่างสังเกตอาการ ที่บ้าน/ที่พัก ตลอดระยะเวลา 14 วันก่อนวันผ่าตัด ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดอย่างเคร่งครัด ดังนี้

ข้อปฏิบัติ	ปฏิบัติตามครบ	ปฏิบัติตามบางส่วน	ไม่ปฏิบัติ
1. พักอาศัยอยู่ที่บ้าน หรือที่พำนักนอกพื้นที่ระบาด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. หลีกเลี่ยงที่เกี่ยวข้อกับนักท่องเที่ยว สถานที่แออัด หรือคนจำนวนมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. หลีกเลี่ยงเข้าร่วมกิจกรรมที่มีการรวมคนจำนวนมาก หรือไปสถานที่เสี่ยง ได้แก่ สถานบันเทิง ตลาด สถานที่ออกกำลังกาย ชนสังสรรค์ สถานที่จัดพิธีกรรมทางศาสนา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการหวัดในระยะ 1-2 เมตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. รับประทานอาหารโดยใช้ภาชนะส่วนตัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. แยกของใช้ส่วนตัว เช่น ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว เป็นต้น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. กรณีจำเป็นต้องพบปะผู้อื่นได้รักษาระยะห่างไม่น้อยกว่า 1 - 2 เมตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ที่ความเข้มข้นอย่างน้อย 70% ก่อนสัมผัสใบหน้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. หลีกเลี่ยงการใช้บริการขนส่งสาธารณะ หากจำเป็นให้เลือกใช้บริการพาหนะที่มีการถ่ายเทอากาศดี เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลในระยะ 1 เมตร สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา และล้างมือบ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. บุคคลร่วมบ้านเดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยง ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข			
<ul style="list-style-type: none"> • มี และได้ปฏิบัติตัวโดย แยกห้องนอนและกรณีต้องอยู่ร่วมห้อง/พื้นที่เดียวกัน ให้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา และรักษาระยะห่าง 1-2 เมตร และไม่รับประทานอาหารร่วมโต๊ะ • หากไม่มีให้ข้ามไปตอบข้อถัดไป 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. หากในระหว่าง 14 วันก่อนวันผ่าตัด มีอาการทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก ไม่ได้กลิ่น หรือมีไข้ ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ให้โทรศัพท์แจ้งที่ สายด่วนโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 0-7445-5000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงนาม.....

ลงนาม.....

(.....)

(.....)

ผู้ขอรับการผ่าตัด

พยาน

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

แบบคัดกรองประวัติผู้ป่วยเพื่อป้องกัน
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
(สำหรับพยาบาลคัดกรองผู้ป่วย)

ให้ผู้รับบริการตอบตามความเป็นจริง โดยให้พยาบาลทำเครื่องหมาย ตามที่ผู้ป่วยตอบ
หากปิดบังจะมีโทษตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ มาตรา ๓๔(๑)

ชื่อผู้ป่วย.....H.N.....

อาการ		ประวัติในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย
ข้อใดข้อหนึ่ง <input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> น้ำมูก <input type="checkbox"/> เจ็บคอ <input type="checkbox"/> ไม่ได้กลิ่น <input type="checkbox"/> หายใจเร็ว <input type="checkbox"/> หายใจเหนื่อย <input type="checkbox"/> หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> มีประวัติไข้ <input type="checkbox"/> วัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5°C ขึ้นไป	ร่วมกับ	ข้อใดข้อหนึ่ง <input type="checkbox"/> เดินทางไปยังพื้นที่เกิดโรคของ COVID-19 <input type="checkbox"/> มาจากพื้นที่เกิดโรคของ COVID-19 <input type="checkbox"/> อยู่อาศัยในพื้นที่เกิดโรคของ COVID-19 <input type="checkbox"/> ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับนักท่องเที่ยว <input type="checkbox"/> ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสถานที่แออัด <input type="checkbox"/> ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อกับคนจำนวนมาก <input type="checkbox"/> ไปในสถานที่ชุมชน <input type="checkbox"/> ไปในสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน <input type="checkbox"/> สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 โดยไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> สัมผัสกับสารคัดหลั่งจากระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 โดยไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> เป็นบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่แพทย์ผู้ตรวจรักษาสงสัยว่าเป็น COVID-19
เพียงข้อเดียว <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ แพทย์ผู้ตรวจรักษาสงสัยว่าเป็น COVID-19	-	-
เพียงข้อเดียว <input type="checkbox"/> พบผู้มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นกลุ่มก้อน ตั้งแต่ 5 รายขึ้นไป ในสถานที่เดียวกัน ในช่วงสัปดาห์เดียวกัน โดยมีความเชื่อมโยงกันทางระบาดวิทยา	-	-

ไม่เข้าเกณฑ์ PUI

ลงชื่อ.....ผู้ซักประวัติ วันที่.....

ดัดแปลงจาก: ฉบับปรับปรุง วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)