

ผนวก ก

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคโควิด ๑๙ ก่อนเข้าหน่วยฝึกทหารใหม่ ทบ.
(RTA covid 19 exposure for self-assessment)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. วันเดือนปีที่ประเมิน.....
2. ชื่อ.....สกุล.....
3. วัน/เดือน/ปี เกิด (อายุ)
4. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
5. เดินทางมาจากอำเภอ..... จังหวัด..... (ตรวจสอบพื้นที่เสี่ยงในขณะนั้นๆ)
6. หน่วยงานต้นสังกัด.....
7. เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

ส่วนที่ 2 การประเมินความเสี่ยง

ลำดับ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	ท่านมีประวัติไปสถานที่สาธารณะ เช่น ตลาด หรือ ทำงานในสถานบันเทิง ทำงานในตลาด ภายใน 7 วันก่อนหน้า		
2	ท่านมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 มาก่อน ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา		
3	ท่านมีประวัติไปในสถานที่ที่ประชาชนหนาแน่น ชุมชน หรือที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล หรือขนส่งสาธารณะ ที่พบผู้สงสัยหรือยืนยัน COVID-19 ในช่วงเวลา 14 วันก่อนหน้า		
4	ท่านได้เดินทางมาจากต่างประเทศ หรือ อาศัยอยู่ ท่องเที่ยวใกล้แนวชายแดนประเทศเพื่อนบ้านของไทย (พม่า ลาว เขมร มาเลเซีย) ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา		
5	ในสถานที่ที่ท่านไปประจำ คนที่คลุกคลีใกล้ชิดกับท่าน มีการใช้ ไอ น้ำมูก เสมหะ มากกว่า 5 คน พร้อมๆกัน ในช่วงเวลาภายใน 7 วัน		
6	ท่านมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับประชาชนที่มาจากพื้นที่ที่มีรายงานการระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศอย่างต่อเนื่อง		
7	ท่านหรือบุคคลใกล้ชิดของท่าน ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่มีผู้คนรวมตัวกันเกิน 50 คน ในช่วงเวลา 14 วัน ก่อนหน้านี้		

ส่วนที่ 3 ท่านมีอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้หรือไม่

วันที่เริ่มมีอาการป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งข้างล่างนี้ (ระบุ).....

ลำดับ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	กำลังครั่นเนื้อครั่นตัว เหมือนมีไข้ หรือ วัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป หรือ มีประวัติมีไข้มาก่อน 1 - 2 วัน		
2	ไอ		
3	มีน้ำมูก		
4	เจ็บคอ		
5	หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก		
6	จมูกไม่ได้กลิ่น		
7	ลิ้นไม่รับรส		
8	ตาแดง		
9	ท้องเสีย		
10	มีผื่นขึ้น		

การแปลผล

1. เสี่ยงน้อยมาก => ไม่มีอาการคล้ายไข้หวัดใดๆ **ไม่มีประวัติ**เดินทางไปต่างประเทศในกลุ่มเสี่ยง **ไม่ได้ใกล้ชิดกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง** = กักกันในหน่วยฝึก 14 วัน

2. เสี่ยงเล็กน้อย => มีอาการคล้ายไข้หวัด **ไม่มีประวัติ**เดินทางไปต่างประเทศในกลุ่มเสี่ยง **ไม่ได้ใกล้ชิดกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง** = ฝ้าสังเกตอาการในหน่วยฝึก หากไม่ดีขึ้นใน 48 ชั่วโมง ควรพบแพทย์ และพิจารณาทำ NP swab test

3. มีความเสี่ยง => **ไม่มีอาการ**คล้ายไข้หวัดใดๆ **มีประวัติ**เดินทางไปต่างประเทศในกลุ่มเสี่ยง **เคยใกล้ชิดกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง** = กักกันในหน่วยฝึก 14 วัน หากเริ่มมีอาการคล้ายเป็นไข้หวัด ควรพบแพทย์และพิจารณาทำ NP swab test

4. มีความเสี่ยงสูงมาก => มีประวัติข้อหนึ่งข้อใดใน ส่วนที่ 2 ร่วมกับมีอาการข้อหนึ่งข้อใดใน ส่วนที่ 3 = พบแพทย์ และพิจารณาทำ NP swap test ทันที (**ทั้งนี้ เป็นไปตาม นิยาม PUI ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข**)

****หมายเหตุ** ความเสี่ยงข้อ 1 – 3 ให้เข้าหน่วยฝึกได้ สำหรับข้อ 4 ให้แยกทหารใหม่ส่ง รพ.ทบ. หรือ รพ.สธ. ในพื้นที่เพื่อตรวจพิสูจน์

ผนวก ข

แบบการซักประวัติ กรณีเดินทางมาจากจังหวัดที่มีรายงานการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และกรณีที่ลากลับภูมิลำเนา หรือไปราชการ หรือฝึกนอกที่ตั้งข้ามจังหวัด

แบบซักถามประวัติกรณีเดินทางมาจากจังหวัดที่มีรายงานการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และกรณีที่ลากลับภูมิลำเนา หรือไปราชการ หรือฝึกนอกที่ตั้งข้ามจังหวัด				
1	ยศ ชื่อ-นามสกุล.....		โทรศัพท์มือถือ.....	
	ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่	ซอย	ถนน.....
		ตำบล	อำเภอ	จังหวัด
2	เดินทางกลับมาจาก	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด
3	กิจกรรมที่ทำก่อนเดินทางมา ย้อนกลับไป 14 วัน			
	1)	4)	7)	
	2)	5).....	8)	
	3)	6)	9)	
4	ท่านประกอบอาชีพ (สำหรับทหารใหม่)	1)	2)	3)
5	เคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 มาก่อนหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคยป่วย	<input type="checkbox"/> ไม่เคยป่วย	
6	มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยยืนยัน (เช่น พ่อแม่พี่น้องญาติ เพื่อนบ้าน) ของโรคมามาก่อน ในช่วง 14 วันหรือไม่			
	<input type="checkbox"/> เคยสัมผัสใกล้ชิด	<input type="checkbox"/> ไม่เคยสัมผัสใกล้ชิด		
	ใคร? (ระบุ)	<input type="checkbox"/> พ่อ	<input type="checkbox"/> แม่	<input type="checkbox"/> พี่
		<input type="checkbox"/> น้อง	<input type="checkbox"/> ญาติ	<input type="checkbox"/> เพื่อน
7	มีประวัติไปในสถานที่เสี่ยงต่อการสัมผัสโรค (ได้แก่ สถานที่ที่แออัดหรือมีชุมนุมชนคับคั่ง เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาดนัด วัด สนามกีฬา สถานบันเทิง เป็นต้น) ในช่วง 14 วันหรือไม่			
	<input type="checkbox"/> มีไปสถานที่เสี่ยง	<input type="checkbox"/> ไม่มีไปสถานที่เสี่ยง		
	ที่ใด? (ระบุ)	<input type="checkbox"/> ห้าง	<input type="checkbox"/> ตลาด	<input type="checkbox"/> วัด
		<input type="checkbox"/> สนามกีฬา	<input type="checkbox"/> สถานบันเทิง	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ
8	มีประวัติได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ล่าสุดเมื่อใด (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> เคยฉีด (ระบุช่วง)	<input type="checkbox"/> ไม่เคยฉีด	ใน 1 ปีที่ผ่านมา
9.	มีประวัติได้รับวัคซีนโควิด 19 ล่าสุดเมื่อใด (เข็มแรก หรือ ครบทั้งสองเข็ม)	<input type="checkbox"/> เคยฉีด (ระบุช่วง)	<input type="checkbox"/> ไม่เคยฉีด	

ผนวก ค

แบบประเมินความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ก่อนกลับเข้าทำงาน (RTA COVID-19 RTW FORM)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - นามสกุล เบอร์ติดต่อ

เลขบัตรประชาชน

ที่อยู่

หน่วยงานต้นสังกัด

วันที่ตรวจพบเชื้อ วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....

ประเภทผู้ป่วย () เล็กน้อย(เขียว). () ปานกลาง.(เหลือง). () รุนแรง (แดง)

วันที่ออกจาก รพ.

ส่วนที่ 2 ประเมินความเสี่ยง ความสามารถ และความทน ในการทำงาน

1. สัญญาณชีพ

อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ความดันโลหิต มม.ปรอท

ชีพจร ครั้ง/นาที การหายใจ..... ครั้งต่อนาที

ค่าออกซิเจนปลายนิ้วขณะพัก.....%

ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว หลังจากออกกำลังด้วยการลุกนั่ง 1 นาที %

ผลต่างค่าออกซิเจนปลายนิ้วขณะพักและหลังลุกนั่ง 1 นาที %

(ค่าปกติลดลงไม่เกิน 3% เมื่อเทียบกับขณะพัก)

หมายเหตุ หากยังผิดปกติ เกิน 3% ควรรักษาต่อเนื่อง

2.การตรวจร่างกาย

ศีรษะ ตา หู คอ จมูก	() ปกติ	() ผิดปกติ (ระบุ)
ใบหน้า	() ปกติ	() ผิดปกติ (ระบุ)
ระบบทางเดินหายใจ	() ปกติ	() ผิดปกติ (ระบุ)
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	() ปกติ	() ผิดปกติ (ระบุ)
ระบบทางเดินอาหาร	() ปกติ	() ผิดปกติ (ระบุ)
ระบบทางเดินปัสสาวะ	() ปกติ	() ผิดปกติ (ระบุ)
ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ (รยางค์ส่วนบน ดูรูปร่าง ความแข็งแรง พิสัยการเคลื่อนไหว และประสิทธิภาพทั่วไป)	() ปกติ	() ผิดปกติ (ระบุ)
ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ(รยางค์ส่วนล่าง ดูรูปร่าง ความแข็งแรง การเคลื่อนไหว และประสิทธิภาพทั่วไป)	() ปกติ	() ผิดปกติ (ระบุ)
ระบบสืบพันธุ์	() ปกติ	() ผิดปกติ (ระบุ)
ระบบประสาท (ดูการทำหน้าที่ทั่วไป)		
ระดับความรู้สึกตัว(ระบุ)		
เส้นประสาทสมอง	() ปกติ	() ผิดปกติ (ระบุ)
ระบบรับความรู้สึก(sensory)	() ปกติ	() ผิดปกติ (ระบุ)
กำลังของกล้ามเนื้อ(motor power)	() ปกติ	() ผิดปกติ (ระบุ)
การตอบสนอง(Reflex)	() ปกติ	() ผิดปกติ (ระบุ)

ระบบทางจิตเวช

- การตัดสินใจ(judgement) () ปกติ () ผิดปกติ (ระบุ)
- การรับรู้ (orientation) () ปกติ () ผิดปกติ (ระบุ)
- ความจำ(memory) () ปกติ () ผิดปกติ (ระบุ)
- ความสนใจ (attention) () ปกติ () ผิดปกติ (ระบุ)
- สมาธิ(concentration) () ปกติ () ผิดปกติ (ระบุ)

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนกลับไปทำงาน

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ผลการประเมิน

1. ความเสี่ยง (Risk)

มีข้อจำกัดของโรคหรือข้อจำกัดทางกายที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง/ผู้อื่นจากการทำงานนี้

- ไม่มี มี ได้แก่.....

ห้ามผู้ป่วยทำงานมีลักษณะงานงานเสี่ยงต่อตนเอง/ผู้อื่น (Work restriction) ได้แก่

.....
.....

2. ความสามารถสูงสุด (Capacity)

จากผลการประเมิน ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำงาน หรือไม่

- () ไม่มีข้อจำกัด
- () มีข้อจำกัด (ระบุ)

3. ความทน (Tolerance)

ประเมินสภาพจิตใจที่อาจส่งผลการไม่ยอมกลับเข้าทำงาน เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน คนในครอบครัว ฯลฯ

- ไม่มีปัญหา
- มีปัญหา โปรดให้รายละเอียด.....

ส่วนที่ 3 ผลการประเมิน

จากอาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน เปรียบเทียบกับลักษณะงานของผู้ป่วยที่ต้องกลับไปทำ(การฝึก) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

สรุปผลการประเมินกลับเขาทำงานได้ว่า ผู้ป่วยรายนี้

- สามารถกลับเขาทำงานได้โดยไม่มีข้อห้าม และเริ่มงานในวันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ.....

ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

- สามารถกลับเข้าทำงาน (Fit for work) ได้โดยมีข้อห้าม (Restrict) ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

.....
.....

ระยะเวลา วันสัปดาห์ เดือน

- กำหนดไม่ได้ ต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง ในวันที่ เดือน พ.ศ.....
- ไม่สามารถกลับเขาทำงานได้ (Unfit for work)
ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- ผู้ป่วยไม่สมัครใจกลับเข้าทำงาน

ชื่อผู้ประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ทำการประเมิน

ผนวก ง
แบบซักถามประวัติญาติ กรณีญาติมาขอเยี่ยมทหารใหม่

แบบซักถามประวัติญาติรายบุคคลที่เข้าเยี่ยมทหารกองประจำการเพื่อการเฝ้าระวัง
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) ประจำปี ผลัด

1	ยศ ชื่อ-นามสกุล.....		โทรศัพท์มือถือ.....	
	ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่	ซอย	ถนน.....
		ตำบล	อำเภอ	จังหวัด
2	ต้องการเข้าเยี่ยม ทหารใหม่ชื่อ	ชื่อ	นามสกุล	สังกัด นฝ. (ระบุ)
3	เดินทางมาจาก (ต้นทาง)	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด
4	กิจกรรมที่ทำก่อนเดินทางมา ย้อนกลับไป 14 วัน			
	1)	4)	7)	
	2)	5).....	8)	
	3)	6)	9)	
5	ท่านประกอบอาชีพ	1)	2)	3)
6	เคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 มาก่อนหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคยป่วย	<input type="checkbox"/> ไม่เคยป่วย	
7	มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยยืนยัน (เช่น พ่อแม่พี่น้อง ญาติ เพื่อนบ้าน) ของโรคมามาก่อน ในช่วง 14 วันหรือไม่			
	<input type="checkbox"/> เคยสัมผัสใกล้ชิด	<input type="checkbox"/> ไม่เคยสัมผัสใกล้ชิด		
	ใคร? (ระบุ)	<input type="checkbox"/> พ่อ	<input type="checkbox"/> แม่	<input type="checkbox"/> พี่
		<input type="checkbox"/> น้อง	<input type="checkbox"/> ญาติ	<input type="checkbox"/> เพื่อน
8	มีประวัติไปในสถานที่เสี่ยงต่อการสัมผัสโรค (ได้แก่ สถานที่ที่แออัดหรือมีชุมนุมชนคับคั่ง เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาดนัด วัด สนามกีฬา สถานบันเทิง เป็นต้น) ในช่วง 14 วันหรือไม่			
	<input type="checkbox"/> มีไปสถานที่เสี่ยง	<input type="checkbox"/> ไม่มีไปสถานที่เสี่ยง		
	ที่ใด? (ระบุ)	<input type="checkbox"/> ห้าง	<input type="checkbox"/> ตลาด	<input type="checkbox"/> วัด
		<input type="checkbox"/> สนามกีฬา	<input type="checkbox"/> สถานบันเทิง	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ
9	มีประวัติได้รับวัคซีนโควิด 19 ล่าสุดเมื่อใด (เข็มแรก หรือ ครบทั้งสองเข็ม)	<input type="checkbox"/> เคยฉีด (ระบุช่วง)	<input type="checkbox"/> ไม่เคยฉีด	