

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)

ประเมินสภาพจิตใจที่อาจส่งผลต่อการไม่ยอมกลับเข้าทำงาน 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