

**ข้อมูลทั่วไป**

1. โรงพยาบาล..... 2. HN..... 3. AN.....  
 4. ชื่อ..... นามสกุล..... 5. อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน  
 6. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง 7. อาชีพ ระบุ.....  
 8. สัญชาติ ( ) ไทย ( ) เมียนมาร์ ( ) ลาว ( ) กัมพูชา ( ) เวียดนาม ( ) อื่น ๆ ระบุ.....  
 9. ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ซอย.....  
 ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

**ข้อมูลทางคลินิก****10. ข้อมูลการเจ็บป่วยครั้งปัจจุบัน**

วันที่เริ่มป่วย ...../...../..... วันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ...../...../.....  
 วินิจฉัยแรกรับ .....  
 แผนกที่รักษา ..... หอผู้ป่วยที่พบเชื้อครั้งแรก .....  
 ถ้าวินิจฉัยรับมาจากโรงพยาบาล..... วันที่ Admit ที่โรงพยาบาลที่ refer ...../...../.....

**กรณีรายงานจากห้องปฏิบัติการ**

ชื่อหน่วยงาน/ห้องปฏิบัติการ ..... วันที่รับตัวอย่าง ...../...../.....  
 ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งตัวอย่าง คลินิก/โรงพยาบาล ..... จังหวัด .....

**11. เชื้อที่ต้องเฝ้าระวัง**

- Vancomycin-resistant, *Staphylococcus aureus* (VRSA)  Colistin-resistant, *Acinetobacter baumannii*  
 Vancomycin-resistant, *Enterococcus spp.* (VRE)  Colistin-resistant, *Pseudomonas aeruginosa*  
 3<sup>rd</sup> gen. Cephalosporins-resistant, *Neisseria gonorrhoeae*  อื่น ๆ ระบุ.....

เฉพาะเจ้าหน้าที่ IC (ภาคบาทลงในช่องที่มีหมายเลขกำกับประเภทของผู้ป่วยที่พิจารณาจากทีมแพทย์และพยาบาลแล้ว)

**12. จำแนกผลการวินิจฉัย**

- Infected/case  Colonized  Contaminated  ไม่สามารถระบุได้

**13. ถ้าเป็นผู้ป่วย (Infected) แหล่งสัมผัสเชื้อ**

- ติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI)  ติดเชื้อจากโรงพยาบาลอื่น (HAI refer)  ติดเชื้อจากชุมชน (CI)  Present on admission

**14. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบเชื้อดื้อยาที่มีความสำคัญสูงในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้**

ลำดับ	ชนิดเชื้อดื้อยา	ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อ (Site of infection)	ชนิดตัวอย่าง (specimens)	วันที่เก็บตัวอย่าง (ว/คด/พ.ศ. ปป)	วันที่รายงานผล (ว/คด/พ.ศ. ปป)

15. สถานะผู้ป่วย ( ) ยังรักษาอยู่ ( ) Recovery ( ) Against advice ( ) Refer ไปรพ. ....  
 ( ) Dead ( ) Other..... ระบุวันจำหน่าย...../...../.....

ชื่อผู้รายงาน ..... ตำแหน่ง .....

สถานที่ทำงาน ..... โทรศัพท์..... วันที่สอบสวน.....