**แบบคำถามคัดกรองโควิด-19 ผู้ที่มาปฏิบัติงาน และผู้มาติดต่อ**

**(แบบสอบถามนี้สามารถทำเป็น Google Form เพื่อลดการสัมผัสติดเชื้อได้)**

วันที่.....................................................

□ ผู้ที่มาปฏิบัติงาน เลขที่พนักงาน………………………………..

□ ผู้มาติดต่อ วัตถุประสงค์การติดต่อ...............................................................................................................................................................

ชื่อ-นามสกุล...................................................................................................หน่วยงาน...................................................................................

อายุ...........................................ปี โรคประจำตัว...............................................................................................................................................

หมายเหตุ : กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกช่อง ด้วยตัวบรรจง

**ข้อมูลสภาวะสุขภาพและการสัมผัสเชื้อโรคส่วนบุคคล**

1. ท่านหรือครอบครัว หรือผู้อาศัยอยู่ร่วมกัน ไปหรือเดินทางมาจากที่ประกาศเป็นเขตควบคุมโรคสูงสุดหรือสถานที่ที่ประกาศพบผู้ติดเชื้อ Covid-19 ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาบ้างหรือไม่

□ ไม่เคย

□ เคย (โปรดระบุจังหวัด).........................................................สถานที่หรือเมือง...........................................................

เมื่อวันที่...................................................................................................................................................................................

เดินทางด้วย

□ พาหนะส่วนตัว □ ระบบขนส่งสาธารณะ

1. ท่านหรือครอบครัว หรือผู้อาศัยอยู่ร่วมกัน สัมผัสใกล้ชิดผู้ที่มาจากเดินทางมาจากจังหวัดที่ประกาศเป็นเขตควบคุมโรคสูงสุดหรือสถานที่ที่ประกาศพบผู้ติดเชื้อ Covid-19 ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาบ้างหรือไม่

□ ไม่ใช่

□ ใช่ (โปรดระบุจังหวัด).............................................................สถานที่หรือเมือง...................................................... .

เมื่อวันที่...................................................................................................................................................................................

1. ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา ท่านหรือครอบครัว หรือผู้อาศัยอยู่ร่วมกัน ได้ไปในสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น สถานบันเทิง ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า หรือ ขนส่งสาธารณะที่มีรายงานผู้ป่วยยืนยัน Covid-19 หรือไม่

□ ไม่เคยไป

□ เคยไป (โปรดระบุสถานที่) ......................................................เมื่อวันที่..............................................................

1. ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา ท่านหรือครอบครัว หรือผู้อาศัยอยู่ร่วมกัน เคยสัมผัสหรือไกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยัน Covid -19 หรือไม่

□ ไม่เคย □ เคย (โปรดระบุ) วันที่สัมผัส...................................สถานที่.........................................................................

(หากเคยกรุณาตอบคำถามข้อ 4.1-4.4)

4.1 □ รับประทานอาหารร่วมกัน

4.2 □ พูดคุยกันโดยไม่สวมหน้ากาก หรือสวมแต่ไม่ถูกต้องในระยะใกล้ น้อยกว่า 1 เมตร นานกว่า 5 นาที

4.3 □ อยู่ใกล้กันในพื้นที่ ที่อากาศถ่ายเทไม่ดีโดยไม่สวมหน้ากากหรือสวมแต่ไม่ถูกต้องในระยะใกล้ น้อยกว่า 1 เมตร นานกว่า 15 นาที

4.4 □ เคย แต่ไม่เข้าเงื่อนในข้อ 4.1-4.3

1. ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา ท่านหรือครอบครัวหรือผู้อาศัยอยู่ร่วมกัน มีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

□ ไม่มีอาการใด ๆเลย

□ มี (ระบุอาการ) □ มีไข้ □ มีน้ำมูก □ เจ็บคอ □ หายใจลำบาก/เหนื่อย □ มีผื่นขึ้น □ ตาแดง □ ถ่ายเหลว

□ ไม่ได้กลิ่น □ ไม่รับรส

□ อื่น ๆ (ระบุ)..............................................................................................................................................................................

วันที่เริ่มป่วย หรือมีอาการ.............................................................................................................................................................

การปฏิบัติตัวของท่าน □ ไม่ได้ทำอะไรเลย □ ไปพบแพทย์ □ ซื้อยามาทานเอง □ อื่น ๆ ระบุ ...............................

1. การล้างมือของท่าน □ ไม่ได้ล้างมือ □ ล้างมือนานๆครั้งน้อย □ ล้างมือบ่อยปานกลาง □ ล้างมือบ่อยมาก
2. การสวมหน้ากากอนามัยของท่าน □ ไม่ได้ใส่ □ ใส่นานๆครั้ง □ ใส่เกือบทุกครั้งเมื่ออยู่กับคนอื่น □ ใส่ตลอดเวลาที่มีผู้อื่นอยู่ด้วย

ลงชื่อผู้มาปฏิบัติงาน/ผู้มาติดต่อ........................................................ ลงชื่อ (ผู้คัดกรอง) ...................................................

**สำหรับผู้ทำการคัดกรอง**

1. ผู้ที่ทำการคัดกรองจะต้องสวมหน้ากากอนามัย และอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด
2. รักษาระยะห่าง ระหว่างผู้คัดกรอง กับผู้ถูกคัดกรอง ไม่ให้เข้าใกล้กันเกิน 1 เมตร และใช้เวลาคัดกรองไม่เกิน 5 นาที/คน
3. ไม่อนุญาตให้ผู้ที่ไม่ได้สวมหน้ากากนามัยเข้าพื้นที่โดยเด็ดขาด
4. หากไม่ผ่านการคัดกรองไม่ว่าด้วยกรณีใด ๆ ห้ามเข้าพื้นที่โดยเด็ดขาด
   1. พนักงานในองค์กร
      1. หากเป็นผู้มีความเสี่ยงสูง คือ มีการสัมผัส หรือใกล้ชิดกับผู้ที่ถูกยืนยันว่าติดเชื้อ และ ให้รีบไปตรวจหาเชื้อ COVID-19 และติดต่อ 1422 และ http://www.moicovid.com/ข้อมูลสำคัญ-จังหวัด/
      2. หากเป็นผู้มีความเสี่ยงปานกลาง และไม่มีอาการ ให้กลับไปกักตัว สังเกตอาการที่บ้าน และ WFH 14 วัน
   2. ผู้มาติดต่อ
      1. หากเป็นผู้มีความเสี่ยงสูง หรือปานกลาง ไม่ให้เข้าพื้นที่โดยเด็ดขาด
      2. หากเป็นผู้มีไม่มีความเสี่ยง สามารถเข้ามาติดต่อในพื้นที่ที่กำหนด เป็นบริเวณที่มีการระบายอากาศที่ดี และการพบกับบุคลากรในโรงงานจะต้องสวมใส่หน้ากากอนามัยอย่างถูกต้องตลอดเวลา
5. กรณีที่มีผู้ติดเชื้อจากข้อ 1-4 แล้วมีผู้ตอบในข้อ 5 ว่ามีอาการจะต้องรีบกักบริเวณ สอบถามกิจกรรมย้อนหลังเวลาที่ผ่านมา (Timeframe) ตรวจหาเชื้อทันที และถ้าเป็นผลบวก ก็ต้องส่งเข้า รพ. ส่วนผู้ที่ยังไม่มีอาการจะต้องไปตรวจหาเชื้อในวันที่เท่าไหร่ และต้องกักบริเวณด้วย