**แบบฟอร์มรายงานเฝ้าระวังการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID - 19 ภายในองค์กร**

วันที่ เดือน พ.ศ.

ที่ ฝ่าย/สำนัก

เรียน ผอ.สปอ.

 ฝ่าย/สำนัก ขอรายงานการเฝ้าระวังในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ภายในองค์กร ในระหว่างวันที่ ถึง วันที่ ดังนี้

**กรุณาตอบแบบรายงานโดยใช้เครื่องหมาย √ ตามความเป็นจริง เพื่อเป็นข้อมูลการในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID - 19 ภายในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ**

| **ข้อมูลทั่วไป** | **มี****(คน)**  | **ไม่มี****(คน)** | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดมีอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป หรือมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก |  |  |  |
| 2. ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดมีประวัติการเดินทางไปยัง หรือมาจาก หรืออยู่อาศัยในพื้นที่\*ที่มีรายงานการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID - 19\* พื้นที่ หมายถึง ประเทศกลุ่มเสี่ยง เขตที่อยู่อาศัย สถานที่ที่ไป เช่น สนามมวย สถานบันเทิง ธนาคาร เป็นต้น |  |  |  |
| 3. ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดมีผู้ที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้เดินทางกลับมาจากพื้นที่ที่มีรายงานการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID - 19 |  |  |  |
| 4. ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดมีสมาชิกในครอบครัวทำงานในสถานที่ที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อหรือมีประวัติสัมผัสกับบุคคลผู้ติดเชื้อไวรัส COVID - 19 ในสถานที่ต่างๆ |  |  |  |
| 5. ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดมีประวัติใกล้ชิด หรือสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเข้าข่ายหรือติดเชื้อไวรัส COVID - 19 |  |  |  |
| 6. ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง ที่มีโอกาสสูงในการรับหรือแพร่เชื้อกับผู้ป่วยโดยต้องวัดไข้ตนเองทุกวัน เป็นระยะเวลา 14 วัน |  |  |  |
| 7. ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงต่ำ ที่มีโอกาสต่ำในการรับหรือแพร่เชื้อกับผู้ป่วยโดยต้องมีการเฝ้าสังเกตอาการตนเอง (self - monitoring) เป็นเวลา 14 วัน |  |  |  |
| 8. ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดมีอาการที่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งตรวจไม่พบเชื้อแล้วให้เฝ้าระวังอาการและแยกกักตัวที่บ้านเป็นระยะเวลา 14 วันนับจากวันที่เริ่มป่วย |  |  |  |
| 9. ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดมีอาการที่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งตรวจพบเชื้อและทำการรักษาในโรงพยาบาล  |  |  |  |
| 10. ไม่พบว่าผู้ปฏิบัติงานในสังกัดมีความเสี่ยงเป็นผู้เข้าเกณฑ์ตามนิยามการเฝ้าระวังอยู่ในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (High Risk Contact) หรือเข้าเกณฑ์ตามนิยามการเฝ้าระวัง |  |  |  |

ข้อมูล/ข้อสังเกต อื่นๆ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

 ลงชื่อ

 ( )

 ตำแหน่ง

 ผอ. ฝ่าย/สำนัก

 วันที่ / /

**หมายเหตุ** : 1. กรณีพบผู้ปฏิบัติงานมีลักษณะอาการต้องทำการเข้ารักษาตัว โปรดประสานงานแจ้ง สปอ.ทราบ

 2. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่หมายเลข โทรฯ ภายใน 2161 2130 2199