

แบบฟอร์มคัดกรอง/ยินยอมของผู้ขอเข้าฝึกปฏิบัติงาน
เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

วันที่คัดกรอง.....

ให้ท่านกรอกข้อมูลและใส่เครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับท่าน ตามความเป็นจริง

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว

ที่อยู่ปัจจุบัน.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน.....

สถาบันที่ศึกษา/ปฏิบัติงาน.....

หน่วยงานจะเข้าฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.....

ประวัติความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1.	มีประวัติมีไข้ กินยาลดไข้ ตัวร้อน ในช่วง 14 วัน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2.	มีอาการไอ เสมหะ ในช่วง 14 วัน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3.	มีอาการเจ็บคอ ในช่วง 14 วัน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
4.	มีน้ำมูก ในช่วง 14 วัน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
5.	มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ในช่วง 14 วัน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
6.	มีอาการจุกไม่ไ้กลืน ในช่วง 14 วัน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
7.	มีอาการลิ้นไม่รับรส ในช่วง 14 วัน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
8.	มีประวัติติดต่อกับหรือสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ในช่วง 1 เดือน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
9.	มีประวัติได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่า ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในช่วง 1 เดือน ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
10.	ผลการตรวจ RT-PCR for SARS-CoV-2 เป็น undetectable ภายใน 72 ชั่วโมง ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	☐ มี ☐ ไม่มี
11.	ได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19 ครบ 2 (ยกเว้น Sinovac+Sinovac และ AstraZeneca + Sinovac) หรือ 3 เข็ม และนานอย่างน้อย 1 เดือนนับจากเข็มสุดท้าย ก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	☐ 2 เข็ม ☐ SV+AZ ☐ AZ+AZ ☐ AZ+ mRNA ☐ mRNA+mRNA ☐ อื่น ๆ ระบุ..... ☐ 3 เข็ม ☐ SV+SV+AZ ☐ SV+SV+mRNA ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

โดยข้าพเจ้า

- ขอรับรองข้อมูลดังกล่าวข้างต้นของข้าพเจ้าว่าเป็นความจริงทุกประการ ถ้าข้อความข้างต้นไม่ตรงตามความเป็นจริง ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบผลของการปกปิดข้อมูลของข้าพเจ้าตามแนวทางปฏิบัติที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์กำหนด
- ยินยอมปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์กำหนด
- ยินยอมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ขณะที่ขึ้นปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ลงชื่อ

หมายเหตุ

เพื่อความปลอดภัยต่อส่วนรวม หลังท่านตอบแบบคัดกรองฯ แล้ว กรณีที่ท่านมีความเสี่ยงเกิดขึ้นข้อใดข้อหนึ่ง ตามข้อ 1 – 10 ข้างต้น ขอความกรุณาติดต่อที่หน่วยงานที่ท่านขอเข้าฝึกปฏิบัติงานทันที

ทดลองใช้