**แบบบันทึกบุคลากรที่สัมผัสผู้ป่วยโรคติดต่อ**

**โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**

**ผู้ป่วยโรค...............................................................HN………………………ระยะเวลาการเข้ารับการรักษา...................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ชื่อ-สกุล | HN | ตำแหน่ง | แผนก/เบอร์โทร | กิจกรรมที่ทำกับผู้ป่วย | ระยะเวลาที่สัมผัสผู้ป่วย | วันที่สัมผัสผู้ป่วย | คำแนะนำ/ยาที่บุคคลากรได้รับหลังสัมผัสผู้ป่วย | ผลการติดตามวัน/เดือน/ปี |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |