

Form 9

Case Investigation Report ແບບສອບຖາມກໍລະນີ ສຶກສາ

| | | | |
|---|--|--|--|
| Date of investigation ວັນທີ ແລະ ເວລາແບບສໍາຫຼວດ | ____/____/____(YYYY/MM/DD) (ປີ/ເດືອນ/ວັນ) Time: ເວລາ: | Name of investigation organization ຊື່ອົງການສືບສວນ | |
| Name of investigator ຊື່ຜູ້ສືບສວນ | | Contact number of Investigator ຂໍ້ມູນໂທລະສັບຂອງ ການສໍາຫຼວດ | |
| Reporting medical institution ສະຖາບັນການແພດ ທີ່ຈະລາຍງານ | | Date of report ວັນທີລາຍງານ | ____/____/____(YYYY/MM/DD) (ປີ/ເດືອນ/ວັນ) |
| | | Contact number of reporting medical institution ຂໍ້ມູນໂທລະສັບ ສະຖາບັນການແພດທີ່ ລາຍງານ | |

1. Personal Information

1.1 ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ

Enter the personal information of the case subject to this case investigation and fill in the blank.

ໃສ່ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງກໍລະນີແບບສໍາຫຼວດ, ຫຼື ໝາຍ ✓ ບ່ອນທີ່ ນໍາໃຊ້ ຫຼື ຕົວ ມຂໍ້ມູນໃນໃບຊ້ອງທີ່ ເໝາະສົມ.

| | | | |
|--|--|--|--|
| 1.1 Name 1.1 ຊື່ | | 1.2 Nationality (based on the passport) 1.2 ສັນຊາດ (ໃນໜັງສືຜ່ານແດນ) | |
| 1.3 Date of birth 1.3 ວັນເດືອນປີເກີດ | (For foreign nationals, enter passport number) (ຄົນຕ່າງປະເທດຕ້ອງກົດ ໜັງສືຜ່ານແດນ) | 1.4 Gender and age 1.4 ເພດ ແລະ ອາຍຸ ○Male ○Female (Age) ○ຊາຍ ○ຍິງ (ອາຍຸ, ສາກົນ: | |
| 1.5 Occupation 1.5 ອາຊີບ | | 1.6 Contact number 1.6 ຂໍ້ມູນໂທລະສັບ (ຕົວເທົ່າເອງ) | |
| 1.7 Name of workplace(School) 1.7 ຊື່ ບ່ອນເຮັດວຽກ | | 1.8 Contact number (guardian) | |

| | | |
|--|--|---|
| | | ນ ບໍລິເວນທະວານ ອື່ນໆ () first area of lesion: (), area spread () ເຂດທີ່ເກີດຂຶ້ນຄັ້ງທໍາອິດ () ~ ພື້ນທີ່ຂອງການແຜ່ກະຈາຍ () |
| | | Characteristic <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> The lesions are in the same state of development on the body. <input type="checkbox"/> All of the lesions are the same size. <input type="checkbox"/> The lesions are deep and profound. |
| | | ອາການ <input type="checkbox"/> ເຈັບທົ່ວເກີດຈາກບາດແຜຕາມຜິວໜັງ <input type="checkbox"/> ມີອາການຄັນຍ້ອນບາດແຜຕາມຜິວໜັງ <input type="checkbox"/> ຜິວໜັງບໍ່ອາດຫັນໝູ່ໄດ້ ຕາມການແຜ່ພັນຂອງການແຜ່ກະຈາຍ (ເຊັ່ນ: ຕຸ້ມຜິວໜັງໃບໜ້າ, ຕຸ້ມຜິວໜັງຕາມຂາ) <input type="checkbox"/> ຮູບຮ່າງເປັນຮູບສາຍປີ້ມີຂອບເຂດຊັດເຈນ <input type="checkbox"/> ບາດແຜຕາມຜິວໜັງ |
| 2.3 Description of symptoms in order 2.3 ລາຍລະອຽດຂອງລຳດັບການປະກົດຕົວຂອງອາການ | ① Symptom (), Date of onset () ② Symptom (), Date of onset () ③ Symptom (), Date of onset () ① ອາການ (), ວັນທີເກີດຂຶ້ນ () ② ອາການ (), ວັນທີເກີດຂຶ້ນ () ③ ອາການ (), ວັນທີເກີດຂຶ້ນ () | |
| 2.4 Medication history (within the past 6 months) 2.4 ບັນທຶກການໃຊ້ຢາພາຍໃນ 6 ເດືອນຜ່ານມາ | ○ Yes (☞ Name of medication: Start/End Date (ວັນທີນຳໃຊ້): (Reasons for taking the medication:) ○ No ○ ແມ່ນ (☞ ຊື່ຢາ: ວັນທີນຳໃຊ້: ເຫດຜົນ:) ○ ບໍ່ | |
| 2.5 Case status/Record of visit to medical institution (within the past 3 weeks) 2.5 ສະຖານະການຄົນເຈັບ/ບັນທຶກການນຳໃຊ້ລາຍແພດ (ພາຍໃນ 3 ອາທິດທີ່ຜ່ານມາ) | 2.5.1 Case status 2.5.1 ສະຖານະຄົນເຈັບ ○ Alive ○ Died ☞ the following questions should only be asked if the case reports 'Died'. ○ ມີຊີວິດ ○ ເສຍຊີວິດ ☞ ອະທິບາຍດ້ານລຸ່ມ. | Date of death: ____/____/____(YYYY/MM/DD) ວັນທີເສຍຊີວິດ: ປີ ແຕ້ນ ວັນ Place of Death : ○ Medical institution ○ Place of residence ○ Other () ສະຖານທີ່ເສຍຊີວິດ: ○ ສະຖາບັນການແພດ |

| | | | | |
|--|---|--|-------------------------------|--|
| | | | ອົງເຮົາ ອົງອື່ນ () | |
| | 2.5.2 Visit to medical institution 2.5.2 ບັນທຶກການໄປສະຖາບັນການແພດ | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No ➡ the following questions should only be asked if the case reports 'yes' <input type="radio"/> ບໍ່ <input type="radio"/> ແມ່ນ ➡ ອະທິບາຍດ້ານລຸ່ມ. | | |
| | Type of visit(+) ປະເພດຂອງການຢ້ຽມຢາມ (+) | Name of medical institution ຊື່ຂອງສະຖາບັນການແພດ | Date/Period ວັນທີ/ໄລຍະເວລາ | ICU Admission ການຂ້າງໂຮງໝໍສຸມ |
| | <input type="radio"/> Outpatient service <input type="radio"/> Emergency room <input type="radio"/> Inpatient <input type="radio"/> ຄົນເຈັບນອກ <input type="radio"/> ຫ້ອງສຸກເສີນ <input type="radio"/> ຄົນເຈັບໃນ | | ~ | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ແມ່ນ <input type="radio"/> ບໍ່ |
| | <input type="radio"/> Outpatient service <input type="radio"/> Emergency room <input type="radio"/> Inpatient <input type="radio"/> ຄົນເຈັບນອກ <input type="radio"/> ຫ້ອງສຸກເສີນ <input type="radio"/> ຄົນເຈັບໃນ | | ~ | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ແມ່ນ <input type="radio"/> ບໍ່ |
| 2.6 History of smallpox vaccination 2.6 ປະຫວັດການສັກຢາວັກຊີນກັນພະຍາດອີ່ສຸກອີ່ໃສ | <input type="radio"/> Yes (➡ Date of vaccination:) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> ແມ່ນ (➡ ປີຂອງການສັກຢາ:) <input type="radio"/> ບໍ່ <input type="radio"/> ບໍ່ຮູ້ | | | |
| 2.7 Underlying disease 2.7 ພະຍາດເພີ່ມເຕີມ | <input type="radio"/> Yes (➡ Specify:) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ແມ່ນ (➡ ຊື່ພະຍາດ:) <input type="radio"/> ບໍ່ | | | |
| 2.8 Immunocompromising condition | <input type="radio"/> Yes (Date of initial diagnosis: __/__/__(YYYY/MM/DD)(ປີ/ເດືອນ/ວັນ), name of | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>monkeypox case</p> <p>4.1 ຕິດຕໍ່ກັບຄົນເຈັບ</p> | <p>ເຈົ້າໄດ້ຕິດຕໍ່ກັບຄົນທີ່ເປັນພະຍາດລັງຈຶ່ງ?</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="445 286 619 674"> <p><input type="checkbox"/> If yes, <input type="checkbox"/> ຖ້າເພິ່ນ</p> </td><td data-bbox="619 286 1549 674"> <p>Relationship : _____ Date and time of contact : _____</p> <p>Location of contact: _____</p> <p>Exposure setting : <input type="radio"/> household contact <input type="radio"/> a stay in the same place <input type="radio"/> physical contact <input type="radio"/> Other (_____)</p> <p>ການພົວພັນ: _____ ວັນທີຕິດຕໍ່: _____ ສະຖານທີ່ຕິດຕໍ່: _____</p> <p>ປະເພດ: <input type="radio"/> ທີ່ຢູ່ອາໄສ/ຢູ່ຮ່ວມກັນ <input type="radio"/> ພໍ່ກຢູ່ໃນພື້ນທີ່ດຽວກັນ <input type="radio"/> ການຕິດຕໍ່ທາງກາຍ <input type="radio"/> ອື່ນໆ (_____))</p> </td></tr> </table> | <p><input type="checkbox"/> If yes, <input type="checkbox"/> ຖ້າເພິ່ນ</p> | <p>Relationship : _____ Date and time of contact : _____</p> <p>Location of contact: _____</p> <p>Exposure setting : <input type="radio"/> household contact <input type="radio"/> a stay in the same place <input type="radio"/> physical contact <input type="radio"/> Other (_____)</p> <p>ການພົວພັນ: _____ ວັນທີຕິດຕໍ່: _____ ສະຖານທີ່ຕິດຕໍ່: _____</p> <p>ປະເພດ: <input type="radio"/> ທີ່ຢູ່ອາໄສ/ຢູ່ຮ່ວມກັນ <input type="radio"/> ພໍ່ກຢູ່ໃນພື້ນທີ່ດຽວກັນ <input type="radio"/> ການຕິດຕໍ່ທາງກາຍ <input type="radio"/> ອື່ນໆ (_____))</p> |
| <p><input type="checkbox"/> If yes, <input type="checkbox"/> ຖ້າເພິ່ນ</p> | <p>Relationship : _____ Date and time of contact : _____</p> <p>Location of contact: _____</p> <p>Exposure setting : <input type="radio"/> household contact <input type="radio"/> a stay in the same place <input type="radio"/> physical contact <input type="radio"/> Other (_____)</p> <p>ການພົວພັນ: _____ ວັນທີຕິດຕໍ່: _____ ສະຖານທີ່ຕິດຕໍ່: _____</p> <p>ປະເພດ: <input type="radio"/> ທີ່ຢູ່ອາໄສ/ຢູ່ຮ່ວມກັນ <input type="radio"/> ພໍ່ກຢູ່ໃນພື້ນທີ່ດຽວກັນ <input type="radio"/> ການຕິດຕໍ່ທາງກາຍ <input type="radio"/> ອື່ນໆ (_____))</p> | | |

| <p>4.2 Any known experience of risk environment</p> <p>ການສຳພັດກັບສິ່ງແວດລ້ອມ</p> | <p><input type="checkbox"/> Specify below <input type="checkbox"/> ອະທິບາຍໃນຂ້າງລຸ່ມນີ້</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="445 786 1118 909"> <p>Details of exposure</p> <p>ລາຍລະອຽດ</p> </th><th data-bbox="1118 786 1353 909"> <p>Place/area</p> <p>ສະຖານທີ່/ພື້ນທີ່</p> </th><th data-bbox="1353 786 1549 909"> <p>Date and time</p> <p>ວັນທີ ແລະ ເວລາ</p> </th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="445 909 1118 1032"> <p><input type="checkbox"/> Participation in large events <input type="checkbox"/> ການມີສ່ວນຮ່ວມໃນກິດຈະກຳຂະໜາດໃຫຍ່</p> </td><td data-bbox="1118 909 1353 1032"></td><td data-bbox="1353 909 1549 1032"></td></tr> <tr> <td data-bbox="445 1032 1118 1200"> <p><input type="checkbox"/> Laboratory exposures (work or temporary visit) <input type="checkbox"/> ປະຫວັດການເຮັດວຽກຢູ່ຫຼື ການໄປຢ້ຽມຢາມຫ້ອງທົດລອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ</p> </td><td data-bbox="1118 1032 1353 1200"></td><td data-bbox="1353 1032 1549 1200"></td></tr> <tr> <td data-bbox="445 1200 1118 1323"> <p><input type="checkbox"/> Specimens handling (incl. collection, transport) <input type="checkbox"/> ປະຫວັດການໂອນຕົວຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ</p> </td><td data-bbox="1118 1200 1353 1323"></td><td data-bbox="1353 1200 1549 1323"></td></tr> <tr> <td data-bbox="445 1323 1118 1447"> <p><input type="checkbox"/> Other (_____) <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (_____)</p> </td><td data-bbox="1118 1323 1353 1447"></td><td data-bbox="1353 1323 1549 1447"></td></tr> </tbody> </table> | <p>Details of exposure</p> <p>ລາຍລະອຽດ</p> | <p>Place/area</p> <p>ສະຖານທີ່/ພື້ນທີ່</p> | <p>Date and time</p> <p>ວັນທີ ແລະ ເວລາ</p> | <p><input type="checkbox"/> Participation in large events <input type="checkbox"/> ການມີສ່ວນຮ່ວມໃນກິດຈະກຳຂະໜາດໃຫຍ່</p> | | | <p><input type="checkbox"/> Laboratory exposures (work or temporary visit) <input type="checkbox"/> ປະຫວັດການເຮັດວຽກຢູ່ຫຼື ການໄປຢ້ຽມຢາມຫ້ອງທົດລອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ</p> | | | <p><input type="checkbox"/> Specimens handling (incl. collection, transport) <input type="checkbox"/> ປະຫວັດການໂອນຕົວຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ</p> | | | <p><input type="checkbox"/> Other (_____) <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (_____)</p> | | |
|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>Details of exposure</p> <p>ລາຍລະອຽດ</p> | <p>Place/area</p> <p>ສະຖານທີ່/ພື້ນທີ່</p> | <p>Date and time</p> <p>ວັນທີ ແລະ ເວລາ</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> Participation in large events <input type="checkbox"/> ການມີສ່ວນຮ່ວມໃນກິດຈະກຳຂະໜາດໃຫຍ່</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> Laboratory exposures (work or temporary visit) <input type="checkbox"/> ປະຫວັດການເຮັດວຽກຢູ່ຫຼື ການໄປຢ້ຽມຢາມຫ້ອງທົດລອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> Specimens handling (incl. collection, transport) <input type="checkbox"/> ປະຫວັດການໂອນຕົວຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> Other (_____) <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (_____)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>4.3 Animal exposure</p> | <p>Have you ever had a contact with livestock or wild animals?</p> <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown</p> <p>ເຈົ້າໄດ້ຕິດຕໍ່ກັບສັດລ້ຽງຫຼືສັດປ່າບໍ່?</p> <p><input type="radio"/> ແມ່ນ <input type="radio"/> ບໍ່ <input type="radio"/> ບໍ່ຮູ້</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="445 1653 619 2031"> <p><input type="checkbox"/> If yes, <input type="checkbox"/> ຖ້າເພິ່ນ</p> </td><td data-bbox="619 1653 1549 2031"> <p>Animal (specific): _____ Date of contact: _____</p> <p>Place of contact: _____</p> <p>Source of contact: <input type="checkbox"/> Pet (rodents, etc.) <input type="checkbox"/> Wild animal carcass <input type="checkbox"/> Wild animal</p> <p>ສັດ(ຊະນິດ): _____ ວັນທີ ແລະ ເວລາຕິດຕໍ່: _____ ສະຖານທີ່ຕິດຕໍ່: _____</p> <p>ປະເພດຕິດຕໍ່: <input type="checkbox"/> ສັດລ້ຽງ(ຈຳພວກໝູ່, ແກງ, ອື່ນໆ) <input type="checkbox"/> ສັດປ່າ <input type="checkbox"/> ສັດຕິດ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (_____)</p> </td></tr> </table> | <p><input type="checkbox"/> If yes, <input type="checkbox"/> ຖ້າເພິ່ນ</p> | <p>Animal (specific): _____ Date of contact: _____</p> <p>Place of contact: _____</p> <p>Source of contact: <input type="checkbox"/> Pet (rodents, etc.) <input type="checkbox"/> Wild animal carcass <input type="checkbox"/> Wild animal</p> <p>ສັດ(ຊະນິດ): _____ ວັນທີ ແລະ ເວລາຕິດຕໍ່: _____ ສະຖານທີ່ຕິດຕໍ່: _____</p> <p>ປະເພດຕິດຕໍ່: <input type="checkbox"/> ສັດລ້ຽງ(ຈຳພວກໝູ່, ແກງ, ອື່ນໆ) <input type="checkbox"/> ສັດປ່າ <input type="checkbox"/> ສັດຕິດ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (_____)</p> |
| <p><input type="checkbox"/> If yes, <input type="checkbox"/> ຖ້າເພິ່ນ</p> | <p>Animal (specific): _____ Date of contact: _____</p> <p>Place of contact: _____</p> <p>Source of contact: <input type="checkbox"/> Pet (rodents, etc.) <input type="checkbox"/> Wild animal carcass <input type="checkbox"/> Wild animal</p> <p>ສັດ(ຊະນິດ): _____ ວັນທີ ແລະ ເວລາຕິດຕໍ່: _____ ສະຖານທີ່ຕິດຕໍ່: _____</p> <p>ປະເພດຕິດຕໍ່: <input type="checkbox"/> ສັດລ້ຽງ(ຈຳພວກໝູ່, ແກງ, ອື່ນໆ) <input type="checkbox"/> ສັດປ່າ <input type="checkbox"/> ສັດຕິດ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ (_____)</p> | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>4.4 Sexual contact (within the last 3 weeks)</p> <p>4.4 ການຕໍ່ທາງພຣະພັນ (ພາຍໃນ 3 ອາທິດຜ່ານມາ)</p> | <p>Have you had a sexual contact within 21 days prior to symptom onset?</p> <p>ທ່ານພົບພໍ້ພາຍໃນ 21 ມື້ກ່ອນທີ່ຈະມີມາດຕະການ?</p> | <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Unknown</p> <p><input type="radio"/> Refuse to respond</p> <p><input type="radio"/> ແມ່ນ <input type="radio"/> ບໍ່ <input type="radio"/> ບໍ່ຮູ້</p> <p><input type="radio"/> ປະຕິເສດການຈະຕອບ</p> |
| | <p><input checked="" type="checkbox"/> If yes, <input checked="" type="checkbox"/> ຖ້າແມ່ນ</p> | <p>Number of partners : <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 or more <input type="radio"/> Refuse to respond</p> <p>Relationship with partner(s): <input type="radio"/> Spouse <input type="radio"/> Acquaintances <input type="radio"/> by chance</p> <p><input type="radio"/> Refuse to respond</p> <p>ຈຳນວນຄູ່ຮ່ວມເພດ: <input type="radio"/> 1 ຄົນ <input type="radio"/> 2 ຄົນ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ</p> <p><input type="radio"/> ປະຕິເສດການຕອບສະໜອງ</p> <p>ຄວາມສຳພັນກັບຄູ່ຮ່ວມເພດ: <input type="radio"/> ຄູ່ສົມລົດ <input type="radio"/> ຄົນຮູ້ຈັກ</p> <p><input type="radio"/> ຄວາມສຳພັນໂດຍບັງເອີນ <input type="radio"/> ປະຕິເສດການຕອບ</p> |
| <p>4.5 Blood transfusion donation history</p> | <p>Have you ever donated blood or received blood transfusion within 21 days prior symptom onset?</p> <p><input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>ທ່ານເຄີຍບໍລິຈາກຫຼືຖ່າຍເລືອດພາຍໃນ 21 ມື້ກ່ອນອາການບໍ່?</p> <p><input type="radio"/> ແມ່ນ <input type="radio"/> ບໍ່</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> If yes, <input checked="" type="checkbox"/> ຖ້າແມ່ນ</p> <p><input type="checkbox"/> Donated Place: Date: ____/____/____(YYYY/MM/DD)</p> <p><input type="checkbox"/> Received Place: Date: ____/____/____(YYYY/MM/DD)</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍລິຈາກເລືອດ: ສະຖານທີ່: </p> <p>ວັນທີ: ປີ .ເດືອນ. ວັນ</p> <p><input type="checkbox"/> ການຖ່າຍເລືອດ : ສະຖານທີ່: </p> <p>ວັນທີ: ປີ .ເດືອນ. ວັນ</p> |
| <p>4.6 Other suspected exposures</p> <p>4.6 ການສຳພຽດກັບແຫຼ່ງທີ່ ທີ່ສົງໄສວ່າຕິດຊື້ອນັ້ນ</p> | <p>Specify</p> <p>ຖ້າມີແຫຼ່ງການຕິດຊື້ອອື່ນໆທີ່ຜູ້ຕອບສັງເກດ, ກະລຸນາອະທິບາຍຂໍ້ກ່າວ, ມື້ ທີ່ສົງໄສວ່າຕິດຊື້ອນັ້ນ</p> | |

| | |
|---|--|
| <p>5. Case classification and Management</p> <p>5. ການຈັດປະເພດກໍລະນີ ແລະ ມາດຕະການ</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> Choose or fill out any relevant items</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ໝາຍ✓ ບ່ອນທີ່ສາມາດນຳໃຊ້ຫຼັກຕົ້ນຂໍ້ມູນໃສ່ໃນຊ່ອງຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ</p> |
| <p>5.1 Date of notification received</p> <p>5.1 ວັນທີ ແລະ ເວລາຂອງການໄດ້ຮັບ</p> | <p>____/____/____(YYYY/MM/DD)(ປີ/ເດືອນ/ວັນ) Time: _____</p> <p>ລາຍງານ ປີ .ເດືອນ. ວັນ ເວລາ: _____</p> |

| | | | |
|-----|---|---|--|
| 5.2 | Outcome of case classification ຜົນໄດ້ຮັບການຈັດກໍລະນີ | Epidemiological links ຄວາມກ່ຽວຂ້ອງພະຍາດລະບາດ | <input type="radio"/> Yes (visits to outbreak countries or confirmation of risks exposure) <input type="radio"/> No (no history of visit to an outbreak country) <input type="radio"/> ແມ່ນໄດ້ໄປຢ້ຽມຢາມເຂດການລະບາດແລະຢືນຢັນຄວາມສ່ຽງແລະອື່ນໆ) <input type="radio"/> ບໍ່ (ບໍ່ໄດ້ໄປຢ້ຽມຢາມເຂດການລະບາດ, ແລະອື່ນໆ) |
| | | Clinical signs and symptoms ອາການ ແລະອາການທາງດ້ານນິກ | <input type="radio"/> Meet the suspected or confirmed case definition <input type="radio"/> Fail to meet the suspected or confirmed case definitions <input type="radio"/> ຄວາມສອດຄ່ອງຕາມຄຳນິຍາມກໍລະນີ <input type="radio"/> ຄວາມບໍ່ສອດຄ່ອງຕາມຄຳນິຍາມກໍລະນີ |
| | Outcome of case classification ຜົນໄດ້ຮັບການຈັດກໍລະນີ | | <input type="radio"/> Suspected case <input type="radio"/> Not a case <input type="radio"/> ຄົນເຈັບຂອງທ່ານຫມໍ <input type="radio"/> ກໍລະນີທີ່ບໍ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້ |

| | | | |
|---|-----------------------------|---|--|
| <p>Classification</p> <p>ການຈັດປະເພດ</p> | | <p>Monkeypox clinical signs and symptoms</p> <p>ອາ-ການທາງດ້ານຄວັນົກ ແລະ</p> <p>ອາ-ການຂອງພະ-ຍາດຟິຕ, ມວົງ</p> | |
| | | <p>Meet clinical criteria</p> <p>ຄວາມສອດ-ຄ່ອງ</p> | <p>Fail to meet clinical criteria</p> <p>(Atypical symptoms)</p> <p>ຄວາມບໍ່ສອດ-ຄ່ອງ</p> <p>(ອາ-ການທີ່ບໍ່ສະ-ເພາະ)</p> |
| <p>Epidemiological links</p> <p>(Risk level)</p> <p>ຄວາມກ່ຽວຂ້ອງຂອງພະ-ຍາດລະ-ບາດ</p> <p>(ລະ-ດັບຄວາມສ່ຽງ)</p> | <p>Presence</p> <p>ແມ່ນ</p> | <p>Suspected case</p> <p>ຄົນຈັບຂອງກ່ຽວ-ພັນ</p> | <p>Not applicable</p> <p>ບໍ່ສາ-ມາດໃຊ້ໄດ້</p> |
| | <p>Absence</p> <p>ບໍ່</p> | <p>Not applicable</p> <p>ບໍ່ສາ-ມາດໃຊ້ໄດ້</p> | <p>Not applicable</p> <p>ບໍ່ສາ-ມາດໃຊ້ໄດ້</p> |

※ The case is considered probable upon diagnosis by medical professionals in infectious disease, proctology, urology and dermatology, even though a monkeypox (ຜີຕ໌, ມວິງ) case doesn't have any epidemiological link. However, the case should be reconfirmed by epidemiological investigation officers from regional governments and regional Centers for Disease Control and prevention Agency to identify whether the case meets the case investigation criteria including epidemiological links and exclusive diagnosis.

※ ເຖິງແມ່ນວ່າບໍ່ມີຄວາມກ່ຽວຂ້ອງຂອງພະຍາດລະບາດ,
ແຕ່ຖ້າຫາກສົງໃສ່ ພັ້ນທັງພະຍາດຜີຕ໌, ມວິງ ບໍ່ພົບພາການປິ່ນເພີງອັນ
ໝໍ້ລຳໄສ້ໃຫຍ່, ໝໍ້ທາງເດີນບັດສະວະ(ໜີ້ວ), ແລະ ແພດຜົວຫນຶ່ງ,
ແມ່ນສາມາດຖືກຈັດປະເພດເປັນຜູ້ປ່ວຍໂຮກໄດ້. ໃນກໍລະນີນີ້,

| | | |
|--|---|---|
| | <p>ມັນຈຳເປັນຕ້ອງຢືນຢັນຄືນໃໝ່ກ່ຽວກັບຄວາມກ່ຽວຂ້ອງຂອງພະຍາດລະບາດເລະການວິນິດໄສການຍົກເວັ້ນໃນບັນດາລາຍການສືບສວນໃນບົດລາຍງານກ່ຽວກັບສວນການລະບາດຂອງເທດສະບານ ແລະ ສູນຕອບສະໜອງພາກພື້ນ.</p> | |
| 5.3 Patient transfer ການຍ້າຍຄົນເຈັບ 5.3 ການຍ້າຍຄົນເຈັບ | Patient transfer ສະຖານະ ການຍົກຍ້າຍ ສະຖານະ ການຍົກຍ້າຍ | <input type="radio"/> Transfer ການຍົກຍ້າຍ <input type="radio"/> NOT necessary ບໍ່ຈຳເປັນຍ້າຍ (because the medical institution has isolation bed units) <input type="radio"/> NOT eligible(not a case) ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ/ບໍ່ມີສິດ <input type="radio"/> ການຍົກຍ້າຍ ບໍ່ຈຳເປັນຍ້າຍ (ສະຖາບັນການແພດມີມືຕົວໜັກກັນ) <input type="radio"/> ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ ບໍ່ມີສິດ |
| | Means of transport ວິທີການຍົກຍ້າຍ ວິທີການຍົກຍ້າຍ | <input type="radio"/> Public Health Center <input type="radio"/> Quarantine Station <input type="radio"/> 119 Ambulance <input type="radio"/> Other: _____ <input type="radio"/> ສູນສາທາລະນະສຸກ ສະຖານີກັກກັນ 119 ລົດສຸກສັນຍານຸ _____ |
| 5.4 Quarantine 5.4 ການແຍກບໍ່ດ້ວຍໂຮງໝໍ | Location of isolation ສະຖານທີ່ກັກກັນ | <input type="radio"/> Government-designated inpatient treatment beds <input type="radio"/> Negative pressure isolation beds in general hospitals <input type="radio"/> Other (specify: _____) <input type="radio"/> ຕົວປົ່ນບົວຄົນເຈັບໃນທີ່ລັດຖະບານກຳນົດໃຫ້ <input type="radio"/> ຕົວປົ່ນອນຄວາມກົດດັນທາງລົບໃນໂຮງໝໍທີ່ປົ່ນໄປ <input type="radio"/> ອື່ນໆ () |
| | Name of Medical Institution ຊື່ສະຖາບັນ ພດ | |
| | Start date of Isolation ວັນທີເລີ່ມ ນັກກັນ | ____/____/____(YYYY/MM/DD)(ປີ/ເດືອນ/ວັນ) Time: |

| | |
|---|---|
| 6. Laboratory test 6 ການທົດສອບໃນຫ້ອງທົດສອບ | <input type="checkbox"/> Choose any relevant items below <input checked="" type="checkbox"/> ຫຼາຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ ອັນທີ່ສາມາດນຳໃຊ້ຫຼັກຕົວມຂໍ້ມູນໃນຊ່ອງຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ |
| 6.1 Diagnostic tests 6.1 ການປະຕິບັດການທົດສອບ | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ທົດສອບແລ້ວ <input type="radio"/> ບໍ່ໄດ້ທົດສອບ |

| | Sample (+) ຕົວຢ່າງ(+) | Date of specimen collected (YYYY/MM/DD) (ປີ/ເດືອນ/ວັນ) | Name of agency conducting laboratory test ສະຖາບັນການທົດສອບ | Test result ຜົນການທົດສອບ ແລະປະເພດ |
|---------------------------------------|--|--|---|--|
| Type of specimen ປະເພດຂອງການທົດສອບ | <input type="radio"/> Skin lesion fluid <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> ຜິວໜັງອັກເສບ <input type="radio"/> ບໍ່ໄດ້ທົດສອບ | ____/____/____ (YYYY/MM/DD) (ປີ/ເດືອນ/ວັນ) | <input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> ອົງການຄວບຄຸມແລະປ້ອງກັນພະຍາດຕົວຢ່າງ <input type="radio"/> ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າສາທາລະນະສຸກແລະສິ່ງແວດລ້ອມ | <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> ບວກ <input type="radio"/> ລົບ <input type="radio"/> ບໍ່ໄດ້ຕັດສິນໃຈ <input type="radio"/> ກຳລັງດູກຳລັງ <input type="radio"/> ອື່ນໆ () |
| | <input type="radio"/> Skin lesion tissue <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> ພື້ນຜິວໜັງ <input type="radio"/> ບໍ່ໄດ້ທົດສອບ | ____/____/____ (YYYY/MM/DD) (ປີ/ເດືອນ/ວັນ) | <input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> ອົງການຄວບຄຸມແລະປ້ອງກັນພະຍາດຕົວຢ່າງ <input type="radio"/> ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າສາທາລະນະສຸກແລະສິ່ງແວດລ້ອມ | <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> ບວກ <input type="radio"/> ລົບ <input type="radio"/> ບໍ່ໄດ້ຕັດສິນໃຈ <input type="radio"/> ກຳລັງດູກຳລັງ <input type="radio"/> ອື່ນໆ () |
| | <input type="radio"/> Scab <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> ສະເກັດ <input type="radio"/> ບໍ່ໄດ້ທົດສອບ | ____/____/____ (YYYY/MM/DD) (ປີ/ເດືອນ/ວັນ) | <input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> ອົງການຄວບຄຸມແລະປ້ອງກັນພະຍາດຕົວຢ່າງ <input type="radio"/> ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າສາທາລະນະສຸກແລະສິ່ງແວດລ້ອມ | <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> ບວກ <input type="radio"/> ລົບ <input type="radio"/> ບໍ່ໄດ້ຕັດສິນໃຈ <input type="radio"/> ກຳລັງດູກຳລັງ |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <input type="radio"/> ອື່ນໆ () |
| | <input type="radio"/> Oropharyngeal smear <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> _____ ກວດທາງຊ່ອງ ກ <input type="radio"/> ບໍ່ໄດ້ທົດສອບ | ____/____/____ (YYYY/MM/DD) (ປີ/ເດືອນ/ວັນ) | <input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> ອົງການຄວບຄຸມແລະປ້ອງກັນພະຍາດຕົວຊີ້ <input type="radio"/> ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າສາທາລະນະສຸກແລະສິ່ງແວດລ້ອມ | <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> ບວກ <input type="radio"/> ລົບ <input type="radio"/> ບໍ່ໄດ້ຕັດສິນໃຈ <input type="radio"/> ກຳລັງຕໍາລາງການ <input type="radio"/> ອື່ນໆ () |
| | <input type="radio"/> Blood <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> ເລືອດ <input type="radio"/> ບໍ່ໄດ້ທົດສອບ | ____/____/____ (YYYY/MM/DD) (ປີ/ເດືອນ/ວັນ) | <input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> ອົງການຄວບຄຸມແລະປ້ອງກັນພະຍາດຕົວຊີ້ <input type="radio"/> ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າສາທາລະນະສຸກແລະສິ່ງແວດລ້ອມ | <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> ບວກ <input type="radio"/> ລົບ <input type="radio"/> ບໍ່ໄດ້ຕັດສິນໃຈ <input type="radio"/> ກຳລັງຕໍາລາງການ <input type="radio"/> ອື່ນໆ () |
| | <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> ອື່ນໆ () <input type="radio"/> ບໍ່ໄດ້ທົດສອບ | ____/____/____ (YYYY/MM/DD) (ປີ/ເດືອນ/ວັນ) | <input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> ອົງການຄວບຄຸມແລະປ້ອງກັນພະຍາດຕົວຊີ້ <input type="radio"/> ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າສາທາລະນະສຸກແລະສິ່ງແວດລ້ອມ | <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> ບວກ <input type="radio"/> ລົບ <input type="radio"/> ບໍ່ໄດ້ຕັດສິນໃຈ <input type="radio"/> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | ກໍລະນີ ນີ້ ການ <input type="radio"/> ອີ່ມ () |
|--|--|--|---|

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|------------------|--|------------------|---|------------------|---------------------------|------------------|
| 7. Contact Status 7. ສະຖານະຕິດຕໍ່ | Choose or fill out any relevant items below ພາຍໃນ ບ່ອນນີ້ ສາມາດນຳໃຊ້ ຫຼື ຕີ້ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນຊ່ອງຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ | | | | | | | | |
| 7.1 Contacts (Have you had contact with anyone after the onset of symptoms?) 7.1 ສະຖານະການຕິດຕໍ່ | <div> <input type="radio"/> Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 7. Contacts Status) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ບໍ່ <input type="radio"/> ແມ່ນ <input checked="" type="checkbox"/> ອະທິບາຍຂ້າງລຸ່ມນີ້. </div> <div> How many contacts the case has had since the onset of symptoms? Total person(s) ຈຳນວນການຕິດຕໍ່ນັບຕັ້ງແຕ່ການເລີ່ມຂອງການ ລວມ </div> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td> •Family members and live-in person(s) • ຈຳນວນການຕິດຕໍ່ກັບຄອບຄົວ ແລະ ຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ກັບພວກເຮົາ </td> <td style="text-align: right;"> person(s) ລວມ </td> </tr> <tr> <td> •Those from medical institution(s) (Institution(s) Name:) • ຈຳນວນການຕິດຕໍ່ກັບສະຖາບັນການແພດ (ຊື່ ສະຖາບັນ:) </td> <td style="text-align: right;"> person(s) ລວມ </td> </tr> <tr> <td> •People commuted/traveled via the same transport (Specify:) • ຈຳນວນຜູ້ໃຊ້ວິທີການຂົນສົ່ງດຽວກັນ (ປະເພດ:) </td> <td style="text-align: right;"> person(s) ລວມ </td> </tr> <tr> <td> •Other () • ອື່ນໆ () </td> <td style="text-align: right;"> person(s) ລວມ </td> </tr> </table> <div> * For contacts investigation and relevant details, use a separate 'Contact and Exposure Survey Form' * Please refer to the 'monkeypox response guideline' for registering contacts on the web system * ສໍາລັບການສໍາຫຼວດ ແລະ ສະຖານະພາບລາຍລະອຽດຂອງການຕິດຕໍ່, ການນໍາໃຊ້ 'ແບບຟອມແຍກຕ່າງຫາກ, ການສໍາຫຼວດການຕິດຕໍ່ / ການສໍາພັດ'. * ອີງຕາມຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ກວດສອບ ແລະ ສໍາພັດຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ ແລະ ການສໍາພັດ ໃນລະບົບອັດຕະໂນມັດ. </div> | •Family members and live-in person(s) • ຈຳນວນການຕິດຕໍ່ກັບຄອບຄົວ ແລະ ຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ກັບພວກເຮົາ | person(s) ລວມ | •Those from medical institution(s) (Institution(s) Name:) • ຈຳນວນການຕິດຕໍ່ກັບສະຖາບັນການແພດ (ຊື່ ສະຖາບັນ:) | person(s) ລວມ | •People commuted/traveled via the same transport (Specify:) • ຈຳນວນຜູ້ໃຊ້ວິທີການຂົນສົ່ງດຽວກັນ (ປະເພດ:) | person(s) ລວມ | •Other () • ອື່ນໆ () | person(s) ລວມ |
| •Family members and live-in person(s) • ຈຳນວນການຕິດຕໍ່ກັບຄອບຄົວ ແລະ ຄົນທີ່ອາໄສຢູ່ກັບພວກເຮົາ | person(s) ລວມ | | | | | | | | |
| •Those from medical institution(s) (Institution(s) Name:) • ຈຳນວນການຕິດຕໍ່ກັບສະຖາບັນການແພດ (ຊື່ ສະຖາບັນ:) | person(s) ລວມ | | | | | | | | |
| •People commuted/traveled via the same transport (Specify:) • ຈຳນວນຜູ້ໃຊ້ວິທີການຂົນສົ່ງດຽວກັນ (ປະເພດ:) | person(s) ລວມ | | | | | | | | |
| •Other () • ອື່ນໆ () | person(s) ລວມ | | | | | | | | |

| | | |
|---|--|---|
| 8. Final decision ຂໍ້ສະຫຼຸບ | | ☑ Choose or fill out any relevant items below ☑ ໝາຍ ✓ ບໍ່ ອັນທີ່ ສາມາດນຳໃຊ້ ຫຼື ຕົວ ມຂໍ້ ມູນໃສ່ ໃນ ຊ່ອງຂໍ້ ມູນທີ່ ກ່ຽວຂ້ອງ |
| 8.1 case management result 8.1 ຜົນການດຳເນີນການ | ○ Under treatment ○ Discharged after recovery (___/___/___(YYYY/MM/DD)(ປີ/ເດືອນ/ວັນ) ○ Died ___/___/___(YYYY/MM/DD) ○ ຢູ່ ໃນການປິ່ນປົວ ອອກຫຼັງການພື້ນຕົວ (ປີ .ເດືອນ.ວັນ) ○ ເສຍຊີວິດ (ວັນ.ເດືອນ.ປີ) | |
| 8.2 Final result 8.2 ຜົນໄດ້ຮັບສຸດທ້າຍ | ○ Confirmed case ○ Suspected case ○ Not a patient (Diagnosis: _____) ○ ຄົນຈັບ ○ ຄົນຈັບຂອງທ່ານໝໍ ○ ບໍ່ ເພາະ ຄົນຈັບ (ຊື່ ວິນິໄສ: _____) ☑ If case is confirmed as 'monkeypox patient', indicate clinical characteristics: ☑ ສຳລັບ 'ຄົນຈັບ', ໃຫ້ ລະບຸ ປະເພດຄລິນິກ: | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 9. Contact tracing ການສຳຫຼວດຕິດຕາມ 9. ການສຳຫຼວດຕິດຕາມ | | ☑ Choose or fill out any relevant items below ☑ ໝາຍ ✓ ບໍ່ ອັນທີ່ ສາມາດນຳໃຊ້ ຫຼື ຕົວ ມຂໍ້ ມູນໃສ່ ໃນ ຊ່ອງຂໍ້ ມູນທີ່ ກ່ຽວຂ້ອງ | | | | | | | | | | | |
| 9.1 Contact tracing results ຜົນໄດ້ຮັບຈາກການຕິດຕາມ | ○ Ongoing ○ Finished ○ ກຳລັງດຳເນີນຢູ່ ○ ສິ້ນສຸດ Number of Contacts: Total _____ person/s Patient: _____ person (name: _____) ຈຳນວນການຕິດຕໍ່: _____ ໃນທັງໝົດ ຈຳນວນຄົນຈັບທີ່ ຕິດຊື້ ອ: _____ (ຊື່: _____) Number of contacts in the live-in family _____ ○ Yes (_____ person/s) ຈຳນວນການຕິດຕໍ່ 'ອາໄສຢູ່ ອົງຄອບຄົວ' _____ ○ No ຈຳນວນການຕິດຕໍ່ ບໍ່ ແມ່ນ _____ ອາໄສຢູ່ ອົງຄອບຄົວ _____ ບໍ່ ແມ່ນ _____ ຮ່ວມກັນ _____ ບໍ່ ແມ່ນ _____ Number of contacts other than live-in family _____ ○ Yes (_____ person/s) ຈຳນວນການຕິດຕໍ່ ບໍ່ ແມ່ນ _____ ອາໄສຢູ່ ອົງຄອບຄົວ _____ ບໍ່ ແມ່ນ _____ ສະມາຊິກອອກສ່ວນ _____ ນ _____ (ລວມທັງພະນັກງານແພດ) | | | | | | | | | | | | |
| 9.2 List of contacts ລາຍຊື່ຜູ້ຕິດຕໍ່ | | | | | | | | | | | | | |
| Name (+) ຊື່ (+) | Day of Birth ວັນເດືອນປີ | Gender ເພດ | Relationship ຄວາມສຳພັນ | Date of the latest contact ວັນທີຕິດຕໍ່ຫຼ້າສຸດ | Address (city, county, gu) ທີ່ຢູ່ | Mobile number ໝາຍເລກມືຖື | Nationality ສັນຊາດ | Occupation ອາຊີບ | Name of work place ສະຖານທີ່ເຮັດວຽກ | Symptoms ອາການ | Risk exposure level ປະເພດສຳພັນ | Quarantine status ການແຍກປິ່ນ | Smallpox Vaccination ວັກຊີນາ |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---------------------------|--|--|--|---|--|--|--|---|--|
| | | | <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female <input type="radio"/> ເພດຊາຍ <input type="radio"/> ເພດຍິງ | <input type="radio"/> Medical staff <input type="radio"/> Medical institution workers <input type="radio"/> Family <input type="radio"/> Colleague <input type="radio"/> Friend <input type="radio"/> Others <input type="radio"/> ພະນັກງານແພດ <input type="radio"/> ພະນັກງານຢູ່ນະກຸມ <input type="radio"/> ຄອບຄົວ <input type="radio"/> ເພື່ອນຮ່ວມງານ <input type="radio"/> ໝູ່ <input type="radio"/> ອື່ນໆ | yr. mo. Day ວັນເດືອນປີ | | | <input type="radio"/> Korean <input type="radio"/> Foreigner <input type="radio"/> ຕົກຫຼີ້ <input type="radio"/> ຄົນຕ່າງປະເທດ <input type="radio"/> ຊື້ປະເທດ: () | <input type="radio"/> () <input type="radio"/> unemployed <input type="radio"/> ຫວ່າງ <input type="radio"/> () | | <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> none <input type="radio"/> ແມ່ນ <input type="radio"/> ບໍ່ມີ | <input type="radio"/> High risk <input type="radio"/> Medium risk <input type="radio"/> Low risk <input type="radio"/> ມີຄວາມສ່ຽງສູງ <input type="radio"/> ຄວາມສ່ຽງປານກາງ <input type="radio"/> ຄວາມສ່ຽງຕ່ຳ | <input type="radio"/> Not quarantined <input type="radio"/> Release of quarantine <input type="radio"/> Self-quarantine <input type="radio"/> Hospital quarantine <input type="radio"/> Cohort quarantine <input type="radio"/> ບໍ່ຖືກກັກ <input type="radio"/> ການປ່ອຍຄົວກັກ <input type="radio"/> ການກັກ <input type="radio"/> ເອງ <input type="radio"/> ການແຍກປ່ືດໃນໆໝູ່ <input type="radio"/> ການແກນປ່ືດ, ມ | <input type="radio"/> Non-vaccinated <input type="radio"/> Vaccinated <input type="radio"/> ບໍ່ຖືກກັກ <input type="radio"/> ບໍ່ໄດ້ສັກຢາ <input type="radio"/> ສັກຢາແລ້ວ (ປີ) |
|--|--|--|--|---|---------------------------|--|--|--|---|--|--|--|---|--|