

## Form 9

[แบบฟอร์ม 9]

## Case Investigation Report

[แบบสอบสวนกรณีศึกษา]

Date of investigation (วันที่สอบสวน)	____/____/____(YYYY/MM/DD)(ปี เดือน วัน) Time(เวลา):	Name of investigation organization (ชื่อหน่วยงาน ที่สอบสวน)	
Name of investigator (ชื่อผู้สอบสวน)		Contact number of Investigator (เบอร์โทร ผู้สอบสวน)	
Reporting medical institution (สถาบันการแพทย์ที่แจ้ง)		Date of report (วันที่แจ้ง)	____/____/____(YYYY/MM/DD) (ปี เดือน วัน)
		Contact number of reporting medical institution (เบอร์โทรสถาบันการแพทย์ที่แจ้ง)	

<b>1. Personal Information</b> (1. ข้อมูลส่วนบุคคล)	<input type="checkbox"/> Enter the personal information of the case subject to this case investigation and fill in the blank. <input checked="" type="checkbox"/> กรอกข้อมูลส่วนตัว ของผู้ตอบแบบสอบถาม หรือ ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เกี่ยวข้อง		
1.1 Name (1.1 ชื่อ)		1.2 Nationality (based on the passport) (1.2 สัญชาติ(หนังสือเดินทาง))	
1.3 Date of birth (1.3 วันเดือนปีเกิด)	(For foreign nationals, enter passport number) (หมายเลขบัตรประจำตัวคนต่างชาติ)	1.4 Gender and age (1.4 เพศ-อายุ)	<input type="radio"/> Male(ผู้ชาย) <input type="radio"/> Female(ผู้หญิง) (Age(อายุ) )
1.5 Occupation (1.5 อาชีพ)		1.6 Contact number (1.6 เบอร์โทร(เจ้าตัว))	
1.7 Name of workplace(School) (1.7 ชื่อบริษัท(ชื่อโรงเรียน))		1.8 Contact number (guardian) (1.8 เบอร์โทร(ผู้ปกครอง))	
1.9 Address (1.9 ที่อยู่)	Address (as shown on the resident registration card)(ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน):  Current address(ที่อยู่ปัจจุบัน):		

<b>2. Current illness</b> (2. อาการของโรค)	<input type="checkbox"/> Choose any relevant clinical signs and symptoms manifested from the initial onset until the time of investigation <input checked="" type="checkbox"/> อาการทางคลินิก · ลักษณะภายนอก ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเวลาที่สอบสวน ทำเครื่องหมาย ✓ หรือ เขียน		
2.1 Initial symptoms and date of onset	Onset Date of initial symptoms(วันที่มีอาการ): ____/____/____(YYYY/MM/DD)( ปี เดือน วัน) / symptoms(ประเภท) :		

(2.1 วันที่เริ่มมีอาการ/ประเภท)			
2.2 Current signs and symptoms (Choose all relevant condition) (2.2 อาการเริ่มแรก-ล่าสุด (ทำเครื่องหมาย☑ทุกข้อที่เกี่ยวข้อง))	<input type="checkbox"/> General symptoms  <input type="checkbox"/> (อาการทางร่างกาย)	<input type="checkbox"/> Fever(มีไข้)(      °C(องศา)) <input type="checkbox"/> Chills(อาการหนาวสั่น) <input type="checkbox"/> Sweats(เหงื่อออก) <input type="checkbox"/> Sore throat(เจ็บคอ) <input type="checkbox"/> Cough(ไอ) <input type="checkbox"/> Headache(ปวดศีรษะ) <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy ( <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Axillary <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Other) (ต่อมน้ำเหลืองโต   ( <input type="checkbox"/> คอ <input type="checkbox"/> รักแร้ <input type="checkbox"/> ขาหนีบ <input type="checkbox"/> อื่นๆ) <input type="checkbox"/> Muscle pain(Myalgia)(ปวดกล้ามเนื้อ) <input type="checkbox"/> Back pain(ปวดเอว) <input type="checkbox"/> Asthenia(weakness)(อิดโรย(อ่อนแอ)) <input type="checkbox"/> Fatigue/Malaise(อ่อนเพลีย) <input type="checkbox"/> Itchiness(อาการคัน) <input type="checkbox"/> Keratitis/Conjunctivitis(ปวดกระบอกตา) <input type="checkbox"/> Nausea and Vomiting(อาเจียน/คลื่นไส้) <input type="checkbox"/> Other(อื่นๆ) (      )	
Date (วันเวลา)		Onset of symptom(วันที่เป็นครั้งแรก) : ____/____/____(YYYY/MM/DD)(ปี เดือน วัน) Time (เวลา):	
Stage (ประเภท)		<input type="checkbox"/> Macules(จุดเล็กๆ) <input type="checkbox"/> Papules(ผด) <input type="checkbox"/> Vesicles(ตุ่มใส) <input type="checkbox"/> Pustules(ตุ่มหนอง) <input type="checkbox"/> Scabs(เป็นสะเก็ด)	
<input type="checkbox"/> Skin Lesions (rashes)		Area (ตำแหน่ง )	<input type="checkbox"/> Face(ใบหน้า) <input type="checkbox"/> Trunk(ลำตัว) <input type="checkbox"/> Limbs(ขาและแขนทั้งสองข้าง) <input type="checkbox"/> Palms of hands(ฝ่ามือ) <input type="checkbox"/> Soles of the feet (ฝ่าเท้า ) <input type="checkbox"/> genitals(รอบอวัยวะเพศ) <input type="checkbox"/> ana(รอบทวารหนัก) <input type="checkbox"/> Other(อื่นๆ) (      )
<input type="checkbox"/> (โรคผิวหนัง) (ผื่น)		first area of lesion: (      ), area spread (      ) (อวัยวะที่เกิดขึ้นครั้งแรก(      ) ~ อวัยวะที่กระจาย (      ))	<input type="checkbox"/> Pain(มีอาการปวดผิวหนัง) <input type="checkbox"/> Itchiness (มีอาการคันผิวหนัง) <input type="checkbox"/> The lesions are in the same state of development on the body. (ผื่นแดงกระจายทั่วร่างกาย (เช่น ตุ่มหนองบนใบหน้า, ตุ่มพองที่ขา)) <input type="checkbox"/> All of the lesions are the same size. (มีขอบที่ชัดเจนมีรอยนูนตรงกลางเหมือนสะดือ) <input type="checkbox"/> The lesions are deep and profound. (ตุ่มกลายเป็นแผลตกสะเก็ด)
2.3 Description of symptoms in order (2.3 อธิบายลำดับอาการ)	① Symptom(อาการ) (      ), Date of onset(วันที่เริ่มมีอาการ) (      ) ② Symptom(อาการ) (      ), Date of onset(วันที่เริ่มมีอาการ) (      ) ③ Symptom(อาการ) (      ), Date of onset(วันที่เริ่มมีอาการ) (      )		
2.4 Medication history (within the past 6 months) (2.4ประวัติการใช้ยาในช่วง 6เดือน ที่ผ่านมา)	<input type="radio"/> Yes(มี) (☞ Name of medication(ชื่อยา):      Start/End Date(วันที่กินยา):      ) (Reasons for taking the medication(สาเหตุที่กินยา):      ) <input type="radio"/> No (ไม่มี)		
2.5 Case status/ Record of visit to medical institution (within the past 3 weeks) (2.5 สถานะของผู้ป่วย /ประวัติการใช้สถานบริการแพทย์ (ภายใน 3สัปดาห์ที่ผ่านมา))	2.5.1 Case status (2.5.1 สภาพผู้ป่วย)	<input type="radio"/> Alive(มีชีวิตรอดอยู่ ) <input type="radio"/> Died(เสียชีวิต) ☞ the following questions should only be asked if the case reports 'Died'. (รายละเอียดด้านล่าง)	
	Date of death(วันที่เสียชีวิต): ____/____/____(YYYY/MM/DD) ((ปี เดือน วัน))	Place of Death(สถานที่เสียชีวิต) : <input type="radio"/> Medical institution (สถาบันการแพทย์) <input type="radio"/> Place of residence (ที่บ้าน) <input type="radio"/> Other(อื่นๆ)(      )	
	2.5.2 Visit to medical institution	<input type="radio"/> No(ไม่มี) <input type="radio"/> Yes(มี) ☞ the following questions should only be asked if the case reports 'yes'	

	(2.5. 2 ประวัติการใช้สถาน การแพทย์)	(รายละเอียดด้านล่าง)			
		Type of visit(+) (ประเภทการเยี่ยมชม(+))	Name of medical institution (ชื่อสถาบันการ แพทย์)	Date/Period (วันที่/ระยะเวลา)	ICU Admission (เข้าห้องไอซียู)
	<input type="radio"/> Outpatient service (ผู้ป่วยนอก ) <input type="radio"/> Emergency room (ห้องฉุกเฉิน) <input type="radio"/> Inpatient (เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล)			~	<input type="radio"/> Yes(ใช่) <input type="radio"/> No(ไม่ใช่)
	<input type="radio"/> Outpatient service (ผู้ป่วยนอก ) <input type="radio"/> Emergency room (ห้องฉุกเฉิน) <input type="radio"/> Inpatient (เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล)			~	<input type="radio"/> Yes(ใช่) <input type="radio"/> No(ไม่ใช่)
2.6 History of smallpox vaccination (2.6 ประวัติการฉีดวัคซีนฝีดาษลิง)	<input type="radio"/> Yes(มี) (☞ Date of vaccination(วันเดือนปีที่ฉีดวัคซีน): _____ ) <input type="radio"/> No(ไม่) <input type="radio"/> Unknown(ไม่รู้)				
2.7 Underlying disease (2.7 โรคประจำตัว)	<input type="radio"/> Yes(มี) (☞ Specify( ชื่อโรค): _____ ) <input type="radio"/> No(ไม่)				
2.8 Immunocompromising condition (innate or acquired) (2.8 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง)	<input type="radio"/> Yes(มี) (Date of initial diagnosis(วันแรกที่วินิจฉัยโรค): __/__/__(YYYY/MM/DD)( ปี เดือน วัน), name of disorder(ชื่อโรค): _____ ) <input type="radio"/> None(ไม่) <input type="radio"/> Unknown (ไม่รู้)				
2.9 Pregnancy status (2.9 ตั้งครรภ์หรือไม่)	<input type="radio"/> Yes(ใช่) <input type="radio"/> No(ไม่) (If yes, gestational age: _____weeks / Estimated date of delivery: ____/____/__(YYYY/MM/DD) ((สัปดาห์ตั้งครรภ์: _____สัปดาห์) / วันที่คลอดบุตร: _____ปี เดือน วัน))				
2.10 Differential diagnosis (2.10 อื่นๆ)	If any differential diagnosis was made or tests undergone, specify: _____ (e.g. chickenpox, shingles, measles, scabies, syphilis, malaria, and so on) (นอกเหนือจากข้างต้นหากมีเงื่อนไขทางการแพทย์อื่นๆ (หากสงสัยการวินิจฉัยที่ไม่ใช่โรคฝีดาษลิง) สอบสวนเพิ่มเติม (การแยกวินิจฉัยโรค(โรคอีสุกอีใส, งูสวัด, โรคหัด, โรคหิด, โรคซิฟิลิส, มาลาเรีย อื่นๆ))				

### 3. Travel history

☞ Choose or fill out any relevant travel history within 21 days prior to symptom onset  
 (☞ เดินทางไปต่างประเทศภายใน 21วัน ก่อนมีอาการ ทำเครื่องหมาย ✓ หรือ เขียน)

**(3.ประวัติการเดินทางต่างประเทศ)**

3.1 Travel history (within the past 21 days) (3.1 ไปเที่ยวต่างประเทศ)	<input type="checkbox"/> Yes(มี) (If yes, please follow through all questions below in Section 3. Travel history (ตรวจสอบรายละเอียดการเยี่ยมชมต่างประเทศด้านล่าง)) <input type="checkbox"/> None (ไม่มี) (Move to Section 4. Risk Exposure(ไปที่คำถามส่วนที่ 4. ปัจจัยการเสี่ยงที่สำคัญ))				
3.2 Immigration information (to and from South Korea) (3.2 ข้อมูลการเดินทางเข้าออกประเทศเกาหลี)	Date of Departure (from South Korea) (วันที่เดินทางออก)	____/____/____(YYYY/MM/DD) (ปี เดือน วัน)			
	Date of Arrival (To South Korea) (วันที่เข้าประเทศ)	____/____/____(YYYY/MM/DD) (ปี เดือน วัน) Time(เวลา )			
	Modes of transportation (วิธีเข้าประเทศ)	<input type="checkbox"/> Air(เครื่องบิน) (Flight number(หมายเลขเที่ยวบิน): Airline(ชื่อสายการบิน):                      Seat number(หมายเลขที่นั่ง):                      ) <input type="checkbox"/> Vessel/ship(เรือ) (Ship number(หมายเลขเดินเรือ): Name of company(ชื่อบริษัทเรือ): Location where most time you remained(ตำแหน่งห้องโดยสาร):                      )			
3.3 Visited Countries or cities /period of visit (3.3ประเทศ-ภูมิภาคและระยะเวลาที่เข้าเยี่ยมชม)	Countries (ประเทศที่เข้าเยี่ยมชม)	Cities (ชื่อเมืองที่เยี่ยมชม)	Date (ช่วงเวลาเยี่ยมชม)	Airport transit (ประเทศที่แวะ (สนามบิน))	Was it monkeypox endemic or non-endemic county? (พื้นที่เสี่ยง/พื้นที่มีการระบาด)
			~	<input type="radio"/> Yes (ใช่) <input type="radio"/> No (ไม่ใช่)	<input type="radio"/> Yes (ใช่) <input type="radio"/> No (ไม่ใช่)
			~	<input type="radio"/> Yes (ใช่) <input type="radio"/> No (ไม่ใช่)	<input type="radio"/> Yes (ใช่) <input type="radio"/> No (ไม่ใช่)
			~	<input type="radio"/> Yes (ใช่) <input type="radio"/> No (ไม่ใช่)	<input type="radio"/> Yes (ใช่) <input type="radio"/> No (ไม่ใช่)
			~	<input type="radio"/> Yes (ใช่) <input type="radio"/> No (ไม่ใช่)	<input type="radio"/> Yes (ใช่) <input type="radio"/> No (ไม่ใช่)
			~	<input type="radio"/> Yes (ใช่) <input type="radio"/> No (ไม่ใช่)	<input type="radio"/> Yes (ใช่) <input type="radio"/> No (ไม่ใช่)
			~	<input type="radio"/> Yes (ใช่) <input type="radio"/> No (ไม่ใช่)	<input type="radio"/> Yes (ใช่) <input type="radio"/> No (ไม่ใช่)
3.4 Accompanying persons (3.4 ประเภทการเยี่ยมชม)	<input type="radio"/> Solo travel/visit (ท่องเที่ยว · มาคนเดียว) <input type="radio"/> Accompanying two or more persons (มาด้วยกัน 2คนขึ้นไป) (family members, co-workers, and so on; the number of accompanying persons:                      ) (ครอบครัว, เพื่อนร่วมงาน อื่นๆ; ผู้ร่วมทาง :                      คน)				
3.5 Purpose of Visit (3.5 วัตถุประสงค์ในการเยี่ยมชม)	<input type="radio"/> Fellowship/social/hobbies (มิตรภาพ-เข้าสังคม-งานอดิเรก) <input type="radio"/> Travel/tourism(ท่องเที่ยว-ทัศนาวจร) <input type="radio"/> Business (ทำงาน-ออกไปทำงานนอกสถานที่) <input type="radio"/> Missionary activities (กิจกรรมการเผยแพร่ศาสนา) <input type="radio"/> Medical volunteering and relief activities (กิจกรรมอาสาสมัครทางการแพทย์ )				



(ภายใน 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา))	<input checked="" type="checkbox"/> If yes, ( <input checked="" type="checkbox"/> ในกรณีที่ 'ใช่',)	Number of partners : <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 or more <input type="radio"/> Refuse to respond (จำนวนผู้มีคุณสมบัติ : <input type="radio"/> 1คน <input type="radio"/> มากกว่า 2คน <input type="radio"/> ไม่ตอบ) Relationship with partner(s): <input type="radio"/> Spouse <input type="radio"/> Acquaintances <input type="radio"/> by chance (ความสัมพันธ์ผู้มีคุณสมบัติ: <input type="radio"/> คู่สมรส <input type="radio"/> คนรู้จัก <input type="radio"/> บังเอิญ ) <input type="radio"/> Refuse to respond (ไม่ตอบ)
4.5 Blood transfusion donation history (4.5 การบริจาคเลือด)	Have you ever donated blood or received blood transfusion within 21 days prior symptom onset? (คุณเคยบริจาคเลือดและได้รับการถ่ายเลือดก่อนมีอาการ 21 วันหรือไม่?) <input type="radio"/> Yes(ใช่) <input type="radio"/> No (ไม่ใช่)	
	<input checked="" type="checkbox"/> If yes, ( <input checked="" type="checkbox"/> ในกรณีที่ 'ใช่',)	<div> <input type="checkbox"/> Donated Place: _____ Date: ____/____/____(YYYY/MM/DD)  <input type="checkbox"/> บริจาคเลือด สถานที่ : วันที่: ปี เดือน วัน)         </div> <div> <input type="checkbox"/> Received Place: _____ Date: ____/____/____(YYYY/MM/DD)  <input type="checkbox"/> ได้รับการถ่ายเลือด สถานที่ : วันที่: ปี เดือน วัน)         </div>
4.6 Other suspected exposures (4.6 แหล่งที่น่าสงสัยว่าติดเชื้อ)	Secify (ให้ผู้ตอบแบบสอบถาม เขียน สถานที่อื่นๆ ที่สงสัยว่าติดเชื้อ)	

<b>5. Case classification and Management</b> (5.มาตรการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง)	<input checked="" type="checkbox"/> Choose or fill out any relevant items ( <input checked="" type="checkbox"/> ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เกี่ยวข้อง หรือ เขียน)	
5.1 Date of notification received (5.1 วันที่รับรายงาน)	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: _____ (ปี เดือน วัน) ( เวลา)	
5.2 Outcome of case classification (5.2 ผลการจัดกลุ่มตัวอย่าง)	Epidemiological links (ลักษณะที่เกี่ยวข้องกับระบาดวิทยา)	<input type="radio"/> Yes (visits to outbreak countries or confirmation of risks exposure) <input type="radio"/> ใช่ (เข้าเยี่ยมเยือนพื้นที่ระบาด และ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ อื่นๆ) <input type="radio"/> No (no history of visit to an outbreak country) <input type="radio"/> ไม่ใช่ (ไม่ได้เข้าเยี่ยมเยือนพื้นที่ระบาด อื่นๆ)
	Clinical signs and symptoms (การตรวจรักษาผู้ป่วยโดยตรง-อาการของโรค)	<input type="radio"/> Meet the suspected or confirmed case definition(สอดคล้องกับเคสตัวอย่าง) <input type="radio"/> Fail to meet the suspected or confirmed case definitions (ไม่สอดคล้องกับเคสตัวอย่าง)
	Outcome of case classification (ผลการจัดกลุ่มตัวอย่าง)	<input type="radio"/> Suspected case (แพทยรักษาผู้ป่วย) <input type="radio"/> Not a case(ไม่มีตัวอย่าง)

<div>&lt;Note on case classification&gt; (&lt;อ้างอิง การจัดกลุ่มตัวอย่าง&gt;)</div> <div>★ Admitted in the isolated ward and subject to testing (★ เป้าหมายการตรวจกักตัวในโรงพยาบาล)</div>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="440 232 842 618" rowspan="2">           Classification (การจำแนก)         </td> <td colspan="2" data-bbox="842 232 1568 378">           Monkeypox clinical signs and symptoms (ลักษณะอาการทางคลินิก· ลักษณะภายนอกของโรคฝีดาษลิง)         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="842 378 1110 618">           Meet clinical criteria (การติด)         </td> <td data-bbox="1110 378 1568 618">           Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms) (ไม่ติด(อาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง))         </td> </tr> </table>				Classification (การจำแนก)		Monkeypox clinical signs and symptoms (ลักษณะอาการทางคลินิก· ลักษณะภายนอกของโรคฝีดาษลิง)		Meet clinical criteria (การติด)	Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms) (ไม่ติด(อาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง))
	Classification (การจำแนก)		Monkeypox clinical signs and symptoms (ลักษณะอาการทางคลินิก· ลักษณะภายนอกของโรคฝีดาษลิง)							
Meet clinical criteria (การติด)			Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms) (ไม่ติด(อาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง))							
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="440 618 727 725">           Epidemiological links (Risk level) (ขณะที่เกี่ยวข้องกับทางระบาดวิทยา (มีความเสี่ยง))         </td> <td data-bbox="727 618 842 725">           Presence (มี)         </td> <td data-bbox="842 618 1110 725"> <b>Suspected case</b> (แพทย์รักษาผู้ป่วย)         </td> <td data-bbox="1110 618 1568 725"> <b>Not applicable</b> (ไม่เกี่ยวข้อง)         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 725 727 842"></td> <td data-bbox="727 725 842 842">           Absence (ไม่มี)         </td> <td data-bbox="842 725 1110 842"> <b>Not applicable</b> (ไม่เกี่ยวข้อง)         </td> <td data-bbox="1110 725 1568 842"> <b>Not applicable</b> (ไม่เกี่ยวข้อง)         </td> </tr> </table>	Epidemiological links (Risk level) (ขณะที่เกี่ยวข้องกับทางระบาดวิทยา (มีความเสี่ยง))	Presence (มี)	<b>Suspected case</b> (แพทย์รักษาผู้ป่วย)	<b>Not applicable</b> (ไม่เกี่ยวข้อง)		Absence (ไม่มี)	<b>Not applicable</b> (ไม่เกี่ยวข้อง)	<b>Not applicable</b> (ไม่เกี่ยวข้อง)		
Epidemiological links (Risk level) (ขณะที่เกี่ยวข้องกับทางระบาดวิทยา (มีความเสี่ยง))	Presence (มี)	<b>Suspected case</b> (แพทย์รักษาผู้ป่วย)	<b>Not applicable</b> (ไม่เกี่ยวข้อง)							
	Absence (ไม่มี)	<b>Not applicable</b> (ไม่เกี่ยวข้อง)	<b>Not applicable</b> (ไม่เกี่ยวข้อง)							

※ The case is considered probable upon diagnosis by medical professionals in infectious disease, proctology, urology and dermatology, even though a monkeypox 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.

(※ แม้ว่าจะไม่มีความสัมพันธ์ทางระบาดวิทยา แต่หากตรวจพบจากแพทย์ เป็นที่น่าสงสัย เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ, ทางทวารหนัก และผิวหนัง ก็จัดเป็นผู้ป่วยที่ต้องสงสัยได้  
อย่างไรก็ตามคนไข้จำเป็นต้องได้รับการยืนยันอีกครั้ง  
จากทีมสอบสวนควบคุมโรคจากองค์การบริหารส่วนภูมิภาคและศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคระดับภูมิภาค  
เพื่อพิสูจน์ว่าคนไข้ตรงตามเกณฑ์การสอบสวน  
ซึ่งรวมถึงความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาและการวินิจฉัยพิเศษหรือไม่)

5.3 Patient transfer (5.3 เคลื่อนย้ายผู้ป่วย)	Patient transfer (โยกย้ายหรือไม่โยกย้าย)	<input type="radio"/> Transfer(โยกย้าย) <input type="radio"/> NOT necessary (because the medical institution has isolation bed units) (ไม่จำเป็น(สถานพยาบาลมีเตียงแยกกักกัน)) <input type="radio"/> NOT eligible(not a case)(ไม่เกี่ยวข้อง(ไม่ตรงเป้าหมาย))
	Means of transport (วิธีการเดินทาง)	<input type="radio"/> Public Health Center(สถานีอนามัย) <input type="radio"/> Quarantine Station(สถานที่กักกันโรค) <input type="radio"/> 119 Ambulance (รถพยาบาล119) <input type="radio"/> Other(อื่นๆ): _____
5.4 Quarantine (5.4 กักตัวในโรงพยาบาล)	Location of isolation (สถานที่กักกัน)	<input type="radio"/> Government-designated inpatient treatment beds (เตียงผู้ป่วยในกำหนดโดยรัฐบาล) <input type="radio"/> Negative pressure isolation beds in general hospitals (เตียงแรงดันลบในโรงพยาบาลทั่วไป) <input type="radio"/> Other(อื่นๆ) (specify(ระบุ): _____)
	Name of Medical Institution	

	(ชื่อสถานพยาบาล)	
	Start date of Isolation (วันที่เริ่มกักตัว)	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: ( ปี เดือน วัน) (เวลา)

<b>6. Laboratory test</b>		☞ Choose any relevant items below		
<b>(6. ทดสอบในห้องปฏิบัติการ)</b>		<b>(☞ ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เกี่ยวข้อง หรือ เขียน)</b>		
6.1 Diagnostic tests (6.1 ดำเนินการตรวจ)		<input type="radio"/> Yes (ดำเนินการ) <input type="radio"/> No (ไม่ได้ดำเนินการ )		
Type of specimen (ประเภทการตรวจ)	Sample (+) (ตรวจร่างกาย(+))	Date of specimen collected (วันที่เก็บตัวอย่าง) (YYYY/MM/DD)	Name of agency conducting laboratory test (หน่วยงานตรวจสอบ)	Test result (ผลการทดสอบและประเภท)
	<input type="radio"/> Skin lesion fluid(ผิวหนังเป็นตุ่ม) <input type="radio"/> Not performed (ไม่ได้ดำเนินการ)	____/____/____ (YYYY/MM/DD) (ปี เดือน วัน)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency (ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศเกาหลี) <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute (สถาบันวิจัยสุขภาพและสิ่งแวดล้อม)	<input type="radio"/> Positive(ลักษณะที่เป็นบวก) <input type="radio"/> Negative(ลักษณะที่เป็นลบ) <input type="radio"/> Pending(ไม่กำหนด) <input type="radio"/> In progress(กำลังดำเนินการ) <input type="radio"/> Other(อื่นๆ)( )
	<input type="radio"/> Skin lesion tissue(เนื้อเยื่อผิวหนังอักเสบ) <input type="radio"/> Not performed (ไม่ได้ดำเนินการ)	____/____/____ (YYYY/MM/DD) (ปี เดือน วัน)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency (ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศเกาหลี) <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute (สถาบันวิจัยสุขภาพและสิ่งแวดล้อม)	<input type="radio"/> Positive(ลักษณะที่เป็นบวก) <input type="radio"/> Negative(ลักษณะที่เป็นลบ) <input type="radio"/> Pending(ไม่กำหนด) <input type="radio"/> In progress(กำลังดำเนินการ) <input type="radio"/> Other(อื่นๆ)( )
	<input type="radio"/> Scab(ตกสะเก็ด) <input type="radio"/> Not performed (ไม่ได้ดำเนินการ)	____/____/____ (YYYY/MM/DD) (ปี เดือน วัน)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency (ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศเกาหลี) <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute (สถาบันวิจัยสุขภาพและสิ่งแวดล้อม)	<input type="radio"/> Positive(ลักษณะที่เป็นบวก) <input type="radio"/> Negative(ลักษณะที่เป็นลบ) <input type="radio"/> Pending(ไม่กำหนด)



				ด) <input type="radio"/> In progress(กำลังดำเนินการ) <input type="radio"/> Other(อื่นๆ)( )
	<input type="radio"/> Oropharyngeal smear (ใช้ไม้สวอปตรวจในช่องคอ) <input type="radio"/> Not performed (ไม่ได้ดำเนินการ)	____/____/____ (YYYY/MM/DD) (ปี เดือน วัน)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency (ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศเกาหลี) <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute (สถาบันวิจัยสุขภาพและสิ่งแวดล้อม)	<input type="radio"/> Positive(ลักษณะที่เป็นบวก) <input type="radio"/> Negative(ลักษณะที่เป็นลบ) <input type="radio"/> Pending(ไม่กำหนด) <input type="radio"/> In progress(กำลังดำเนินการ) <input type="radio"/> Other(อื่นๆ)( )
	<input type="radio"/> Blood(ตรวจเลือด) <input type="radio"/> Not performed (ไม่ได้ดำเนินการ)	____/____/____ (YYYY/MM/DD) (ปี เดือน วัน)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency (ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศเกาหลี) <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute (สถาบันวิจัยสุขภาพและสิ่งแวดล้อม)	<input type="radio"/> Positive(ลักษณะที่เป็นบวก) <input type="radio"/> Negative(ลักษณะที่เป็นลบ) <input type="radio"/> Pending(ไม่กำหนด) <input type="radio"/> In progress(กำลังดำเนินการ) <input type="radio"/> Other(อื่นๆ)( )
	<input type="radio"/> Other(อื่นๆ)( ) <input type="radio"/> Not performed (ไม่ได้ดำเนินการ)	____/____/____ (YYYY/MM/DD) (ปี เดือน วัน)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency (ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศเกาหลี) <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute (สถาบันวิจัยสุขภาพและสิ่งแวดล้อม)	<input type="radio"/> Positive(ลักษณะที่เป็นบวก) <input type="radio"/> Negative(ลักษณะที่เป็นลบ) <input type="radio"/> Pending(ไม่กำหนด) <input type="radio"/> In progress(กำลังดำเนินการ) <input type="radio"/> Other(อื่นๆ)( )

## 7. Contact Status

☞ Choose or fill out any relevant items below

<b>(7. สถานะ การสัมผัสผู้ติดเชื้อ)</b>	<b>(๑) ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เกี่ยวข้อง หรือ เขียน)</b>										
7.1 Contacts (Have you had contact with anyone after the onset of symptoms?)	<input type="radio"/> Yes (มี) (If yes, please follow through all questions below in Section 7. Contacts Status(๑ เขียน ด้านล่าง)) <input type="radio"/> No (ไม่มี)										
(7.1 สถานะ การสัมผัสผู้ติดเชื้อ)	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="450 465 1209 555"> How many contacts the case has had since the onset of symptoms? (สัมผัสกับผู้ป่วยหลังจากมีอาการ) </td> <td data-bbox="1209 465 1562 555"> <input type="checkbox"/> Total person(s)  (๑ ทั้งหมด คน) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="450 555 1209 656"> •Family members and live-in person(s)  (• ครอบครัว และ คนที่อาศัยอยู่ร่วมกัน) </td> <td data-bbox="1209 555 1562 656"> person(s)  (คน) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="450 656 1209 824"> •Those from medical institution(s)  (Institution(s) Name: )  • สัมผัสกับผู้ติดเชื้อ สถาบันการแพทย์ (ชื่อสถาบันการแพทย์: ) คน </td> <td data-bbox="1209 656 1562 824"> person(s)  (คน) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="450 824 1209 969"> •People commuted/traveled via the same transport  (Specify: )  • ผู้ใช้ยานพาหนะประเภทเดียวกัน (ประเภท: ) </td> <td data-bbox="1209 824 1562 969"> person(s)  (คน) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="450 969 1209 1070"> •Other(อื่นๆ) ( ) </td> <td data-bbox="1209 969 1562 1070"> person(s)  (คน) </td> </tr> </table> <p>* For contacts investigation and relevant details, use a separate 'Contact and Exposure Survey Form' (* การตรวจสอบสถานะ การสัมผัสเชื้อโดยละเอียด " แยกแบบฟอร์ม แบบฟอร์มสำหรับผู้ติดเชื้อ-แบบฟอร์มสำหรับผู้สัมผัส ")</p> <p>* Please refer to the 'monkeypox response guideline' for registering contacts on the web system (* โปรดดูคำแนะนำ สำหรับผู้ติดเชื้อ เกี่ยวกับการป้อนข้อมูล เนื้อหาสำคัญจากคู่มือในเว็บ)</p>	How many contacts the case has had since the onset of symptoms? (สัมผัสกับผู้ป่วยหลังจากมีอาการ)	<input type="checkbox"/> Total person(s) (๑ ทั้งหมด คน)	•Family members and live-in person(s) (• ครอบครัว และ คนที่อาศัยอยู่ร่วมกัน)	person(s) (คน)	•Those from medical institution(s) (Institution(s) Name: ) • สัมผัสกับผู้ติดเชื้อ สถาบันการแพทย์ (ชื่อสถาบันการแพทย์: ) คน	person(s) (คน)	•People commuted/traveled via the same transport (Specify: ) • ผู้ใช้ยานพาหนะประเภทเดียวกัน (ประเภท: )	person(s) (คน)	•Other(อื่นๆ) ( )	person(s) (คน)
How many contacts the case has had since the onset of symptoms? (สัมผัสกับผู้ป่วยหลังจากมีอาการ)	<input type="checkbox"/> Total person(s) (๑ ทั้งหมด คน)										
•Family members and live-in person(s) (• ครอบครัว และ คนที่อาศัยอยู่ร่วมกัน)	person(s) (คน)										
•Those from medical institution(s) (Institution(s) Name: ) • สัมผัสกับผู้ติดเชื้อ สถาบันการแพทย์ (ชื่อสถาบันการแพทย์: ) คน	person(s) (คน)										
•People commuted/traveled via the same transport (Specify: ) • ผู้ใช้ยานพาหนะประเภทเดียวกัน (ประเภท: )	person(s) (คน)										
•Other(อื่นๆ) ( )	person(s) (คน)										

<b>8. Final decision (8. ข้อสรุปสุดท้าย)</b>	<b>(๑) Choose or fill out any relevant items below (๑) ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เกี่ยวข้อง หรือ เขียน)</b>
8.1 case management result (8.1 ผลการดำเนินการ)	<input type="radio"/> Under treatment(อยู่ระหว่างการรักษา ) <input type="radio"/> Discharged after recovery(ออกจากโรงพยาบาล หลังฟื้นตัว) ( __/__/__(YYYY/MM/DD(ปีเดือนวัน)) <input type="radio"/> Died(เสียชีวิต) __/__/__(YYYY/MM/DD(ปีเดือนวัน))
8.2 Final result (8.2 ผลสรุปสุดท้าย)	<input type="radio"/> Confirmed case(ผู้ป่วย) <input type="radio"/> Suspected case(แพทย์ผู้ป่วย) <input type="radio"/> Not a patient(ไม่ใช่ผู้ป่วย) (Diagnosis(ชื่อโรค วินิจฉัย): ) <input checked="" type="checkbox"/> If case is confirmed as 'monkeypox patient', indicate clinical characteristics: กรณีที่เป็น 'ผู้ป่วย' ให้ระบุ :

<b>9. Contact tracing (9. ติดตาม สอบสวน)</b>	<b>(๑) Choose or fill out any relevant items below (๑) ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เกี่ยวข้อง หรือ เขียน)</b>
9.1 Contact tracing results	<input type="radio"/> Ongoing(กำลังดำเนินการ) <input type="radio"/> Finished(สิ้นสุด)

