



เอกสารประเมินความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ในการจัดสอบขั้นตอนที่ 3 (OSCE) วันอาทิตย์ที่ 8 มกราคม 2566

สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสอบ

ข้าพเจ้า นพ./พญ./นาย/น.ส. สถาบันที่สังกัด

รหัสประจำตัวผู้เข้าสอบ สนามสอบ

คำชี้แจง:โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (ใช่) หรือ (ไม่ใช่) หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

ลำดับ	รายละเอียด/ประวัติอาการ	ใช่	ไม่ใช่
1	ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ - มีไข้หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5°C ขึ้นไป - เจ็บคอ, ไอ, น้ำมูกไหล - ปวดเมื่อยตามตัว - หายใจหอบเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก - ถ่ายเหลว - ตาแดง - จมูกไม่ได้กลิ่น หรือได้กลิ่นลดลง ลิ้นไม่รับรส		
2	มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เช่น อยู่บ้านเดียวกัน-รับประทานอาหารร่วมกัน พูดคุยกันโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย หรือ เป็นผู้อยู่ในระหว่างการกักตัว หรือ กำลังรอรับการตรวจเพราะจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ในช่วง 5 วันที่ผ่านมา		
3	ข้อมูลการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ○ ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 แล้ว เมื่อวันที่ ○ ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 แล้ว เมื่อวันที่ ○ ได้รับวัคซีนเข็มที่ 3 แล้ว เมื่อวันที่ ○ ได้รับวัคซีนเข็มที่ 4 แล้ว เมื่อวันที่ ○ ได้รับวัคซีนเข็มที่ 5 แล้ว เมื่อวันที่ ○ ยังไม่ได้รับวัคซีน		
4	ข้อมูลการตรวจเชื้อโควิด-19 ○ ได้รับการตรวจโดยวิธี ○ RT-PCR เมื่อวันที่ สถานที่ตรวจ..... ผลการตรวจ..... ○ ATK เมื่อวันที่ ○ โดยตนเอง ○ โดยบุคลากรทางการแพทย์ ผลการตรวจ..... ○ ไม่เคยตรวจ		

หมายเหตุ หากท่านระบุว่า “ใช่” ในข้อ 1 และ/หรือ ข้อ 2 ในวันก่อนสอบและวันสอบ แม้ว่าท่านจะได้รับวัคซีนครบแล้วก็ตาม ขอให้ท่านตรวจหาเชื้อ (COVID-19) ด้วย ATK หรือ RT-PCR ในระยะเวลาไม่เกิน 48 ชั่วโมง ก่อนวันสอบ โดยถ่ายรูปผลการตรวจหรือส่งเอกสารรับรองผลการตรวจที่เป็นลบ มาแสดงประกอบข้อ 4 หากผลการตรวจเป็นบวก ให้แจ้ง ศร. โดยด่วน เพื่อขอเลื่อนการสอบไปรอบต่อไป ทั้งนี้ เพื่อเป็นการช่วยกันป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าปกปิดข้อเท็จจริง ข้าพเจ้ายอมรับการตัดสินใจของคณะกรรมการบริหาร ศร. ให้การสอบครั้งนี้จะถือเป็นโมฆะ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ 8 มกราคม 2566