



เอกสารประเมินความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ในการจัดสอบขั้นตอนที่ 3 (OSCE) วันที่ 9 มกราคม 2565

สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสอบ

ข้าพเจ้า นพ./พญ.นาย/น.ส. ....

สถาบันที่สังกัด ..... รหัสประจำตัวผู้เข้าสอบ .....

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (มี) หรือ (ไม่มี) หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

ลำดับ	รายละเอียด/ประวัติอาการ	มี	ไม่มี
1	ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ - ไข้ - ไอ - เจ็บคอ - น้ำมูกไหล - ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ - ตาแดง - ผื่น - ถ่ายเหลว - จมูกไม่ได้กลิ่น หรือได้กลิ่นลดลง ลิ้นไม่รับรส - หายใจหอบเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก		
2	มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เช่น อยู่บ้านเดียวกัน รับประทานอาหารร่วมกัน หรือ เป็นผู้อยู่ในระหว่างการกักตัว หรือ กำลังรอรับการตรวจเพราะจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา		
3	มีประวัติไปในสถานที่ชุมนุมชน หรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคนเป็นจำนวนมาก เช่น สถานบันเทิง ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า ขนส่งสาธารณะ หรืองานสังสรรค์ ที่พบผู้ป่วยยืนยันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในช่วง 14 วัน ที่ผ่านมา		
4	ข้อมูลการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ○ ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 แล้ว เมื่อวันที่ ..... ชื่อวัคซีน .....		
	○ ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 แล้ว เมื่อวันที่ ..... ชื่อวัคซีน .....		
	○ ได้รับวัคซีนเข็มที่ 3 แล้ว เมื่อวันที่ ..... ชื่อวัคซีน .....		
	○ ยังไม่ได้รับวัคซีน		
5	ข้อมูลการตรวจเชื้อโควิด-19 (ถ้ามี) ○ ได้รับการตรวจโดยวิธี ○ RT-PCR เมื่อวันที่ ..... สถานที่ตรวจ.....		
	○ ATK เมื่อวันที่ ..... ○ โดยตนเอง ○ โดยบุคลากรทางการแพทย์		

หมายเหตุ หากท่านมีอาการหรือมีประวัติตามข้อ 1-3 ใดๆอย่างหนึ่ง ในวันก่อนสอบ ซึ่งอาจเป็นอาการเริ่มต้นของโควิด-19 ได้ แม้ว่าท่านจะได้รับวัคซีนครบแล้วก็ตาม จึงขอให้ท่านตรวจหาเชื้อ COVID-19 ด้วย ATK หรือ RT-PCR และแจ้งศร.โดยด่วน เพื่อพิจารณาต่อไป ทั้งนี้ เพื่อเป็นการช่วยกันป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าปกปิดข้อเท็จจริง ข้าพเจ้ายอมรับว่า การสอบครั้งนี้จะถือเป็นโมฆะ และอาจถือเป็นความผิดตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ ..... มกราคม พ.ศ. 2565