



หน่วยงานสินไหมอุบัติเหตุและสุขภาพ โทรศัพท์ : (02) 611-4000 e-mail:ClaimmailA&H@Chubb.com

เรื่อง ขอรทบรายละเอียคข้อมูลการรักษ (แพทยเป็นผู้กรอก)

เรียน แพทยผู้ทำการรักษา

เนื่องด้วย คุณ..... ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัยกับทางบริษัทชัยบซัมมาคิประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้รับการรักษาภายใต้การดูแลของ.....ทางบริษัทฯ ใครขอความร่วมมือมายังท่าน เพื่อขอทราบข้อมูลประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทน โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1.การตรวจร่างกายแรกรับ V/S T.....P.....R..... O2 Sat..... น้ำหนัก..... ส่วนสูง.....
- 2.ประวัติการเจ็บป่วย /วันที่เริ่มมีอาการ (โปรดลำดับเหตุการณ์ระบุวันที่ วันที่เริ่มมีอาการจนผู้ป่วยได้รับการตรวจโควิดและพบแพทย์

3.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งระดับอาการผู้ป่วยโควิด ตามระดับอาการป่วยออกเป็นสีเขียว สีเหลือง และสีแดง เพื่อการดูแลและรักษา โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ผู้ป่วยรายนี้อยู่ในระดับใด

- สีเขียว โปรดระบุอาการที่ตรวจพบ และการรักษาที่ได้รับ.....
- สีเหลือง โปรดระบุอาการที่ตรวจพบ และการรักษาที่ได้รับ.....
- สีแดง โปรดระบุอาการที่ตรวจพบ และการรักษาที่ได้รับ.....

4.ผู้ป่วยได้รับการรักษาภายใต้การจัดการของสถานพยาบาล แบบ

- พักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล วันที่.....ถึง.....
- โรงพยาบาลสนาม (ระบุ)..... วันที่.....ถึง.....
- Hospitel (ระบุ)..... วันที่.....ถึง.....
- Home Isolation วันที่.....ถึง.....
- Community Isolation (CI) (ระบุ) ..... วันที่.....ถึง.....
- Hotel Isolation (ระบุ) ..... วันที่.....ถึง.....
- Out patient with self Isolation (OP SI) วันที่.....ถึง.....

เนื่องจาก  เพื่อแยกกักตัวตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด19

- เพื่อทำการรักษาแบบคนไข้ใน เนื่องจากไขสูงกว่า39 องศาเซลเซียส ระยะเวลาานกว่า24ชั่วโมง
- เพื่อทำการรักษาแบบคนไข้ใน เนื่องจากหายใจเร็วกว่า25ครั้งต่อนาที
- เพื่อทำการรักษาแบบคนไข้ใน เนื่องจากOxygen Saturation<94%

เพื่อทำการรักษาแบบคนไข้ในเนื่องจากมีโรคประจำตัวร่วมที่เสี่ยงต่ออาการเปลี่ยนแปลงหรือผู้ป่วยมีโรคประจำตัวมีอาการเปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ได้แก่.....

- ไม่มีโรคประจำตัว  อายุ>60ปี  โรคปอด รวมโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ (COPD/Asthma/TB)
- โรคไตเรื้อรัง  โรคหัวใจและหลอดเลือดรวมทั้งหัวใจแต่กำเนิด  โรคหลอดเลือดสมอง
- เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้  ดับแข็ง
- ภาวะอ้วน (น้ำหนัก> 90กก. หรือBMI ≥ 30กก./ตร.ม.) (ระบุ น้ำหนัก..... ส่วนสูง.....)
- ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ และlymphocyte น้อยกว่า 1,000 เซลล์/ลบ.มม.  ตั้งครรภ์ GA.....wk
- อื่นๆ ระบุ .....

โปรดระบุชื่อโรคประจำตัว วันที่ตรวจพบครั้งแรก และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ .....



หน่วยงานสินไหมอุบัติเหตุและสุขภาพ โทรศัพท์ : (02) 611-4000 e-mail:ClaimmailA&H@Chubb.com

5.ผล Chest X-Ray  ไม่ได้ทำ

ทำ (โปรดระบุผลการตรวจ/ความผิดปกติที่ตรวจพบ) .....

6.สัญญาณชีพขณะรักษา/กักตัว

วัน/เดือน/ปี (พศ.)	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
การตรวจร่างกาย	Day.....	Day.....	Day.....	Day.....	Day.....
อุณหภูมิ					
Oxygen saturation					
การหายใจ ..ครั้ง/นาที					
วัน/เดือน/ปี (พศ.)	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
การตรวจร่างกาย	Day.....	Day.....	Day.....	Day.....	Day.....
อุณหภูมิ					
Oxygen saturation					
การหายใจ ..ครั้ง/นาที					

แพทย์ผู้ให้ความเห็น.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่.....  
 (.....)

วันที่.....ประทับตราโรงพยาบาล.....

หมายเหตุ เอกสารนี้ใช้เพื่อประกอบการพิจารณา ไม่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาด้านคดีความ