**แบบแจ้งชื่อ พยาบาลที่ติดเชื้อ COVID-19 จากการให้การพยาบาลผู้ป่วย COVID-19[[1]](#footnote-1)**

เรียน นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานใหญ่ / สำนักงานสาขาภาค ...................................

ข้าพเจ้า ..................................................................... หน่วยงาน .....................................................

ที่อยู่ .................................................................................................................... จังหวัด ................................

โทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้) ........................................   
เป็น หัวหน้าพยาบาล/ ผู้บังคับบัญชาของ ......................................................................................อายุ ........ปี

หากเป็นสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ กรุณาระบุเลขที่สมาชิก.......................................ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย / หน่วยงาน ....................................................................................................................

ประวัติ และภาระครอบครัวของพยาบาลตามรายชื่อที่ส่ง (บอกเล่าสั้นๆเกี่ยวกับงานที่ทำงานปกติอยู่ฝ่ายใด และ งานที่รับมอบหมายเพิ่มเติม เป็นพิเศษ และ เหตุการณ์สำคัญ เช่น การสัมผัสโรค หรือใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ COVID-19 ภาระครอบครัวฯลฯ) .............................................................................................................................................. ..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

ซึ่งมีผลตรวจยืนยันแล้วว่าป่วยติดเชื้อ COVID-19 จากการให้การพยาบาลผู้ป่วย และเข้ารับการรักษา   
ณ โรงพยาบาล ......................................................... เมื่อวันที่ ..... เดือน .......................... พ.ศ. 2563   
อาการป่วย ณ วันที่แจ้ง (ยังพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล/หายจากอาการป่วย/ต้องกักตัวแยกจากคนอื่น ฯลฯ)..................................................................................................................................................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ ......................................................

(................................................)

หัวหน้าพยาบาล / ผู้บังคับบัญชา ...............................................................

1. หมายเหตุ :

   1. หากมีพยาบาลป่วยติดเชื้อ COVID-19 มากกว่า 1 คน สามารถแจ้งรวมกันครั้งเดียว ก็ได้

   2. ส่งแบบแจ้งรายชื่อฯ มายัง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานใหญ่ หรือสำนักงานสาขาภาค [↑](#footnote-ref-1)