



Yangon Airport Molecular Lab
COVID-19 Case Investigation Form

Case ID

PUI Contact Quarantine Check up

1. Registration No

Name of responsible investigator

Designation

Type of Facility

Public Hospital

Private Hospital

Quarantine Centre

Private Lab

Name of Facility

Yangon Airport Molecular Lab

2. Personal information/ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များ

အမည်/Full Name*

မွေးသက္ကရာဇ်/Date Of Birth*

ရက်/D

လ/M

အသက်/Age*

Passport Number/NRC*

နိုင်ငံသား/လူမျိုး/Nationality*

ကျား/မ Male/Female

အလုပ်အကိုင်/Occupation*

ယခုလက်ရှိနေရပ်လိပ်စာ/Current Address

ဖုန်းနံပါတ်/Contact Number*

FLIGHT INFORMATION

TRAVEL DESTINATION

J A P A N

3. Contact history/ထိတွေ့မှုရာဇဝင်

Contact with COVID-19 positive case/positive လူနာနှင့် တွေ့မိမှု/မရှိ

Yes/ရှိ

No/မရှိ

If yes: please mention with whom/ရှိပါက တွင်း၏အမည်ကိုရေးပေးပါရန်

Last

days

4. Travel History/ခရီးသွားရာဇဝင်

Travelled Last 14 days/လွန်ခဲ့သော ၁၄ ရက် အတွင်းခရီးသွားခြင်းရှိ/မရှိ

Yes/ရှိ

No/မရှိ

If yes: domestically/ရှိပါက သွားရောက်ခဲ့သည့် မြို့အမည်ကိုရေးပေးပါရန် (ပြည်တွင်း)

If yes: internationally/ရှိပါက သွားရောက်ခဲ့သည့် မြို့အမည်ကိုရေးပေးပါရန် (ပြည်ပ)

5. Patient Complaint and/or symptoms/ရောဂါလက္ခဏာများ

date of first symptom onset (dd/mm/yyyy)

| | Yes/ရှိ | No/မရှိ | | Yes/ရှိ | No/မရှိ |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Loss of smell/အနံ့ပျောက် | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sore Throat/လည်ချောင်းနာ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fever/ဖျားနာ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Shortness of breath/အသက်ရှူမဝခြင်း | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cough/ချောင်းဆိုး | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Loss of taste/အရသာပျောက်ခြင်း | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Headache/ခေါင်းကိုက် | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Running nose/နှာစေး | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Myalgia/ကြက်သားနာကျင်ခြင်း | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other/အခြား | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Medical history/ရောဂါအခံများ

| | Yes/ရှိ | No/မရှိ | NA | | Yes/ရှိ | No/မရှိ | NA |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hypertension/သွေးတိုး | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IHD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | TB/တီဘီ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cardiac failure/နှလုံးရောဂါ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer/ကင်ဆာ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stroke/ဦးနှောက်သွေးကြောပိတ်ခြင်း | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes/ဆီးချို | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma/ပန်းနာရင်ကြပ် | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pregnancy/ကိုယ်ဝန်ရှိ/မရှိ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respiratory diseases/အသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာရောဂါ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chronic Liver diseases/နှာတာရှည်အသည်းရောဂါ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Renal diseases/ကျောက်ကပ်နှင့်သက်ဆိုင်သောရောဂါ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other/အခြား | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Specimen Collection and results

Molecular Testing

| | | | | | |
|------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Oropharyngeal swab and | | | | | |
| Nasopharyngeal Swab (first) |/...../..... |/...../..... |/...../..... |/...../..... |/...../..... |
| Oropharyngeal swab and | | | | | |
| Nasopharyngeal Swab (second) |/...../..... |/...../..... |/...../..... |/...../..... |/...../..... |

8. Case Classification

Probable

Confirmed

Discard

Approve By Saingature

Name

Designation