

กลุ่มโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

แบบสอบสวนไข้ดำแดง (Scarlet fever)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN อาชีพ

ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

| | |
|---|---|
| ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ฝ้าขาวที่ลิ้น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| เจ็บคอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ลิ้นบวมแดงคล้ายผลสตอร์เบอรี่ |
| ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | มีผื่น ลักษณะผื่น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ บริเวณที่พบ |
| ตัว/หน้าบวม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเข้ม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| อื่น ๆ ระบุ | |

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจทาง serology โดยวิธี.....
 ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 วิธี PCR
 ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 อื่น ๆ ระบุ
 ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
 ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ 1. วันที่ได้รับ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 5.1 ในช่วง 7 วัน ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีการเดินทางไปไหนบ้าง
 เดินทาง ไปสถานที่ ตำบล อำเภอ
จังหวัด ระหว่างวันที่
- ไม่ได้เดินทาง จำไม่ได้
- 5.2 ในช่วง 7 วัน ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้มีผู้มาเยี่ยมเยียนหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่
 ไม่มี มีผู้มาเยี่ยม มีผู้มาพักอาศัย
- 5.3 ผู้ที่มาเยี่ยมเยียนหรือมาพักอาศัย มีใครมีอาการป่วยเหมือนผู้ป่วย
 ไม่มี มี ไม่ทราบ
- 5.4 ในช่วง 7 วันผู้ป่วยได้อาศัยอยู่ในสถานที่ที่มีฝูงชนจำนวนมาก เช่น สถานรับเลี้ยงเด็ก ค่ายทหาร โรงเรียน หรือไม่
 ไม่มี
 มี สถานรับเลี้ยงเด็ก ระหว่างวันที่
 ค่ายทหาร ระหว่างวันที่
 โรงเรียน ระหว่างวันที่
 ไม่ทราบ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | อายุ (ปี) | เพศ | อาการป่วย | ความสัมพันธ์ |
|-------|-----------|-----------|-----|---|--------------|
| 1. | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย | |
| 2. | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย | |
| 3. | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย | |
| 4. | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย | |
| 5. | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย | |

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

หมายเหตุ:

- หากผู้ป่วยยังมีอาการและยังไม่ได้ทำการรักษาแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง
- หากผู้ป่วยมีอาการ หน้าบวม ตัวบวม ปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเข้ม หลังมีอาการไข้ เจ็บคอ 1-2 สัปดาห์ หรือมีอาการดังกล่าวหลังมีผื่นตามร่างกาย 2-3 สัปดาห์ ควรไปพบแพทย์เนื่องจากอาจเกิดภาวะกรวยไตอักเสบจากการติดเชื้อ *Streptococcus* spp. ได้

**แบบสอบสวนโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน
(ไข้หวัดนก (Avian Influenza), ไข้หวัดใหญ่ (Influenza),
ปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ (Pneumonia)) [SARI_AI 2]**

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)

เลขที่บัตรประชาชน ---- อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN อาชีพ

(ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น นักเรียน นักบวช ทหาร นักโทษ เป็นต้น และหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุข
ต้องระบุให้ชัดเจนว่าลักษณะการทำงานที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยอย่างไร)

สถานที่ทำงาน (ระบุชื่อ) ตำบล อำเภอ

จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน

ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ภูมิลำเนา เป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) ระดับชั้นการศึกษา

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ ระบุความสัมพันธ์ อื่น ๆ ระบุ

2. อาการและอาการแสดง

2.1 อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล

.....

2.2 อาการป่วยตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

| | | | | |
|------------------------|-------------------|--------------|--------------------|------------|
| การตรวจร่างกายแรกเริ่ม | อุณหภูมิกาย | องศาเซลเซียส | ชีพจร | ครั้ง/นาที |
| | หายใจ | ครั้ง/นาที | ความดันโลหิต | มม.ปรอท |

| อาการและอาการแสดง | วัน เริ่มป่วย | | วันที่หลังวันเริ่มป่วย | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|------------------|-------|------------------------|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|
| | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | |
| | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี |
| ไข้ (ระบุ Temp°C) | | | | | | | | | | | | | | |
| ไอ | | | | | | | | | | | | | | |
| เจ็บคอ | | | | | | | | | | | | | | |
| มีน้ำมูก | | | | | | | | | | | | | | |
| มีเสมหะ | | | | | | | | | | | | | | |
| หายใจลำบาก | | | | | | | | | | | | | | |
| หอบเหนื่อย | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดกล้ามเนื้อ | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดศีรษะ | | | | | | | | | | | | | | |
| ถ่ายเหลว | | | | | | | | | | | | | | |
| อาการอื่น ๆ ระบุ | | | | | | | | | | | | | | |

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ Hb mg/dL Hct % Platelet $\times 10^3$

WBC Neutrophil % Lymphocyte %

Atypical lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %

Other

ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ Hb mg/dL Hct % Platelet $\times 10^3$

WBC Neutrophil % Lymphocyte %

Atypical lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %

Other

3.2 Sputum gram stain: ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

3.3 Sputum AFB ครั้งที่ 1 : ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

Sputum AFB ครั้งที่ 2 : ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

Sputum AFB ครั้งที่ 3 : ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

3.4 Sputum culture: ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

3.5 Hemoculture: ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

- 3.6 CXR ครั้งที่ 1 : ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
ผล
- CXR ครั้งที่ 2 : ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
ผล
- CXR ครั้งที่ 3 : ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
ผล
- 3.7 Renal function test: ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
ผล BUN mg/dL Cr mg/dL GFR mL/min
- 3.8 Liver function test: ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
ผล SGOT U/L SGPT U/L ALP U/L
Total Bilirubin mg/dL Direct Bilirubin mg/dL
Total Protein g/dL Albumin g/dL Globulin g/dL
- 3.9 การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่เก็บ เก็บ วันที่เก็บตัวอย่าง
ระบุชนิดตัวอย่าง

Nasopharyngeal swab Throat swab/Oropharyngeal swab

Nasopharyngeal swab + Throat swab/Oropharyngeal swab ใน VTM

Nasopharyngeal aspirate ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ

Nasopharyngeal wash ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ

เสมหะในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ Tracheal suction

ตัวอย่างเลือด* ครั้งที่ 1 วันที่เก็บ ครั้งที่ 2 วันที่เก็บ

(*กรณีส่งตรวจหา MERS-CoV ควรเก็บตัวอย่างเลือด 8 มล. และการเก็บตัวอย่างครั้งที่สองต้องห่างจากครั้งแรก 14-21 วัน)

3.10 วิธีการตรวจและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Rapid test วันที่ตรวจ ผล

Molecular เช่นวิธี RT-PCR วันที่ตรวจ ผล

Haemagglutination Inhibition (HI) วันที่ตรวจ ผล

ELISA-IgM วันที่ตรวจ ผล

Isolation วันที่ตรวจ ผล

กรณีเสียชีวิต ได้ทำการผ่าพิสูจน์ศพหรือไม่ ไม่ทำ ทำ ผล

4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

- 4.1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือโรคประจำตัว ไม่มี มี (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)
- โรคปอดเรื้อรัง เช่น COPD, Chronic bronchitis, Chronic bronchiectasis, BPD หรือหอบ (Asthma) ที่กำลังรักษา
 - โรคหัวใจ เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ Congestive heart failure
 - โรคตับเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง (Cirrhosis) โรคไต, ไตวาย
 - เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง
 - โลหิตจาง (ธาลัสซีเมีย, Sickle cell anemia)
 - พิกการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สัปดาห์
 - อ้วน ส่วนสูง เซนติเมตร น้ำหนัก กิโลกรัม (BMI =)
 - มะเร็งที่กำลังรักษา ระบุประเภท
 - อื่น ๆ
- 4.2 ประวัติการสูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบ ถ้าสูบ ยังสูบ ปริมาณ มวน/ซอง ต่อ วัน/สัปดาห์
 หยุดสูบ เลิกมานาน
- 4.3 ประวัติการดื่มสุรา ไม่ดื่ม ดื่ม ถ้าดื่ม ยังดื่ม ปริมาณ ต่อ วัน/สัปดาห์
 หยุดดื่ม เลิกมานาน
- 4.4 ประวัติการได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ

5. การรักษา

- ไม่ได้ได้รับการรักษาใดๆ
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน
- การวินิจฉัยเบื้องต้น (ถ้ามี)
- สถานที่ Admit วันที่ วินิจฉัย
- เครื่องช่วยหายใจ ไม่ใช่ ใช้ ระบุวันที่ใส่
- ได้รับยาต้านไวรัส ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุชื่อยา
- ขนาดที่ได้รับ วันที่เริ่มให้ยา วันที่หยุดยา
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ระบุวันที่เสียชีวิต
- สรุปการวินิจฉัย

6. ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

- 6.1 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสสัตว์ปีก (ฟาร์ม/เลี้ยง/ในธรรมชาติ) เช่น จับ ขำแหละ ฝังกลบ หรือรับประทาน สุก ๆ ดิบ ๆ เป็นต้น
- ไม่มี มี ระบุลักษณะการสัมผัส
- 6.2 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสุกร หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ ที่ป่วย/ตายผิดปกติ หรือไม่ทราบสาเหตุ
- ไม่มี มี ระบุ (วัน/เดือน/ปี ที่สัมผัส) ชนิดสัตว์
- 6.3 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านพักอาศัยในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกป่วยตายผิดปกติหรือพบเชื้อในสัตว์ปีก หรือสิ่งแวดล้อม
- ไม่มี มี
- 6.4 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้สัมผัสอูฐหรือตีมนมอูฐ
- ไม่มี มี ระบุลักษณะการสัมผัส

- 6.5 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านอาศัยอยู่ หรือ มีการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด
 ไม่มี มี ถ้ามีระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้
 ชื่อประเทศ เมือง/จังหวัด อำเภอ
 วันที่ไป วันที่กลับ สายการบิน เที่ยวบิน
 เหตุผลของการเดินทางไปประเทศดังกล่าว
 มีประวัติเข้ารับการรักษหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลขณะอยู่ที่ประเทศดังกล่าวหรือไม่
 ไม่มี มี ระบุวันที่เข้าโรงพยาบาล ชื่อโรงพยาบาล
- 6.6 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านให้การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก/
 ปอดอักเสบหรือไม่
 ไม่มี มี ระบุความสัมพันธ์ ชื่อ (หากสามารถระบุได้)
- 6.7 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ไม่ใช่ ใช่
- 6.8 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ไม่ใช่ ใช่ ระบุ
- 6.9 เป็นผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน
 ไม่ใช่ ใช่ ระบุรายละเอียดของผู้ป่วยปอดอักเสบรายอื่น
 ชื่อ-สกุล วันเริ่มป่วย
 อาการ
 การวินิจฉัย โรงพยาบาลที่วินิจฉัย
 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้

7. การค้นหาผู้แพร่โรคและผู้สัมผัส

รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระยะป่วย ระบุลักษณะการสัมผัส วันที่และระยะเวลาการสัมผัส ถ้ามีอาการป่วย
 ระบุอาการป่วยด้วย

| ชื่อ - สกุล | เพศ | อายุ | ที่อยู่ / หมายเลขโทรศัพท์ | ลักษณะการสัมผัส, วันที่สัมผัสและอาการ |
|-------------|-----|------|------------------------------|---------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ได้รับแจ้งเหตุการณ์จากหน่วยงาน วันที่ เวลา.....
 วันที่สอบสวนโรค เวลา.....
 ชื่อผู้สอบสวน.....หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....
 ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่.....เมื่อวันที่.....
 ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักระบาดวิทยา เมื่อวันที่.....

แบบรายงานผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน หรือสงสัยเป็นไขหวัดนก
หรือไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (ไขหวัดนก (Avian Influenza),
ไขหวัดใหญ่ (Influenza),
ปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ (Pneumonia)) [SARI_AI 1]

จากหน่วยงาน ถึงหน่วยงาน วันที่รายงาน (เวลา)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล เพศ ชาย หญิง อายุ ปี
อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำและหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากร
ทางการแพทย์) สัญชาติ เชื้อชาติ
ที่อยู่ที่ติดตามได้ บ้าน อื่น ๆ ระบุ เลขที่ หมู่ที่
หมู่บ้าน ซอย ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์บ้าน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

2. ข้อมูลทางคลินิก (กรณีเป็นผู้ป่วยรับ Refer ให้ตรวจสอบข้อมูลจากใบ Refer)

วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี) วันที่นอนโรงพยาบาลแห่งแรก (วัน/เดือน/ปี)
ชื่อโรงพยาบาล จังหวัด
อาการและอาการแสดงวันพบผู้ป่วย: อุณหภูมิร่างกายแรกรับ องศาเซลเซียส
 ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก (dyspnea)
 ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว อื่น ๆ ระบุ
 ใส่เครื่องช่วยหายใจ
เอกซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ไม่ได้ทำ ทำ เมื่อวันที่ ระบุผล
CBC (ครั้งแรก) วันที่ ผล Hb mg% Hct % WBC cells/cu.mm
Platelet count $\times 10^3$ N % L % Atyp lymph % Mono %
Renal Function Test วันที่ ผล BUN mg/dl, Cr mg/dl
ผลการตรวจ Influenza test (ถ้ามี) วิธีการตรวจ Negative Positive Flu A Flu B
ชนิดของตัวอย่างที่ส่งตรวจ วันที่
ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก วันที่ ผู้ป่วยใน วันที่
การวินิจฉัยเบื้องต้น
การให้ยาด้านไวรัส ไม่ให้ ให้ วันที่
สถานะผู้ป่วย หาย ยังรักษาอยู่ เสียชีวิต วันที่เสียชีวิต
 ส่งตัวไป รพ. อื่น ๆ ระบุ

3. ประวัติเสี่ยง

| | |
|---|--|
| 3.1 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสกับสัตว์ปีก | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 3.2 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ หรือไม่ระบุชนิดสัตว์ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 3.3 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกตายมากผิดปกติ หรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 3.4 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้สัมผัสสุรุหรือตีมันมสุรุ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 3.5 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ระบุ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 3.6 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 3.7 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้เข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศที่มีการระบาด | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 3.8 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 3.9 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 3.10 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ |
| 3.11 อื่น ๆ ระบุ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ |

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

แบบสอบถามวัณโรค (Tuberculosis)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ที่ทำงาน/โรงเรียน ชั้นเรียน

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ
 บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

อาชีพผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ซีฟจร ครั้ง/นาที
 หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

| | | | |
|------------|---|------------------|---|
| ไข้ | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ไอมีเสมหะปนเลือด | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ไอ | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | อ่อนเพลีย | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| เจ็บหน้าอก | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | เหงื่อออกกลางคืน | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| น้ำหนักลด | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | อื่นๆ | |

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจหาเสมหะวิธี direct smear (AFB) ไม่ตรวจ ตรวจ
ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ ผล
ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ ผล
ครั้งที่ 3 วันที่ส่งตรวจ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 วิธีเพาะเชื้อจากเสมหะ ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
เชื้อที่พบ ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 วิธีเพาะเชื้อจากแหล่งอื่น ๆ ได้แก่ ไม่ตรวจ ตรวจ
 เลือด วันที่ส่งตรวจ ผล
 น้ำไขสันหลัง วันที่ส่งตรวจ ผล
 น้ำจากช่องเยื่อหุ้มปอด วันที่ส่งตรวจ ผล
 น้ำล้างกระเพาะอาหาร วันที่ส่งตรวจ ผล
 ปัสสาวะ วันที่ส่งตรวจ ผล
 อุจจาระ วันที่ส่งตรวจ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 ภาพถ่ายรังสีปอด ไม่ตรวจ ตรวจ
ผล

4. การรักษา

- 4.1 ประวัติรักษาครั้งปัจจุบัน
 ไม่ได้ได้รับการรักษาใดๆ
 ซ้ำยากินเอง ชื่อยา วันที่
 ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล วันที่
สถานที่รักษา การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- 4.2 ประวัติรักษาวัณโรคในอดีต
 ไม่เคยรักษา เคยรักษา ไม่ทราบ
วันที่เริ่มรักษา รักษาที่โรงพยาบาล
- อวัยวะที่เป็น วัณโรคปอด วัณโรคนอกปอด
ผลเสมหะ Negative Scanty + ++ +++
สูตรยา 2HRZE/4HR 2SHRZE/1HRZE/5HRE
 MDR regimen XDR regimen อื่น ๆ ระบุ
- ผลการรักษา Cure Completed treatment Failure Death
 Loss to follow-up Transfer out to

5. ประวัติเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 พาหนะเดินทางไปเรียน/ทำงาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- รถยนต์/จักรยานยนต์ส่วนตัว รถรับจ้าง รถโดยสารสาธารณะ
 อื่น ๆ ระบุ

5.2 ใช้เครื่องปรับอากาศหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

5.3 อาชีพก่อนป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 อาชีพ) ระบุ

5.4 อาชีพระหว่างป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 อาชีพ) ระบุ

6. ประวัติการสัมผัสโรค

ในระยะ 1-3 เดือนก่อนป่วย มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในครอบครัว/บ้านติดกัน/ละแวกบ้านเดียวกัน/ในห้องเรียน/หรือสถานที่ทำงานเดียวกันหรือไม่

- ไม่มี มี ระบุ

| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | อายุ (ปี) | เพศ | อาการป่วย | ความสัมพันธ์ |
|-------|-----------|-----------|-----|--|--------------|
| 1. | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ | |
| | | | | วันที่เริ่มป่วย | |
| | | | | ที่อยู่ | |
| 2. | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ | |
| | | | | วันที่เริ่มป่วย | |
| | | | | ที่อยู่ | |
| 3. | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ | |
| | | | | วันที่เริ่มป่วย | |
| | | | | ที่อยู่ | |
| 4. | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ | |
| | | | | วันที่เริ่มป่วย | |
| | | | | ที่อยู่ | |

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ในระยะ 12 เดือนหลังวันเริ่มป่วย มีผู้มีอาการคล้ายกันในครอบครัว/บ้านติดกัน/ละแวกบ้านเดียวกัน/ในห้องเรียน/หรือสถานที่ทำงานเดียวกันหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ

| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | อายุ (ปี) | เพศ | อาการป่วย | ความสัมพันธ์ |
|-------|-----------|-----------|-----|--|--------------|
| 1. | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่ | |
| 2. | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่ | |
| 3. | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่ | |
| 4. | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่ | |

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์