

กลุ่มโรคสัตว์ติดต่อกันระหว่างสัตว์และคน

แบบสอบสวนโรคติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสซูอิส (Streptococcus suis infection)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน ---- อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ไม่เคยเรียน ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี อาชีวศึกษาและอนุปริญญา

รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน <10,000 บาท 10,000-25,000 บาท >25,000 บาท

ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้าน/ทาวน์เฮาส์/ห้องแถว/คอนโดมิเนียม)

ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย เจ้าของ เช่าซื้อ เช่า
 อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า อื่น ๆ

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ไม่มีสิทธิ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ
 อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หรือโรคประจำตัว

เบาหวาน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มะเร็ง ระบุ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตัดม้าม/ไต <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไขมันในหลอดเลือดผิดปกติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตับแข็ง/พิษสุราเรื้อรัง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ	

ประวัติการได้รับยาหรืออาหารเสริม

ประวัติการดื่มสุรา ไม่ดื่ม ดื่มมานาน ปี ระบุประเภทสุราที่ดื่ม (เช่น เหล้า เบียร์)

ดื่มสุราเฉลี่ย ครั้งต่อสัปดาห์ ปริมาณดื่มเฉลี่ย (แก้ว/แบน/ขวดกลม) ต่อครั้ง

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

อาชีพผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ซีพีจอร์ ครั้ง/นาที
 หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดข้อ/ข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คอแข็ง (Stiff neck) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไต่ย็นลดลงจากปกติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เดินเซ การทรงตัวผิดปกติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หูหนวก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หายใจลำบาก/หอบ/ปอดอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ช็อค <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	จ้ำเลือด (Ecchymosis) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ชัก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดตา/ตาแดง/มองภาพไม่ชัด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ลิ้นหัวใจอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หมอนรองกระดูกอักเสบติดเชื้อ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ชักเกร็ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ่ายเหลว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การย้อมสีแกรม ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 การส่งตรวจทาง Biochemistry ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล
- 3.4 การตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี ไม่ได้ตรวจ ตรวจ
 สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ ผล
- ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.5 วิธี PCR ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
 วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.6 อื่น ๆ ระบุวิธี ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
 วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ซื้อยากินเอง ชื่อยา
- 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 วันที่ได้รับ

5. ประวัติการสัมผัสโรคในระยะ 7 วัน ก่อนเริ่มมีอาการ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- รับประทานอาหารจากสุกรที่ดิบหรือปรุงไม่สุก (ระบุเมนูอาหาร) วันที่
- ประเภทที่รับประทาน (เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ) เนื้อสุกร เลือดสุกร อื่น ๆ ระบุ
- แหล่งที่มาของอาหาร ซื้อมา ปรุงเอง อื่น ๆ ระบุ
- ตำแหน่งพิกัดของสถานที่
- สัมผัสสุกรมีชีวิต หรือเลือด เนื้อ สารคัดหลั่งอื่น ๆ หรือผลิตภัณฑ์สุกรดิบ วันที่
- ระบุประเภทของการสัมผัส ประกอบอาหาร ชนิดและแหล่งที่มา
- ตำแหน่งพิกัดของสถานที่
- ซ้ำหรือชำแหละสุกร จำนวน ครั้ง วันที่
- ในโรงฆ่าสัตว์ (มีใบอนุญาต ไม่มีใบอนุญาต)
- นอกโรงฆ่าสัตว์ระบุ
- แหล่งที่มาของสุกร เลี้ยงเอง นำมาจาก ระบุ
- ตำแหน่งพิกัดของสถานที่
- ขายหรือขนส่งสุกรมีชีวิตหรือซาก แหล่งที่มาของสุกร
- ตำแหน่งพิกัดของสถานที่
- เลี้ยงสุกร ระบุลักษณะการสัมผัส
- สถานที่เลี้ยงสุกร ฟาร์ม เลี้ยงเอง (หลังบ้าน)
- ตำแหน่งพิกัดของสถานที่
- อื่น ๆ ระบุลักษณะการสัมผัส
- มีประวัติบาดแผลในช่วง 7 วันก่อนป่วย ระบุตำแหน่งบาดแผล
- อื่น ๆ ระบุ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

มีผู้เข้าร่วมสัมผัส หรือรับประทานเนื้อสุกร เลือดสุกร (Line listing)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	มีอาการป่วยหรือไม่ (ป่วย/ไม่ป่วย)	อาการป่วย	วันเริ่มป่วย	เวลาเริ่มป่วย	อาหารที่รับประทานในมือเช้าและมือเย็น	เวลาที่รับประทาน/เวลาที่ป่วยหลังรับประทาน	เก็บตัวอย่างส่งตรวจ (เก็บ/ไม่เก็บ)	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	หมายเหตุ

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรค 0-11 วัน (โดยประมาณ 2 วัน)

แบบสอบสวนโรค布鲁เซลโลสิส (Brucellosis)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ไม่เคยเรียน ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี อาชีวศึกษาและอนุปริญญา

รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน <10,000 บาท 10,000-25,000 บาท >25,000 บาท

ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้าน/ทาวน์เฮาส์/ห้องแถว/คอนโดมิเนียม)

ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย เจ้าของ เช่าซื้อ เช่า
 อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า อื่น ๆ

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ไม่มีสิทธิ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ
 อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)

ภูมิลาเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ จำนวนสมาชิกครอบครัวในบ้านเดียวกัน

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา

การตรวจร่างกาย แรกรับ อุนหภูมิกาย องศาเซลเซียส ซีฟจร ครั้ง/นาที
 หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้สูง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไข้เป็นระยะ ๆ เป็น ๆ หาย ๆ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เหงื่อออกตอนกลางคืน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดข้อ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อ่อนเพลียมาก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดหลัง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	การตรวจร่างกาย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ตับและม้ามโต
อัมตะ บวมแดง ปวด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่น ๆ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3$ WBC
Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
Other
- 3.2 การย้อมสีแกรม ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 วิธีตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.5 วิธี PCR ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.6 การตรวจการทำงานของตับและไต BUN Cr
Liver function test: SGOT SGPT ALP
Albumin Globulin Total Bilirubin
Direct Bilirubin Indirect Bilirubin

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ซื้อยากินเอง ชื่อยา รักษาด้วยยาสมุนไพร ชื่อยา
ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
การรักษาครั้งนี้ วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
 ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ ขนาด วันที่ได้รับ.....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 5.1 ในระยะ 6 เดือนก่อนเริ่มมีอาการ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- สัมผัสเลือด รกสัตว์ ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง ระบุชนิดสัตว์และสิ่งที่สัมผัส
- สัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นแฉะ ระบุตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)
- ชำแหละซากสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
สถานที่ชำแหละ
ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์
 เป็นสัตว์ในท้องที่ นำมาจาก
ระบุตำแหน่งพิกัด GPS แหล่งที่มาของสัตว์ (หากทราบ)
- หั่นเนื้อประกอบอาหาร ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
- รับประทานเนื้อสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
ระบุวิธีประกอบอาหาร

- บริเวณน้ำนมที่ไม่ผ่านกระบวนการพาสเจอร์ไรซ์ ระบุเหตุผล
- ประเภทน้ำนม นมดิบ นมที่ต้มเอง
- ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
- ระบุแหล่งที่มา
- ระบุตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)
- รัตนสัตว์ หรือทำความสะอาดในคอกปศุสัตว์
- ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
- ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์
- เป็นสัตว์ในท้องที่ นำมาจาก
- ระบุตำแหน่งพิกัด GPS แหล่งที่มาของสัตว์ และ/หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ (หากทราบ)
- 5.2 ลักษณะบ้านพักอาศัย พักในฟาร์มหรือเขตเลี้ยงสัตว์ นอกฟาร์ม
- มีการเลี้ยงสัตว์ ระบุชนิดสัตว์
- 5.3 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ ระบุตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)
- มีน้ำท่วมขัง/ดินเปียกแฉะแฉะ
- มีการเลี้ยงสัตว์ ระบุชนิดสัตว์
- โรงงานที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์จากสัตว์/โรงฆ่าสัตว์ ระบุประเภทและชนิดสัตว์

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

มีผู้เข้าร่วมสัมผัสเลือด รกสัตว์ บริเวณน้ำนมหรือเนื้อสัตว์ หรือหายใจเอาฝุ่นละอองที่อยู่ภายในคอกสัตว์เดียวกันด้วยหรือไม่

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

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรคโดยเฉลี่ย 5-60 วัน ขึ้นกับสายพันธุ์ของเชื้อ

แบบค้นหาผู้ป่วยโรครูมาติกเพิ่มเติม (แบบรูชโลลิส 2)

สถานที่เกิดเหตุ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เพศ	อายุ	วันที่เริ่มป่วย	มีผู้ที่อยู่ร่วมบ้าน มีอาการคล้ายกับ ผู้ป่วย			ผู้ที่อยู่ในชุมชนหรือ ละแวกบ้านมีอาการ คล้ายผู้ป่วย			มีผู้ที่อยู่ใน สถานประกอบการ/ สถานที่ปฏิบัติงาน/ สถานที่ศึกษาเดียวกัน มีอาการคล้ายผู้ป่วย			หากตอบใช่ มีผู้มีอาการ จำนวน (คน)
					ใช่	ไม่ใช่	ไม่เคย	ใช่	ไม่ใช่	ไม่เคย	ใช่	ไม่ใช่	ไม่เคย	
1.					ใช่	ไม่ใช่	ไม่เคย	ใช่	ไม่ใช่	ไม่เคย	ใช่	ไม่ใช่	ไม่เคย	
2.														
3.														
4.														
5.														

แบบสอบถามโรคทริคิโนสิส (Trichinosis)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ไม่เคยเรียน ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี อาชีวศึกษาและอนุปริญญา

รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน <10,000 บาท 10,000-25,000 บาท >25,000 บาท

ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้าน/ทาวน์เฮาส์/ห้องแถว/คอนโดมิเนียม)

ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย เจ้าของ เช่าซื้อ เช่า
 อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า อื่น ๆ

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ไม่มีสิทธิ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ
 อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)

ภูมิลาเนา 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.

การตรวจร่างกายแยกรับ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที
หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้ <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดเข่าตา <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดท้อง <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตาบวม <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คลื่นไส้ <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดเมื่อยตามตัว <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาเจียน <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดบวม กล้ามเนื้ออ่อน <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ท้องเสีย <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เดินตัวแข็ง/ เดินลำบาก <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ท้องผูก <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หายใจขัด หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3$ WBC
Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
Other
- 3.2 Creatinine Phosphokinase ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 การตรวจทาง Serology (ระบุ วิธี เช่น ELISA): ไม่ได้ตรวจ
 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- ตรวจ วันที่ส่งตรวจ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 การตรวจกล้ามเนื้ออ่อน ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล พบตัวอ่อน ไม่พบ อื่น ๆ ระบุ
- ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- การวินิจฉัย
- ยารักษาโรคจำเพาะที่ได้รับ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ประวัติการสัมผัสโรค

1. การรับประทานอาหาร

ชนิดเนื้อสัตว์ (ภายใน 1 เดือนก่อนหน้าที่จะแสดงอาการ) อาหารดิบ สุกๆ ดิบๆ หรือรมควัน

เนื้อสุกรฟาร์ม เนื้อสุกรหลังบ้าน เนื้อสุกรป่า

เนื้อสัตว์ป่า ระบุ

เนื้อสัตว์อื่นๆ ระบุ

ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ เช่น ไส้กรอกรมควัน ระบุ

ระบุพิกัด GPS ของแหล่งเนื้อสุกร (หากทราบ)

2. ประเภทการปรุง

ลาบ หลู้ ยำ ปิ้งและย่าง

แกง แหนม อื่น ๆ ระบุ

ไม่ผ่านการประกอบอาหาร (กินดิบ)

รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่

5.2 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

แหล่งที่มาของเนื้อ

เลี้ยงไว้เอง ได้รับมาจากเพื่อนบ้าน จากการล่า

ซื้อจากตลาด ระบุ

ได้รับโดยตรงจากฟาร์ม ระบุ

ได้จากพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศ ระบุ

อื่น ๆ ระบุ

ไม่ทราบ

ระบุพิกัด GPS ของแหล่งสุกร (หากทราบ)

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค (เช่น รับประทานด้วยกัน)

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	
5.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่	

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

แบบสอบสวนโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □ อายุ ปี เดือน เพศ □ ชาย □ หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด □ ไม่เคยเรียน □ ต่ำกว่าปริญญาตรี □ ปริญญาตรี
□ สูงกว่าปริญญาตรี □ อาชีวศึกษาและอนุปริญญา

รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน □ <10,000 บาท □ 10,000-25,000 บาท □ >25,000 บาท

ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้าน/ทาวน์เฮาส์/ห้องแถว/คอนโดมิเนียม)

ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย □ เจ้าของ □ เช่าซื้อ □ เช่า
□ อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า □ อื่น ๆ

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย □ ไม่มีสิทธิ □ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
□ ประกันสังคม □ สิทธิข้าราชการ
□ อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด □ ในเขตเทศบาลนคร □ ในเขตเทศบาลเมือง
□ ในเขตเทศบาลตำบล □ ในเขต อบต.
□ อยู่ในชุมชน □ อยู่ในชุมชนท้องถิ่นชนบท

ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)

ภูมิลาเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ □ ใช่ □ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด □ ในเขตเทศบาลนคร □ ในเขตเทศบาลเมือง
□ ในเขตเทศบาลตำบล □ ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ □ ไม่มี □ มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

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

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ซ้อยากินเอง ซ้อยา รักษาด้วยยาสมุนไพร ซ้อยา
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- การรักษาครั้งนี้ วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- การวินิจฉัย
- ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
- ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ ขนาด วันที่ได้รับ

5. ประวัติการสัมผัสโรค และประวัติของสัตว์ที่กัก

- ชนิดของสัตว์ที่กัก/ข่วน
 สัตว์เลี้ยง สัตว์ป่า/สัตว์ที่อยู่ในธรรมชาติ
 สุนัข แมว สัตว์อื่น ๆ ระบุ
- วันที่ถูกสัตว์กัก/ข่วน (ถ้าไม่ทราบวันที่สามารถระบุเป็นช่วงเวลาได้) ไม่ทราบ
- การได้รับเชื้อ ถูกกัด ถูกข่วน ถูกเลีย คลุกคลีใกล้ชิดสัตว์
 ไม่ทราบ อื่น ๆ ระบุ
- อายุสัตว์ น้อยกว่า 3 เดือน 3-6 เดือน 6-12 เดือน มากกว่า 1 ปี ไม่ทราบ
- สถานภาพสัตว์ มีเจ้าของ ไม่มีเจ้าของ ไม่ทราบ
ลักษณะการเลี้ยง อยู่ในบ้านที่มีรั้วมิดชิด อยู่ในบ้านที่มีรั้วแต่ออกมาข้างนอกได้
 เลี้ยงที่บ้านแต่ไม่มีรั้ว สัตว์ของชุมชน สัตว์จรจัด
- การกักขังดูอาการของสัตว์ ไม่ได้กักขัง ได้กักขัง/ติดตามพบ ไม่ตายภายใน 10 วัน
 ตายเองภายใน 10 วัน ถูกฆ่าตาย สัตว์หายไปติดตามไม่ได้
- สาเหตุที่ถูกกัก ถูกกัดโดยไม่มีสาเหตุ
 ถูกกัดโดยมีสาเหตุ ได้แก่ ทำร้าย หรือแกล้งสัตว์ เข้าใกล้สัตว์แม่ลูกอ่อน
 พยายามแยกสัตว์ที่กำลังต่อสู้กัน ระบายานสัตว์ขณะกินอาหาร
 อื่น ๆ ระบุ
- สถานที่ที่ถูกกัก ในบริเวณบ้าน สถานที่สาธารณะ ระบุ
- ที่อยู่สถานที่โดนกัด ซอย/แยก ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด ระบุตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)
- ประวัติการได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าของสัตว์
 ไม่ได้รับ ไม่ทราบ
 ได้รับ จำนวน ครั้ง ภายใน 1 ปี เกิน 1 ปี จำไม่ได้
จาก คลินิกรักษาสัตว์ รถหน่วยปศุสัตว์ โรงพยาบาลสัตว์ของรัฐ
 คลินิกสัตว์เอกชน เจ้าของสัตว์ซื้อมาฉีดเอง สถานที่ซื้อ
- การส่งหัวสัตว์ตรวจ ไม่ได้ส่งตรวจ เนื่องจาก
- ส่งตรวจ ระบุสถานที่ส่ง
- ผลการตรวจ ไม่พบเชื้อ พบเชื้อ

11. บริเวณที่ถูกสัมผัสและความรุนแรง (ทำเครื่องหมาย X ลงบนร่างกายบริเวณที่ถูกกัด/ข่วน/ถูกเลียให้ชัดเจน)



อวัยวะที่ได้รับสัมผัส	ลักษณะการสัมผัส					
	ถูกกัด		ถูกข่วน		ถูกเลีย	
	มีเลือดออก	ไม่มีเลือดออก	มีเลือดออก	ไม่มีเลือดออก	มีแผล	ไม่มีแผล
ศีรษะ						
หน้า						
ลำคอ						
มือ						
แขน						
ลำตัว						
ขา						
เท้า						
อื่น ๆ ระบุ						

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

มีผู้เข้าร่วมถูกกัด/ข่วน/เลีย จากสัตว์ที่เป็นพิษสุนัขบ้าหรือไม่ (Rabies 1)

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

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความ สัมพันธ์
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่ ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับ เมื่อวันที่	
5.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่ ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับ เมื่อวันที่	

7. การปฏิบัติเมื่อถูกกัด/ข่วน/ถูกน้ำลาย/ถูกเลีย

- การทำความสะอาดแผล
 - ไม่ได้ล้าง เพราะ
 - ล้างทันทีที่ถูกกัด วิธีล้างดังนี้ ล้างด้วยน้ำเปล่า สบ/ผงซักฟอก อื่น ๆ ระบุ
- การใช้ยาใส่แผล
 - ไม่ได้ใช้
 - ใช้ ระบุ สารละลายไอโอดีนที่ไม่มีแอลกอฮอล์ เช่น โพวีดีน เบตาดีน ฯลฯ
 - ทิงเจอร์ไอโอดีน
 - อื่น ๆ ระบุ
- การเย็บแผล
 - ไม่ได้เย็บแผล
 - เย็บแผลที่ รพ./รพสต./คลินิก

8. ประวัติการได้รับวัคซีน/อิมมูโนโกลบูลิน/อาการแทรกซ้อนหลังการฉีดของผู้อยู่เสียชีวิต

- การได้รับวัคซีนมาก่อน
 - ไม่เคยฉีดหรือเคยฉีดน้อยกว่า 3 เข็ม ไม่ทราบ
 - เคยฉีด 3 เข็ม หรือมากกว่า ภายใน 6 เดือน
 - เกิน 6 เดือน เกิน 1 ปี

ประเภทอิมมูโนโกลบูลินที่ได้รับ ERIG HRIG เมื่อวันที่

จำนวน หน่วยสากล (UI) Lot No. วันหมดอายุ
- การฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าก่อนเสียชีวิต
 - ไม่ได้ฉีด ไม่ทราบ
 - ฉีด ในวันที่ 0 3 7 14 30 รวม ครั้ง

ครั้งที่	วันที่ฉีด	ชื่อวัคซีน - HDCV - PCEC - PVRV - CPRV - PDEV	เลขที่วัคซีน วันหมดอายุ	จำนวนจุดที่ ฉีด ขนาด (c.c.)	วิธีฉีด - เข้ากล้ามเนื้อ (IM) - ในผิวหนัง (ID)	ชื่อผู้ฉีด	สถานที่
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

3. อาการแทรกซ้อนหลังการฉีดวัคซีน
- ไม่แพ้ แพ้ บวมบริเวณที่ฉีด ปวดศีรษะ ไข้สูง คันบริเวณที่ฉีด
- ช็อก เป็นผื่นคันทั่วไป อื่น ๆ ระบุ
- ระยะเวลาที่มีอาการแพ้ ภายใน 2 ชั่วโมง หลัง 2 ชั่วโมง ระบุวันที่
- การรักษา ผลการรักษา หาย เสียชีวิต

9. ผู้สัมผัสโรครายอื่น

1. ผู้สัมผัสโรคจากสัตว์เดียวกัน
- มีผู้ถูกกัดจำนวน คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว คน
- มีผู้ถูกน้ำลายจำนวน คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว คน
- มีผู้เสียชีวิตจากสัตว์ตัวเดียวกันนี้กัด ไม่มี มี
- ชื่อ-สกุล หมายเลขโทรศัพท์ ญาติ/ผู้เกี่ยวข้อง
2. ผู้สัมผัสโรคจากผู้ป่วยรายนี้
- สัมผัสน้ำลายโดยไม่มีบาดแผล คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว คน
- สัมผัสน้ำลายโดยมีแผลหรือผู้ถูกกัด คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว คน

สรุปการดำเนินการ (ระบุ)

- ฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าครบตามมาตรฐาน (ID = 4 เข็ม , IM = 5 เข็ม)
- ฉีดวัคซีนครบตามมาตรฐาน (ภายใน 6 เดือน = 1 เข็ม , เกิน 6 เดือน = 2 เข็ม, เกิน 6 เดือน 4 จุด)
- ฉีดวัคซีนล่วงหน้าครบตามมาตรฐาน (Pre-exposure prophylaxis = 3 เข็ม)
- ฉีดวัคซีนไม่ครบตามมาตรฐาน หรือฉีดเท่ากับ/น้อยกว่า 3 เข็ม

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

หมายเหตุ : ระยะเวลาฟักตัวของโรค (Incubation period) ที่เชื่อกันได้สั้นที่สุด 7 วันนานที่สุด 3 ปี (โดยเฉลี่ย 30-90 วัน)

แบบสอบสวนโรคเลปโตสไปโรสิส (Leptospirosis)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □ อายุ ปี เดือน เพศ □ ชาย □ หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด □ ไม่เคยเรียน □ ต่ำกว่าปริญญาตรี □ ปริญญาตรี

□ สูงกว่าปริญญาตรี □ อาชีวศึกษาและอนุปริญญา

รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน □ <10,000 บาท □ 10,000-25,000 บาท □ >25,000 บาท

ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้าน/ทาวน์เฮาส์/ห้องแถว/คอนโดมิเนียม)

ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย □ เจ้าของ □ เช่าซื้อ □ เช่า

□ อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า □ อื่น ๆ

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย □ ไม่มีสิทธิ □ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

□ ประกันสังคม □ สิทธิข้าราชการ

□ อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด □ ในเขตเทศบาลนคร □ ในเขตเทศบาลเมือง

□ ในเขตเทศบาลตำบล □ ในเขต อบต.

ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ □ ใช่ □ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด □ ในเขตเทศบาลนคร □ ในเขตเทศบาลเมือง

□ ในเขตเทศบาลตำบล □ ในเขต อบต.

สถานที่ทำงาน/สถานที่ศึกษา

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ □ ไม่มี □ มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิร่างกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้เฉียบพลัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยตัว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะ กล้ามเนื้ออ่อน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ภาวะดีซ่าน (Jaundice) เช่น ตาเหลือง ตัวเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เยื่อตาขาวบวมแดง (conjunctival suffusion) โดยไม่มีหนอง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ความรู้สึกตัวผิดปกติ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีผื่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไอ หายใจลำบาก หอบ ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ความดันต่ำ โดยไม่มีสาเหตุ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ภาวะเลือดออก เช่น ถ่ายเป็นเลือด (ถ่ายอุจจาระ เป็นสีดำ) ปัสสาวะเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ภาวะผิดปกติทางไต เช่น ไม่มีปัสสาวะ ปัสสาวะ ออกน้อย ไตวาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หัวใจเต้นผิดจังหวะ ค่า ECG ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาเจียน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ			

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3$ WBC
Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
Other

3.2 การตรวจการทำงานของตับและไต

BUN Cr
Liver function test: SGOT SGPT ALP
Albumin Globulin Total Bilirubin
Direct Bilirubin Indirect Bilirubin

3.3 ผลการตรวจปัสสาวะ

ระดับโปรตีนในปัสสาวะ ระดับเลือดในปัสสาวะ
ระดับน้ำตาลในปัสสาวะ

3.4 วิธี Rapid test ตรวจหา antigen ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.5 การตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี IFA MAT Latex agglutination อื่น ๆ ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ ผล ผล (ระบุค่า titer) ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.6 วิธี PCR ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

- 3.7 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ส่งตรวจ
 วันส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.8 EKG ไม่ได้ตรวจ ตรวจ
 ผล
- 3.9 อื่น ๆ ระบุวิธี ส่งตรวจ
 วันส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ซื้อยากินเอง ชื่อยา
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
 ยาปฏิชีวนะที่ใช้ เริ่มวันที่
 วันที่จำหน่าย
- การรักษารั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- การวินิจฉัย
- ยารักษาโรคจำเพาะที่ได้รับ

5. ประวัติการสัมผัสโรค ในระยะ 30 วันก่อนป่วย

- 5.1 การสัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นแฉะ ไม่มีการสัมผัส สัมผัส ระบุ
- มีการเลี้ยงสัตว์ในบริเวณใกล้เคียง ไม่มี มี ระบุชนิดสัตว์
- 5.2 เหตุผลในการสัมผัส ประกอบอาชีพ ได้แก่ ทำนา ขุดลอกคูคลอง อื่น ๆ
 ท่องเที่ยว แข่งกีฬา น้ำท่วม
- (หากเป็นการทำนา ระบุประเภท การทำนาดำ นาหว่าน นาหยอด นาที่สูง/ชั้นบันได
 ระบุกิจกรรมที่ทำ เช่น ถอนกล้า/ย่อยดิน/หว่านปุ๋ย
- 5.3 ลักษณะการสัมผัส แชน้ำ เดินลุยน้ำ ว่ายน้ำ กลืนน้ำ/สำลักน้ำ
- 5.4 ลักษณะแหล่งน้ำที่สัมผัส น้ำนิ่ง น้ำไหลเอื่อย น้ำไหลแรง พื้นดินชื้นแฉะ
- 5.5 ระยะเวลาการสัมผัส น้อยกว่า 6 ชั่วโมง/วัน มากกว่า 6 ชั่วโมง/วัน
- 5.6 การป้องกันตนเอง ไม่สวมรองเท้า
 สวมรองเท้าแตะ สวมรองเท้าหุ้มส้น
 สวมรองเท้าบูทครึ่งแข้ง สวมรองเท้าบูทถึงเข่า
- 5.7 การเกิดบาดแผล ไม่มีบาดแผล มีบาดแผล ระบุ
- 5.8 ตำแหน่งบาดแผล มือ แขน ขา เท้า ลำตัว
- 5.9 ลักษณะบาดแผล ไม่มีเลือดออก มีเลือดออก
- 5.10 การสัมผัสน้ำ บาดแผลสัมผัสน้ำโดยตรง มีพลาสติกปิด
- 5.11 อาหารค้างมือที่ไม่ได้เก็บไว้ในตู้กับข้าวที่มีมิดชิด ไม่ได้กิน กิน
- 5.12 เครื่องในสัตว์ดิบ ๆ สุก ๆ ไม่ได้กิน กิน

6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

6.1 ภูมิภาคประเทศและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ บริเวณหมู่บ้านที่พักอาศัยของผู้ป่วยมีลักษณะ

ไม่เป็น เป็นที่ราบ ระบุ

นาข้าว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	สวนยางพารา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนปาล์มน้ำมัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง/อ้อย/ข้าวโพด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนผลไม้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่อ้อย/ลิ้นจี่/แก้วเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อื่น ๆ อธิบาย			

ไม่เป็น เป็นที่ลาดเนิน/ป่าเขา ระบุ

นาข้าว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	สวนยางพารา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนปาล์มน้ำมัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง/อ้อย/ข้าวโพด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนผลไม้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่อ้อย/ลิ้นจี่/แก้วเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อื่น ๆ อธิบาย			

ไม่มี มี สระน้ำ/หนอง/บึง ระบุ

มีสัตว์อยู่ใกล้ หรือสามารถลงไปใช้พื้นที่ได้ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรตระบุชนิดสัตว์
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ)

ไม่มี มี คู/คลอง/เหมือง/ฝาย/ลำน้ำไหล ระบุ

มีสัตว์อยู่ใกล้ หรือสามารถลงไปใช้พื้นที่ได้ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรตระบุชนิดสัตว์
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ).....

ระบุตำแหน่งพิกัด GPS ของสถานที่ (หากทราบ)

6.2 ลักษณะบ้านพักอาศัย

ลักษณะที่พักอาศัย	<input type="checkbox"/> บ้านเดี่ยว <input type="checkbox"/> ทาวน์เฮาส์ <input type="checkbox"/> ห้องแถว <input type="checkbox"/> คอนโดมิเนียม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	
น้ำท่วมขัง/ดินเปียกแฉะแฉะ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
การเลี้ยงสัตว์	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุชนิดสัตว์
หนูชุกชุม	<input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบ
บริเวณรอบบ้าน มีของวางเกะกะ/รก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
อื่น ๆ อธิบาย		

ระบุตำแหน่งพิกัด GPS ของสถานที่ (หากทราบ)

6.3 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ

น้ำท่วมขัง/ดินเปียกแฉะแฉะ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
การเลี้ยงสัตว์	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุชนิดสัตว์
หนูชุกชุม	<input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบ
หอยเชอร์รี่	<input type="checkbox"/> ไม่ชุกชุม	<input type="checkbox"/> ชุกชุม
อื่น ๆ อธิบาย		

ระบุตำแหน่งพิกัด GPS ของสถานที่ (หากทราบ)

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

7.1 รายชื่อผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

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	

7.2 รายชื่อผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้าน/โรงเรียน/ที่ทำงานเดียวกัน (เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

ไม่มี มี

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

แบบสอบถามโรคแอนแทรกซ์ (Anthrax)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ไม่เคยเรียน ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี อาชีวศึกษาและอนุปริญญา

รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน <10,000 บาท 10,000–25,000 บาท >25,000 บาท

ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้าน/ทาวน์เฮาส์/ห้องแถว/คอนโดมิเนียม)

ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย เจ้าของ เช่าซื้อ เช่า
 อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า อื่น ๆ

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ไม่มีสิทธิ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ
 อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.
 อยู่ในชุมชน อยู่ในชุมชนท้องถิ่นชนบท

ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

สถานที่ทำงาน/สถานที่ศึกษา

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หรือโรคประจำตัว

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ดื่ม ดื่มมานาน ปี ดื่มสุราเฉลี่ย ครั้งต่อสัปดาห์
ปริมาณดื่มเฉลี่ยต่อ ครั้ง (แก้ว/แบน/ขวดกลม) ชนิดแอลกอฮอล์ที่ดื่ม

ประวัติการได้รับยาหรืออาหารเสริม

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อ่อนเพลีย อิศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที
หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

2.1 ระบบทางเดินอาหาร

ไอ้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดท้อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คลื่นไส้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อาเจียน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ท้องร่วง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ			

2.2 Oro-pharynx

คอบวม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	กลืนลำบาก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เสียงแหบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ (ระบุ)			

2.3 ผิวหนัง

ตุ่มหนอง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ถ้ามี ตำแหน่ง	แผล eschar	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ถ้ามี ตำแหน่ง
ต่อมน้ำเหลือง	<input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> ไม่บวม <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ถ้ามี ตำแหน่ง	อื่น ๆ ระบุ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 วิธีย้อมสีแกรม ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 การตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี ไม่ได้ตรวจ ตรวจ
สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 วิธี PCR ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ซ้ำยากินเอง ซ้ำยา
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
ยาปฏิชีวนะที่ใช้ เริ่มวันที่
วันที่จำหน่าย
- การรักษาครั้งนี้ : วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- การวินิจฉัย
- ยารักษาโรคจำเพาะที่ได้รับ

5. ประวัติการสัมผัสโรค ในระยะ 7 วันก่อนเริ่มมีอาการ

- 5.1 สัมผัสเลือด รกสัตว์ ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง หนังสัตว์ หรือซากสัตว์ (เลือกอวัยวะที่สัมผัส)
- ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
- ลักษณะการสัมผัส สถานที่ ระบุพิกัด GPS (หากทราบ)
- เป็นสัตว์ในท้องที่ นำมาจาก ระบุพิกัด GPS (หากทราบ)
- ซ้ำแหละซากสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
- สถานที่ซ้ำแหละ
- ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์
- เป็นสัตว์ในท้องที่ นำมาจาก
- ระบุตำแหน่งพิกัด GPS แหล่งที่มาของสัตว์ (หากทราบ)
- หั่นเนื้อประกอบอาหาร ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
- รับประทานเนื้อสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
- ระบุวิธีประกอบอาหาร
- บริโภคน้ำนมที่ไม่ผ่านกระบวนการพาสเจอร์ไรซ์ ระบุเหตุผล
- ประเภทน้ำนม นำนมดิบ นำนมที่ต้มเอง
- ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
- ระบุแหล่งที่มา
- ระบุตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)
- รีดนมสัตว์ หรือทำความสะอาดในคอกปศุสัตว์
- ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
- ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์
- เป็นสัตว์ในท้องที่ นำมาจาก
- ระบุตำแหน่งพิกัด GPS แหล่งที่มาของสัตว์ และ/หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ (หากทราบ)
- สัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นแฉะสถานที่ ระบุพิกัด GPS (หากทราบ)
- ทำงานในห้องปฏิบัติการที่มีการใช้เชื้อแอนแทรกซ์ สถานที่ห้องปฏิบัติการ

6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 6.1 ลักษณะบ้านพักอาศัย พักในฟาร์มหรือเขตเลี้ยงสัตว์ นอกฟาร์ม
- มีการเลี้ยงสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ ระบุพิกัด GPS (หากทราบ)
- 6.2 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ ระบุพิกัด GPS (หากทราบ)
- มีน้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ
- มีการเลี้ยงสัตว์ ระบุชนิดสัตว์
- 6.3 ลักษณะการประกอบอาชีพ
- การใส่เครื่องป้องกัน (เช่น สวมบูท ถุงมือ ขณะปฏิบัติงาน)

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

7.1 มีผู้ที่ร่วมสัมผัสเลือด รกสัตว์ หนังสัตว์ บริโภคน้ำนมหรือเนื้อสัตว์ ซ้ำแหละซากสัตว์ หรือหายใจเอาฝุ่นละอองที่อยู่ภายในคอกสัตว์ เดียวกันด้วยหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ

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

7.2 ในระยะ 7 วัน ก่อนป่วย มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกัน หรือไม่

ไม่มี มี ระบุ

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

7.3 ในระยะเวลา 7 วัน หลังวันเริ่มป่วย มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกัน หรือไม่
 ไม่มี มี ระบุ

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

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์
ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด
วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์