

กลุ่มโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารและน้ำ

แบบสอบสวนไข้เอนเทอริก (Enteric fever)/โรคซัลโมเนลโลซิส (Salmonellosis)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา เชื้อชาติ

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) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้ นาน วัน	<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
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดเมื่อยตามตัว/ เหนื่อยล้า	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หนาวสั่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เบื่ออาหาร	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ท้องอืด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ท้องผูก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ท้องเสีย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ่ายปนมูกเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ซีด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ่ายเป็นเลือดสด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นแดงตามหน้าอกหรือลำตัว (Rose spot)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไอ/หลอดลมอักเสบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ต่อมทอนซิลอักเสบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีม้ามโต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตับโต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ			

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet x10³ Cell/mm³ WBC
 Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
 Other

3.2 Widal test ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วันที่ส่งตัวอย่าง
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.3 วิธีเพาะเชื้อจากตัวอย่างของผู้ป่วย

สิ่งส่งตรวจ	วันที่เก็บ ตัวอย่าง/ ห้องปฏิบัติการ ที่ส่งตรวจ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						อื่น ๆ ระบุ
			Ampi	Tetar	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro	
อุจจาระ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ							
		<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
ปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ							
		<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
เลือด <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ							
		<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
น้ำไขสันหลัง <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ							
		<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
ไขกระดูก <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ							
		<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
อื่น ๆ ระบุ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ							
		<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							

3.4 วิธีเพาะเชื้อจากตัวอย่างอาหาร น้ำดื่ม นม หรือตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ

สิ่งส่ง ตรวจ	แหล่ง ที่เก็บ	วันที่เก็บ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						อื่น ๆ ระบุ
				Ampi	Tetar	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro	
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ							
			<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ							
			<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ							
			<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ							
			<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							

4. การรักษา

- 4.1 ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
 ได้พบแพทย์ พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่น ๆ ระบุ
- ได้รับการวินิจฉัยโรค
 Enteric Fever ระบุ Typhoid Paratyphoid
 Salmonellosis อื่น ๆ ระบุ
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา กำลังรักษา เสียชีวิต วันที่ สาเหตุการเสียชีวิต
- หาย ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
 ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ วันที่ได้รับ
- ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ครั้ง วัน
- 4.2 ป่วยครั้งนี้ได้รับยาปฏิชีวนะ (ยาด้านจุลชีพ) กินเองก่อนได้รับการตรวจรักษาหรือไม่
 ไม่ได้รับ
 ได้รับ ระบุชื่อยา วันที่เริ่มกิน วันที่สิ้นสุด
- ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ครั้ง วัน
ทานยาสม่ำเสมอทุกมื้อหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

5. ปัจจัยเสี่ยง

- 5.1 ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไทฟอยด์
 ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ เมื่อ ไม่ทราบ
- 5.2 ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยเดินทางไปที่ไหนบ้าง
 ไม่ได้เดินทาง
 เดินทางไปสถานที่ ตำบล
- อำเภอ จังหวัด
- 5.3 ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนป่วย ได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อไข้แอนเทอริค (ไข้ไทฟอยด์หรือพาราไทฟอยด์) หรือไม่
 ไม่ใช่ ใช่
- 5.4 ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนป่วย มีผู้อาศัยร่วมบ้านหรือไม่
 ไม่มี
 มี ระบุจำนวน คน
- มีอาการป่วยที่เข้าได้กับโรคไข้แอนเทอริคหรือไม่ ไม่มีอาการป่วย มีอาการป่วย
- 5.5 ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนป่วย มีบุคคลอื่นมาเยี่ยมหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่
 ไม่มี
 มี ระบุจำนวน คน
 ไม่ได้พักค้างแรม
 พักค้างแรมเป็นระยะเวลา วัน
- บุคคลเหล่านั้นมีอาการป่วยที่เข้าได้กับโรคไข้แอนเทอริคหรือไม่
 ไม่มีอาการป่วย มีอาการป่วย ไม่ทราบ/ไม่ได้สังเกต

5.6 พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม) ภายใน 3 สัปดาห์
ก่อนการป่วยครั้งนี้ โดยปกติส่วนใหญ่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำที่ไหน

มื้ออาหาร	สถานที่					
	บ้าน	โรงเรียน	ร้านอาหาร	รถเข็น	หาบเร่	อื่น ๆ ระบุ
เช้า						
กลางวัน						
เย็น						
น้ำดื่ม ระบุประเภท <input type="checkbox"/> ต้ม <input type="checkbox"/> ไม่ต้ม <input type="checkbox"/> กรอง <input type="checkbox"/> ขวดปิดสนิท แหล่งน้ำดื่ม ระบุ						

- 5.7 ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือทำงานในสถานดูแลคนชรา/เด็ก/ผู้ป่วยเรื้อรังหรือโรงพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์อื่น ที่มีการอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากหรือไม่
 ไม่ใช่
 ใช่ ระบุสถานที่
 บทบาทของผู้ป่วยในสถานทีนั้น ๆ
- 5.8 ผู้ประกอบอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน มีอาการป่วยที่เข้าได้กับโรคไข้เอนเทอริคหรือไม่
 ไม่มีอาการป่วย
 มีอาการป่วยก่อนผู้ป่วย วัน
 ไม่ได้รักษา ได้รับการรักษาที่
 มีอาการป่วยหลังผู้ป่วย วัน
 ไม่ได้รักษา ได้รับการรักษาที่
- 5.9 ในการสอบสวนโรคครั้งนี้ได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ Rectal swab ในผู้ประกอบอาหารหรือไม่
 ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ
 ทำการเพาะเชื้อ วันที่เก็บตัวอย่าง ผล
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 5.10 ผู้ป่วยเป็นผู้ประกอบอาหารหรือมีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาหาร/ร้านอาหารหรือไม่
 ไม่ใช่
 ใช่ ระบุสถานที่
 บทบาทของผู้ป่วยในสถานทีนั้น ๆ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือในสถานที่ที่อยู่อาศัยร่วมกันเป็นจำนวนมาก ที่ได้รับการตรวจเพาะเชื้อจากอุจจาระ/
Rectal swab

ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	วันที่เก็บ ตัวอย่าง	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น					
				Ampi	Tetar	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ						
			<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ						
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ						
			<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ						
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ						
			<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ						
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ						
			<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ						

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

หมายเหตุ: ระยะเวลาฟักตัวของไข้ไทฟอยด์ ตั้งแต่ 3 วัน-1 เดือน โดยทั่วไป 1-3 สัปดาห์ ขึ้นกับปริมาณเชื้อที่ได้รับ
สำหรับไข้พาราไทฟอยด์ มีระยะฟักตัว 1-10 วัน

แบบสอบสวนโรคโบทูลิซึม (Botulism)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN AN ศาสนา เชื้อชาติ

อาชีพ ที่ทำงาน/โรงเรียน ชั้นเรียน

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

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) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส

ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต มม.ปรอท

หายใจเหนื่อยหอบ <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
หายใจลำบาก <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
วิงเวียนศีรษะ <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
ตาพร่ามัวหรือเห็นภาพซ้อน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ชา (ระบุอวัยวะ) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายเหลวมากกว่า 3 ครั้ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	แขนขาอ่อนแรง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หนังตาตก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปากแห้ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลืนลำบากหรือพูดไม่ชัด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่น ๆ
หน้าเขียว ปากเขียว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 อาหารที่ส่งตรวจ Botulinum toxin ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ระบุ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 การตรวจ Botulinum toxin ไม่ได้ตรวจ ตรวจ จาก วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 อาหารที่ส่งเพาะแยกเชื้อ ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ระบุ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 วิธีเพาะแยกเชื้อ ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ระบุ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- 4.1 ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
การรักษาครั้งนี้ : วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
 ได้พบแพทย์ พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่น ๆ ระบุ
ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
ผลการตรวจกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power)
ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
 ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ 1. วันที่ได้รับ
2. วันที่ได้รับ
3. วันที่ได้รับ
ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ไม่ได้รับ ได้รับ ไม่ทราบ
ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่ ไม่ได้รับ ได้รับ ไม่ทราบ
- 4.2 ป่วยครั้งนี้ได้รับยาปฏิชีวนะ (ยาด้านจุลชีพ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่
 ไม่ได้รับ
 ได้รับ ระบุชื่อยา วันที่เริ่มกิน วันที่สิ้นสุด
ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ครั้ง วัน
ทานยาสม่ำเสมอทุกมื้อหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่
- 4.3 ได้รับ Botulism antitoxin ไม่ได้รับ ได้รับ ไม่ทราบ
- 4.4 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (Intubation) ไม่ได้รับ ได้รับ ไม่ทราบ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 5.1 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือไม่
 ไม่มี มี ระบุ
- 5.2 ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือทำงานในสถานดูแลคนชรา/เด็ก/ผู้ป่วยเรื้อรังหรือสถานสงเคราะห์อื่นที่มีการอาศัยอยู่ร่วมกัน
เป็นจำนวนมากหรือไม่
 ไม่ใช่
 ใช่ ระบุสถานที่
บทบาทของผู้ป่วยในสถานทีนั้น ๆ

- 5.3 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย มีบาดแผลหรือไม่
 ไม่มี มี วันที่มีบาดแผล สาเหตุของบาดแผล
ลักษณะของบาดแผล
- มีการทำความสะอาดบาดแผลหรือไม่ ไม่มี มี น้ำยาที่ใช้ทำความสะอาด ระบุ
- มีการใส่ยาฆ่าเชื้อหรือไม่ ไม่มี มี ยาที่ใช้ ระบุ
- 5.4 ในช่วง 7 วันก่อนป่วย ได้บริโภคอาหารหมักดองหรือไม่
 ไม่ได้บริโภค บริโภค ระบุ
- 5.5 ในช่วง 7 วันก่อนป่วย ได้บริโภคอาหารที่บรรจุในภาชนะที่ปิดมิดชิด (เช่น กระป๋อง ป๊อป ขวดแก้ว) หรือที่ปรุงจากภาชนะก้นลึกหรือไม่
 ไม่ได้บริโภค บริโภค ระบุ
- 5.6 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย รับประทานหรืออาหารทางหลอดเลือดดำหรือได้รับการฉีดยาหรือไม่
 ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ
- 5.7 ประวัติการรับประทานอาหารช่วง 3 วันก่อนเริ่มป่วย

	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			

- 5.8 อาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วยครั้งนี้ ระบุ
- วันที่รับประทาน เวลา น. ซื้อจากแหล่ง ระบุ
- แหล่งที่มา ทำเอง ได้รับมาจาก ซื้อจากแหล่ง ระบุ

5.9 ขั้นตอนการทำอาหารที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ (บรรยายการทำอาหารตั้งแต่แหล่งที่หาวัตถุดิบ วิธีการทำ และวิธีการจัดเก็บ)

.....

.....

.....

- 5.10 จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหารที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ คน
 มีอาการเหมือนผู้ป่วย คน ไม่มีใครมีอาการป่วย

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น: ในสถานที่เดียวกัน และช่วงเวลาใกล้เคียงกันกับการป่วยของผู้ป่วย

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน) ของผู้ป่วยรายนี้
จำนวน คน (ระบุ)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ผลการตรวจหา toxin จากตัวอย่างส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง			วันที่เริ่มมีอาการป่วยคล้าย /ผู้ป่วย	ไม่มีอาการ
		อุจจาระ/...../.....	น้ำสวณล้าง กระเพาะ/...../.....	อาเจียน/...../.....		
		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์
 ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
 หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด
 วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

แบบสอบสวนโรคไวรัสตับอักเสบเฉียบพลันชนิดเอ บี ซี ดี อี และไม่ระบุชนิด (Acute hepatitis A B C D E and unspecified)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN อาชีพ

ศาสนา สัญชาติ 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. ประวัติการเจ็บป่วย/การรับวัคซีน

2.1 เคยป่วยเป็นโรคดีซ่าน ไม่เคย เคย

2.2 ประวัติการตรวจเลือด ไม่เคย เคย เมื่อ

พบ Anti HAV IgM HAV RNA พบ HBs Ag

พบ anti-HB IgM พบ anti-HB IgG พบ anti HCV

พบ HCV RNA พบ Anti HDV IgG & IgM HDV RNA

พบ Anti HEV IgM HEV RNA อื่น ๆ ระบุ

2.3 ประวัติการรับวัคซีนป้องกันตับอักเสบนชนิด เอ
 ไม่ได้รับ ได้รับ เมื่อ

2.4 ประวัติการรับวัคซีนป้องกันตับอักเสบนชนิด บี
 ไม่ได้รับ ได้รับเข็ม 1 เมื่อ

ได้รับเข็ม 2 เมื่อ

ได้รับเข็ม 3 เมื่อ

3. อาการและอาการแสดง

วันเริ่มมีอาการวันแรก เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส

ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต มม.ปรอท

ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซีมลง	<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	อาเจียน	<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	ปวดแน่นท้อง/ท้องอืด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ครั่นเนื้อ ครั่นตัว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เบื่ออาหาร	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	จุดแนบบริเวณใต้ชายโครงขวา	<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	บวม ท้องมาน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เอะอะ โวยวาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	Prothrom time >4 วินาที	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
สับสน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ	

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.1 Liver enzyme level ณ วันที่ได้รับการวินิจฉัย ไม่ได้ตรวจ ตรวจ

1. ALT (SGPT) วันที่ส่งตรวจ ผล

2. AST (SPOT) วันที่ส่งตรวจ ผล

4.2 การตรวจซีรัม

■ Hepatitis A

1. Anti HAV IgM ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

2. HAV RNA ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

■ Hepatitis B

1. HBs Ag ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

2. Total anti-HBc ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

3. HBeAg ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

4. IgM anti-HBc ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

■ Hepatitis C

1. Anti-HCV ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

2. Supplement anti-HCV assay ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

3. HCV RNA ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

■ Hepatitis D

1. Anti HDV IgG & IgM ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

2. HDV RNA ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

■ Hepatitis E

1. Anti HEV IgM ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

2. HEV RNA ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

4.3 อื่น ๆ ระบุ

5. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ซื้อยากินเอง ชื่อยา วันที่
- ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล วันที่
- สถานที่รักษา การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

6. ประวัติการเสี่ยงต่อการเกิดโรค

● ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ชนิดเอ และ ชนิดอี (การรับประทานอาหาร นม และน้ำ ในช่วง 1 เดือนก่อนมีอาการ)

- ดื่มนมสดระบุชนิดของนม แหล่งผลิตนม ระบุ
- ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ
- ผ่านการฆ่าเชื้อ โดยวิธี ต้ม พลาสเจอไรซ์ สเตอริไลส์
- กินผักดิบ ระบุ
- กินไอศกรีม แหล่งที่ซื้อ ระบุ
- ปกติดื่มน้ำ ระบุ แหล่งน้ำดื่ม
- ต้ม ไม่ต้ม กรอง ขวดปิดสนิท
- หอยนางรมดิบ ไม่กิน กิน
- โดยปกติรับประทานอาหารที่ไหน บ้าน ร้านอาหาร อื่น ๆ ระบุ

● ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ชนิดบี ชนิดซี และชนิดดี (ในระยะ 6 สัปดาห์-6 เดือนก่อนป่วย)

- เคยได้รับเลือด (Blood transfusion)
- ไม่เคย เคย ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยถูกเข็ม หรือ อุปกรณ์ที่เปื้อนเลือดทิ่ม/ตำ
- ไม่เคย เคย ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรม
- ไม่เคย เคย ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยเข้ารับการรักษาผ่าตัด
- ไม่เคย เคย ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยฟอกไต (hemodialysis)
- ไม่เคย เคย ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยสัก หรือ เจาะหู เจาะฝังเครื่องประดับร่างกาย
- ไม่เคย เคย สัก/เจาะ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ไม่เคย เคย รักษาครั้งสุดท้าย เมื่อ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- วินิจฉัยโรค
- สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน หรือ สงสัยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ
- ไม่มี มี ระบุพฤติกรรม
- ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย รักษาที่
- ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย รักษาที่
- ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย รักษาที่

หมายเหตุ ในรายที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ไม่ระบุชนิด (Unspecified hepatitis) ให้สอบถามประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบทุกข้อคำถามของทั้งสองกลุ่ม

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

7.1 ในระยะเวลา 2 สัปดาห์-6 เดือนหลังวันเริ่มป่วย มีผู้ที่มีอาการคล้ายกันในครอบครัวหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ

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	

7.2 ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย/ใช้เข็มฉีดยาหรือเจาะ/ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด หลังวันเริ่มมีอาการ

ไม่มี มี ระบุ

ชื่อ-สกุล/ชื่อเล่น/ นามแฝง	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ ป่วย	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย	ลักษณะเสี่ยง

หมายเหตุ ลักษณะเสี่ยง หมายถึง มีประวัติมีเพศสัมพันธ์ หรือใช้เข็มฉีดยา/เจาะ หรือใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด หลังวันเริ่มมีอาการ

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

แบบสอบสวนโรคพยาธิใบไม้ตับ (Liver fluke)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด □ ไม่เคยเรียน □ ต่ำกว่าปริญญาตรี
□ 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.

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

สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา ในปัจจุบัน ระดับชั้นการศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน)

หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย ถนน
ตำบล อำเภอ จังหวัด

□ ในเขตเทศบาลนคร □ ในเขตเทศบาลเมือง
□ ในเขตเทศบาลตำบล □ ในเขต อบต.

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ □ ไม่มี □ มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกรับ อ่อนหมวกกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที
หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ท้องอืด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดจุกเสียดแน่นท้อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อ่อนเพลีย/เมื่อยล้า	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
น้ำหนักลด/ชาวม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ออกร้อน (ท้องหรือหลัง)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เบื่ออาหาร	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เจ็บบริเวณชายโครงขวา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ดีซ่าน/ตับโต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจหาไข่พยาธิชนิด *Opisthorchis viverrini* จากอุจจาระ
 ไม่ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 การตรวจหาแอนติบอดีในซีรัม พลาสมา หรือตรวจหาแอนติเจนของพยาธิชนิด *Opisthorchis viverrini* ด้วยวิธีอิมมูโนวินิจฉัย
 ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ *Opisthorchis viverrini* ด้วยวิธี PCR
 ไม่ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- *3.4 ในกรณีอายุ 40 ปีขึ้นไป ตรวจพบเป็นพยาธิใบไม้ตับ และ/หรือ เคยรับประทานยาพาราซิควอนเทล
ญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ตรวจหาทางรังสีวิทยาบริเวณช่องท้องด้านบน (Ultrasound)
 ไม่ตรวจ ตรวจ ชนิดรังสีวิทยา วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.5 อื่น ๆ ระบุ

4. การรักษา

- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
การรักษาครั้งนี้ วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- ยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับที่ได้รับ
 ไม่ได้รับ ได้รับยา Praziquantel
วันที่ได้รับ ขนาดที่ได้รับ จำนวน วัน
 รักษาด้วยยาชนิดอื่น ๆ ระบุ
- วันที่ได้รับ ขนาดที่ได้รับ จำนวน วัน
- การรักษาวิธีอื่น ๆ ระบุ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 5.1 ในช่วง 1 เดือน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยบริโภคอาหารเมนูที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่ปรุงแบบดิบ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ
 เคย ไม่เคย
- 5.2 ที่มาของปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่นำมาปรุงอาหาร
 เลี้ยงไว้เอง ได้รับมาจากเพื่อนบ้าน หามาเอง
 ซื้อมาจากตลาด ระบุ
 ได้รับโดยตรงจากสถานที่เลี้ยง/บ่อปลา ระบุ
 ได้จากพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศ ระบุ
 อื่น ๆ ระบุ
 ไม่ทราบ
- 5.3 ชนิดของอาหารที่ปรุง
 ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาสัมดิบ ปลาจ่อม แจ่วบอง
 ปลาแจ่ว หมำขี้ปลา ปลาร้าดิบ ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ อื่น ๆ
- 5.4 การเดินทางในช่วง 5 วัน ก่อนเริ่มป่วย
 ไม่ได้เดินทาง
 เดินทางไปสถานที่ ตำบล
 อำเภอ จังหวัด
- 5.5 พฤติกรรมการใช้ส้วมที่บ้าน
 ใช้ส้วม ระบุ มีส้วมแต่ไม่ใช้
 ไม่มีส้วมใช้ ไม่มีส้วมแต่ใช้บ้านอื่น ไม่มีส้วมและถ่ายนอกส้วม
- 5.6 พฤติกรรมการถ่ายนอกส้วมเมื่อไปทำงานไร่/นา/สวน
 ไม่เคยถ่ายนอกส้วม เคยถ่ายนอกส้วม ไม่เคยไปทำงานไร่/นา/สวน
- 5.7 ที่อยู่อาศัยมีการเลี้ยงสัตว์หรือไม่
 ไม่มี มี ระบุ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน ที่ป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ หรือ มีผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับจากหมู่บ้านอื่น มาพักอาศัยร่วมบ้าน หรือบ้านติดกัน หรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ภายในระยะเวลา 1 เดือน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วย รายนี้ จำนวน คน (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	

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
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

แบบสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษ (Food poisoning)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN AN ศาสนา เชื้อชาติ

อาชีพ ที่ทำงาน/โรงเรียน ชั้นเรียน

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

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) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ถ่ายเป็นน้ำจำนวน ครั้ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายเหลวจำนวน ครั้ง	<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
ถ่ายมีมูก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตะคริวที่ท้อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายมีเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดมวนท้อง	<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	ตะคริวที่ขา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ท้องผูก	<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
คลื่นไส้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ความดันโลหิตต่ำ	<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	กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ท้องอืด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เห็นภาพซ้อน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปากแห้ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ่ายกะปริบกะปรอย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เหงื่อออกตัวเย็น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ชา (ระบุอวัยวะ)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายมีกลิ่นเหม็นคาว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซีด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดเบ่ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 วิธีส่งเพาะเชื้อหรือตรวจด้วยวิธีอื่น ๆ
- อุจจาระ ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ
- วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- Rectal swab ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ
- วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- อาเจียน ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ
- วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- อาหาร ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ
- วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- น้ำ/น้ำแข็ง ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ
- วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 ทดสอบการสร้างสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ
- วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 ทดสอบสารพิษ หรือสารเคมี ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ
- วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- 4.1 ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- การรักษาครั้งนี้ : วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
- ได้พบแพทย์ พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่น ๆ ระบุ
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
- ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ 1. วันที่ได้รับ
2. วันที่ได้รับ
3. วันที่ได้รับ
- ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ไม่ได้รับ ได้รับ ไม่ทราบ
- ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่ ไม่ได้รับ ได้รับ ไม่ทราบ
- 4.2 ป่วยครั้งนี้ได้รับยาปฏิชีวนะ (ยาด้านจุลชีพ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่
- ไม่ได้รับ
- ได้รับ ระบุชื่อยา วันที่เริ่มกิน วันที่สิ้นสุด
- ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ครั้ง วัน
- ทานยาสม่ำเสมอทุกมื้อหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่
- 4.3 ในกรณีได้รับ Toxin ของเชื้อ มีการปฐมพยาบาลโดยการล้างท้อง (Gastric lavage) หรือไม่
- ไม่ได้รับ ได้รับ ไม่ทราบ
- 4.4 ในกรณีได้รับ Toxin ของเชื้อ ได้รับ Antitoxin หรือไม่
- ไม่ได้รับ ได้รับ ไม่ทราบ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การบริโภค/เมนูอาหาร) ช่วง 5 วัน ก่อนป่วย (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)

- | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไก่ หรือสัตว์ปีกชนิดอื่นๆ | <input type="checkbox"/> เนื้อ | <input type="checkbox"/> เครื่องใน | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ |
| ปรุงสุก | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ไข่ | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง | |
| <input type="checkbox"/> หมู | <input type="checkbox"/> เนื้อ | <input type="checkbox"/> เครื่องใน | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ |
| ปรุงสุก | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ไข่ | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง | |
| <input type="checkbox"/> วัว | <input type="checkbox"/> เนื้อ | <input type="checkbox"/> เครื่องใน | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ |
| ปรุงสุก | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ไข่ | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง | |
| <input type="checkbox"/> ปลา ปรุงสุก | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ไข่ | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง | |
| <input type="checkbox"/> สัตว์ชนิดอื่น ๆ ระบุ | <input type="checkbox"/> เนื้อ | <input type="checkbox"/> เครื่องใน | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ |
| ปรุงสุก | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ไข่ | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง | |
| <input type="checkbox"/> นม ระบุชนิดของนม | แหล่งผลิตนมระบุ | | |
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ | | | |
| <input type="checkbox"/> ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี | <input type="checkbox"/> ต้ม | <input type="checkbox"/> พาสเจอร์ไรซ์ | <input type="checkbox"/> สเตอริไลส์ |
| <input type="checkbox"/> ไข่ ปรุงสุก | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ไข่ | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง | |
| <input type="checkbox"/> ผลิตภัณฑ์จากสัตว์ (เช่น ไข่กรอก เบคอน แหนม) ระบุชนิด | | | |
| ปรุงสุก | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ไข่ | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง | |
| <input type="checkbox"/> ผักสด/สลัดผัก/ส้มตำ ระบุเมนูอาหาร | | | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง | |
| <input type="checkbox"/> ผลไม้ ระบุแหล่ง | | | |
| <input type="checkbox"/> เซนตรีช หรืออาหารที่ไม่ได้ผ่านความร้อน ระบุ | | | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง | |
| <input type="checkbox"/> ขนม ระบุ | | | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง | |
| <input type="checkbox"/> อาหารหมักดอง ระบุ | | | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง | |

5.2 น้ำดื่มที่ดื่มเป็นประจำ ต้ม ไม่ต้ม กรอง บรรจุขวดที่ได้มาตรฐาน

5.3 แหล่งน้ำที่ใช้ในการบริโภคประจำวัน

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> น้ำประปา | <input type="checkbox"/> น้ำบาดาล | <input type="checkbox"/> น้ำฝน |
| <input type="checkbox"/> แม่น้ำ/คลอง | <input type="checkbox"/> น้ำดื่มบรรจุขวด ยี่ห้อ | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ |

5.4 ประวัติการรับประทานอาหารช่วง 3 วันก่อนเริ่มป่วย

	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			

5.5 อาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วยครั้งนี้ (ระบุ)
 วันที่รับประทาน เวลา น. ซื้อจากแหล่ง
 (กรอกรายละเอียดเพิ่มเติมในตาราง ข้อ 7. Attack Rate)

- 5.6 มีประวัติในการประกอบอาหาร ในช่วง 5 วันก่อนป่วย
- ความถี่ในการประกอบอาหารในช่วง 5 วัน 1-4 ครั้ง 5-7 ครั้ง 8-10 ครั้ง
 - วัตถุดิบที่ใช้ในการประกอบอาหาร ระบุ
 - ในการประกอบอาหารแต่ละครั้งมีการแยกเขียง/ มีด สำหรับวัตถุดิบกับอาหารปรุงสุก
 ไม่มี มี
 - มีการแยกเขียงระหว่างเนื้อสัตว์และผัก ไม่มี มี

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน) ของผู้ป่วยรายนี้
จำนวน คน (ระบุ)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง			วันที่เริ่มมีอาการป่วย	ไม่มีอาการ
		อุจจาระ/...../.....	Rectal swab/...../.....	อาเจียน/...../.....		
1.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
2.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
3.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
4.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
5.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
6.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
7.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
8.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
9.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
10.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
11.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
12.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
13.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
14.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
15.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
16.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		

**แบบสอบสวนโรคบิดซิกเกิลโลซิส (Shigellosis dysentery)/
โรคบิดอมีบา (Amoebic dysentery)/ โรคบิดไม่จำเพาะ (Non-specific dysentery)/
โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea)**

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา เชื้อชาติ

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) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

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

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หนาวสั่น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ท้องเสียนาน วัน	ปวดท้อง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
- ถ่ายเหลว จำนวน ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> สามารถระบุตำแหน่งได้
- ถ่ายเป็นน้ำ จำนวน ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถระบุตำแหน่งได้
ปวดเบ่ง <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
ถ่ายมีมูก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ่ายมีเลือด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คลื่นไส้/อาเจียน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดเมื่อยตามตัว/เมื่อยล้า <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เบื่ออาหาร <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
ท้องผูก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ท้องอืด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เห็นภาพซ้อน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	กล้ามเนื้ออ่อนแรง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ความดันโลหิตต่ำ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ่ายกระปริดกระปรอย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปากแห้ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ชา (ระบุอวัยวะ) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เหงื่อออกตัวเย็น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ช็อก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

ถ่ายมีกลิ่นเหม็นคาว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซັก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ก้อนที่ผนังลำไส้ใหญ่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตะคริว (ระบุบริเวณ))	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ฝีที่ตับ/ปอด/สมอง/ผิวหนัง ที่เป็นเนื้อเยื่ออ่อน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ภาวะลำไส้โป่งขยาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซิด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไตวายเฉียบพลัน	<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 วิธีส่งเพาะเชื้อหรือตรวจด้วยวิธีอื่น ๆ

อุจจาระ ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

Rectal swab ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

อาเจียน ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

อาหาร ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

น้ำ/น้ำแข็ง ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.3 ทดสอบการสร้างสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น

ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.4 ทดสอบสารพิษ หรือสารเคมี

ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

4.1 ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

การรักษาครั้งนี้ : วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.

ได้พบแพทย์ พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่น ๆ ระบุ

ได้รับการวินิจฉัยโรค

Acute Diarrhea Amoebic dysentery Shigellosis dysentery

Non-specific dysentery อื่น ๆ ระบุ

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย

ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

- ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ 1. วันที่ได้รับ
2. วันที่ได้รับ
3. วันที่ได้รับ

ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ไม่ได้รับ ได้รับ ไม่ทราบ

ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่ ไม่ได้รับ ได้รับ ไม่ทราบ

4.2 ป่วยครั้งนี้ได้รับยาปฏิชีวนะ (ยาต้านจุลชีพ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่

- ไม่ได้รับ
- ได้รับ ระบุชื่อยา วันที่เริ่มกิน วันที่สิ้นสุด

ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ครั้ง วัน

ทานยาสม่ำเสมอทุกมื้อหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

4.3 ในกรณีได้รับ Toxin ของเชื้อ มีการปฐมพยาบาลโดยการล้างท้อง (Gastric lavage) หรือไม่

- ไม่ได้รับ ได้รับ ไม่ทราบ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การบริโภค/เมนูอาหาร) ช่วง 5 วัน ก่อนป่วย (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)

- ไก่ หรือสัตว์ปีกชนิดอื่น ๆ เนื้อ เครื่องใน อื่น ๆ ระบุ
- ปรุงสุก ไม่ใช่ ใช่
- แหล่งที่มา ปรุงเอง ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง
- หมู เนื้อ เครื่องใน อื่น ๆ ระบุ
- ปรุงสุก ไม่ใช่ ใช่
- แหล่งที่มา ปรุงเอง ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง
- วัว เนื้อ เครื่องใน อื่น ๆ ระบุ
- ปรุงสุก ไม่ใช่ ใช่
- แหล่งที่มา ปรุงเอง ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง
- ปลา ปรุงสุก ไม่ใช่ ใช่
- แหล่งที่มา ปรุงเอง ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง
- สัตว์ชนิดอื่น ๆ ระบุ
- ปรุงสุก ไม่ใช่ ใช่
- แหล่งที่มา ปรุงเอง ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง
- นม ระบุชนิดของนม แหล่งผลิตนมระบุ
- ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ
- ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี ต้ม พาสเจอร์ไรซ์ สเตอริไลส์
- ไข่ ปรุงสุก ไม่ใช่ ใช่
- แหล่งที่มา ปรุงเอง ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง
- ผลิตภัณฑ์จากสัตว์ (เช่น ไส้กรอก เบคอน แฮม) ระบุชนิด
- ปรุงสุก ไม่ใช่ ใช่
- แหล่งที่มา ปรุงเอง ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง
- ผักสด/สลัดผัก/ส้มตำ ระบุเมนูอาหาร
- แหล่งที่มา ปรุงเอง ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง
- ผลไม้ ระบุแหล่ง
- แชนด์วิช หรืออาหารที่ไม่ได้ผ่านความร้อน ระบุ
- แหล่งที่มา ปรุงเอง ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง

ขนม ระบุ
 แหล่งที่มา ปรุงเอง ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง

อาหารหมักดอง ระบุ
 แหล่งที่มา ปรุงเอง ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง

5.2 น้ำดื่มที่ดื่มเป็นประจำ ดื่ม ไม่ดื่ม กรอง บรรจุขวดที่ได้มาตรฐาน

5.3 แหล่งน้ำที่ใช้ในการบริโภคประจำวัน

น้ำประปา น้ำบาดาล น้ำฝน
 แม่น้ำ/คลอง น้ำดื่มบรรจุขวด ยี่ห้อ อื่น ๆ ระบุ

5.4 ประวัติการรับประทานอาหารช่วง 3 วันก่อนเริ่มป่วย

	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			

5.5 อาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วยครั้งนี้ (ระบุ)

วันที่รับประทาน เวลา น. ซื้อจากแหล่ง ระบุ

(กรอกรายละเอียดเพิ่มเติมในตาราง ข้อ 7. Attack Rate)

5.6 ทำงานหรือมีประวัติในการสัมผัสสัตว์ ไม่มี มี ระบุชนิดสัตว์

5.7 ทำงานหรือมีประวัติในการประกอบอาหาร ไม่มี มี ระบุสถานที่

5.8 ทำงานหรือมีประวัติในการดูแลผู้ป่วย คนชรา หรือเด็ก ไม่มี มี ระบุรายละเอียด

5.9 ผู้ป่วยเป็นผู้ที่อยู่ในศูนย์ดูแลผู้ป่วย/เด็ก/คนชรา ไม่ใช่ ใช่ ระบุสถานที่

5.10 การล้างมือหลังจากเข้าห้องน้ำ ไม่ได้ล้าง ล้าง

ใช้สบู่

ไม่ได้ใช้สบู่

5.11 พฤติกรรมการใช้มือในการหยิบจับอาหาร ไม่ใช่ ใช่

5.12 ในช่วง 5 วันก่อนป่วย ประวัติในการเล่นน้ำ/ว่ายน้ำหรือสัมผัสแหล่งน้ำ

ไม่มี มี ระบุรายละเอียด

5.13 ในช่วง 5 วันก่อนป่วย ประวัติในการเดินทางหรือทำกิจกรรมกลางแจ้ง

ไม่มี มี ระบุสถานที่

- 5.14 ในช่วง 1 เดือนก่อนป่วย มีผู้อาศัยร่วมบ้านหรือไม่
 ไม่มี
 มี ระบุจำนวน คน
 - มีอาการป่วยที่เข้าได้กับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน/โรคบิดหรือไม่
 ไม่มีอาการป่วย มีอาการป่วย
- 5.15 ในช่วง 1 เดือนก่อนป่วย มีผู้ประกอบอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานแสดงอาการป่วยหรือไม่
 ไม่มีอาการป่วย
 มีอาการป่วยก่อนผู้ป่วย วัน
 ไม่ได้รักษา ได้รับการรักษาที่
- มีอาการป่วยหลังผู้ป่วย วัน
 ไม่ได้รักษา ได้รับการรักษาที่
- 5.16 ในช่วง 1 เดือนก่อนป่วย มีบุคคลอื่นมาเยี่ยมหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่
 ไม่มี
 มี ระบุจำนวน คน
 ไม่ได้พักค้างแรม
 พักค้างแรมเป็นระยะเวลา วัน
 - บุคคลเหล่านั้นมีอาการป่วยที่เข้าได้กับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน/โรคบิดหรือไม่
 ไม่มีอาการป่วย มีอาการป่วย ไม่ทราบ/ไม่ได้สังเกต
- 5.17 ในการสอบสวนโรคครั้งนี้ได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ Rectal swab ในผู้ประกอบอาหารหรือไม่
 ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ
 ทำการเพาะเชื้อ วันที่เก็บตัวอย่าง ผล
- ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน) ของผู้ป่วยรายนี้ จำนวน คน (ระบุ)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง			วันที่เริ่มมีอาการป่วย	ไม่มีอาการ
		อุจจาระ/...../.....	Rectal swab/...../.....	อาเจียน/...../.....		
1.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
2.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
3.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
4.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
5.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		

7. ตาราง Attack Rate

อาหารหรือเครื่องดื่ม หรืออื่น ๆ	กลุ่มที่กินอาหารที่สงสัย				กลุ่มที่ไม่ได้กินอาหารที่สงสัย			
	ป่วย	ไม่ป่วย	รวม	Attack Rate (%)	ป่วย	ไม่ป่วย	รวม	Attack Rate (%)

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์
 ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
 หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด
 วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

แบบสอบสวนอหิวาตกโรค (Cholera)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา เชื้อชาติ

อาชีพ ที่ทำงาน/โรงเรียน ชั้นเรียน

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.
 ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

สถานที่เกิดการระบาด หมู่ที่ ตำบล

อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย องศาเซลเซียส ซีฟจร ครั้ง/นาที
 หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

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
ถ่ายเหลว	<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
ถ่ายเป็นน้ำ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ขาดน้ำ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายมีมูก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซีด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายมีเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หนาวสั่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ใช่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 วิธีส่งกล้องจุลทรรศน์

ไม่ได้ตรวจ ตรวจ

ก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ หลังได้รับยาปฏิชีวนะ) สิ่งส่งตรวจ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

- 3.2 วิธีใช้ชุดทดสอบ Dipstick test
 ไม่ได้ตรวจ ตรวจ
 ก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ หลังได้รับยาปฏิชีวนะ) สิ่งส่งตรวจ
 วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
 วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 วิธี PCR
 ไม่ได้ตรวจ ตรวจ
 ก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ หลังได้รับยาปฏิชีวนะ) สิ่งส่งตรวจ
 วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.5 การตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี ไม่ได้ตรวจ ตรวจ
 สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ ผล
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.6 ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ

Tetracycline	<input type="checkbox"/> Sense <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Resist
Co-trimoxazole (Bactrim)	<input type="checkbox"/> Sense <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Resist
Ampicillin	<input type="checkbox"/> Sense <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Resist
Norfloxacin	<input type="checkbox"/> Sense <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Resist
Doxycycline	<input type="checkbox"/> Sense <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Resist
อื่น ๆ	<input type="checkbox"/> Sense <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Resist

4. การรักษา

- 4.1 ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
 การรักษาค้างนี้ : วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
 ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน
 ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
 สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
 ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ 1. วันที่ได้รับ
 2. วันที่ได้รับ
 3. วันที่ได้รับ
- 4.2 ได้รับยาปฏิชีวนะ (ยาด้านจุลชีพ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่
 ไม่ได้รับ
 ได้รับ ระบุชื่อยา วันที่เริ่มกิน วันที่สิ้นสุด
- ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ครั้ง วัน
 ทานยาสม่ำเสมอทุกมื้อหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ในช่วง 5 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยได้เดินทางออกนอกพื้นที่หรือไม่

ไม่ได้เดินทาง

เดินทางไปสถานที่ ตำบล
อำเภอ จังหวัด

5.2 ประวัติการรับประทานอาหาร

	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น	อาหารมือรอง
วันที่ ประเภทอาหาร แหล่งที่มาของอาหาร ผู้ที่รับประทานร่วม				
วันที่ ประเภทอาหาร แหล่งที่มาของอาหาร ผู้ที่รับประทานร่วม				
วันที่ ประเภทอาหาร แหล่งที่มาของอาหาร ผู้ที่รับประทานร่วม				

5.3 ในช่วง 7 วัน ก่อนป่วย มีประวัติสัมผัสกับอุจจาระของผู้ป่วยที่มีอาการท้องร่วงเฉียบพลันหรือไม่

ไม่ได้สัมผัส

สัมผัส วันที่สัมผัส ลักษณะการสัมผัส
เป็นผู้ป่วยยืนยันอหิวาตกโรคหรือไม่ เป็น ไม่เป็น ไม่ทราบ

5.4 ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือทำงานในสถานดูแลคนชรา/เด็ก/ผู้ป่วยเรื้อรังหรือโรงพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์อื่นที่มีการอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากหรือไม่

ไม่ใช่

ใช่ ระบุสถานที่
บทบาทของผู้ป่วยในสถานทีนั้น ๆ

5.5 น้ำดื่มที่ดื่มเป็นประจำ ดื่ม ไม่ดื่ม กรอง บรรจุขวดที่ได้มาตรฐาน

5.6 แหล่งน้ำที่ใช้ในการบริโภคประจำวัน

น้ำประปา น้ำบาดาล น้ำฝน

แม่น้ำ/คลอง น้ำดื่มบรรจุขวด ยี่ห้อ อื่น ๆ ระบุ

5.7 ประวัติในการเล่นน้ำ/ว่ายน้ำหรือสัมผัสแหล่งน้ำ ในช่วง 7 วันก่อนป่วย

ไม่มี มี ระบุ

5.8 ทำงานหรือมีประวัติในการประกอบอาหาร ไม่มี มี ระบุสถานที่

5.9 ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสอื่น ๆ ในชุมชน (Line listing)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	มีอาการป่วยหรือไม่	อาการป่วย	วันเริ่มป่วย	เวลาเริ่มป่วย	อาหารที่รับประทาน	เวลาที่รับประทาน/เวลาที่ป่วยหลังรับประทาน	เก็บตัวอย่างส่งตรวจ	ผล lab
		ป่วย ไม่ป่วย				มือเช้า มือกลางวัน มือเย็น		เก็บ ไม่เก็บ	
		ป่วย ไม่ป่วย				มือเช้า มือกลางวัน มือเย็น		เก็บ ไม่เก็บ	
		ป่วย ไม่ป่วย				มือเช้า มือกลางวัน มือเย็น		เก็บ ไม่เก็บ	

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้ร่วมรับประทานอาหารที่เป็นสาเหตุของการป่วย

ไม่มี

มี ระบุ

- ชื่อ-สกุล อายุ เพศ
ที่อยู่
- อาการป่วย ไม่มี มี ระบุอาการ
- ชื่อ-สกุล อายุ เพศ
ที่อยู่
- อาการป่วย ไม่มี มี ระบุอาการ
- ชื่อ-สกุล อายุ เพศ
ที่อยู่
- อาการป่วย ไม่มี มี ระบุอาการ

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์