

โรคติดต่ออันตราย

แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยกาฬโรค (Plague)

ความเป็นมา

วันที่รับแจ้ง..... เวลา น. ได้รับแจ้งจาก

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวนโรค เวลา..... น. หมายเลขโทรศัพท์

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN อาชีพ

ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) ระดับชั้นการศึกษา

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ซีฟจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

2.1 กาฬโรคต่อมน้ำเหลือง

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
คลื่นไส้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เจ็บคอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ต่อมน้ำเหลืองบวมโต <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
ระบุ	
อื่น ๆ ระบุ	

2.2 ภาพโรคของโลหิต

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
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
หนาวสั่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เยื่อหุ้มสมองอักเสบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ทอนซิลอักเสบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		
คอหอยอักเสบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		
มีจ้ำเลือดตามผิวหนัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		
อื่น ๆ ระบุ			

2.3 ภาพโรคปอด

ไข้	<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
ไอบนเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หอบเหนื่อย	<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	CXR	
อื่น ๆ ระบุ			

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชนิดตัวอย่างที่ส่งตรวจ	วันที่เก็บตัวอย่าง	วันที่ส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ
<input type="checkbox"/> หนอง					
<input type="checkbox"/> น้ำไขสันหลัง					
<input type="checkbox"/> เลือด					
<input type="checkbox"/> ซีรัมคู่					
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ					

4. การรักษา

วันที่พบผู้ป่วย เวลา น. วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก

สถานที่เข้ารับการรักษารั้งแรก จังหวัด

สถานที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน จังหวัด

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

.....

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย

5. ประวัติสัมผัสโรค

5.1 ในระยะ 14 วันก่อนป่วย เดินทางเข้าป่า ทำกิจกรรม หรือทำกิจกรรมกลางแจ้ง หรือไม่

ไม่มี มี ระบุ วันที่ ลักษณะกิจกรรม

สถานที่ พิกัด GPS

5.2 ในระยะ 14 วันก่อนป่วย โดนหมัดหรือแมลงอื่น ๆ กัดหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่ ระบุชนิด

สถานที่ พิกัด GPS

- 5.3 ในระยะเวลา 14 วันก่อนป่วย สัมผัสสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมหรือไม่ วันที่สัมผัส
- ประเภทของสัตว์ สัตว์ป่า/สัตว์ที่อยู่ในธรรมชาติ สัตว์เลี้ยง
- ชนิดสัตว์ สัตว์ฟันแทะ อื่น ๆ
- ลักษณะการสัมผัส ล่า/จับมาบริโภค โดนกัด/ข่วน อื่น ๆ
- สถานที่ พิกัด GPS
- 5.4 ในระยะเวลา 14 วันก่อนป่วย มีผู้ที่มีอาการคล้ายกันในละแวกบ้านหรือที่ทำงานหรือไม่ ไม่มี มี
- ชื่อ นามสกุล
- ที่อยู่ รักษาที่
- ชื่อ นามสกุล
- ที่อยู่ รักษาที่
- 5.5 ในระยะเวลา 14 วันหลังป่วย มีผู้ที่มีอาการคล้ายกันในละแวกบ้านหรือที่ทำงานหรือไม่ ไม่มี มี
- ชื่อ นามสกุล
- ที่อยู่ รักษาที่
- ชื่อ นามสกุล
- ที่อยู่ รักษาที่
- 5.6 มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่ ไม่มี มี
- ประเทศ เมือง
- 5.7 มีประวัติทำงานในห้องปฏิบัติการหรือไม่ ไม่มี มี ระบุรายละเอียด

6. ผู้สัมผัสโรครายอื่น ๆ

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล / หมายเลขโทรศัพท์	ลักษณะการสัมผัสโรค	อาการป่วย	วันเริ่มป่วย
			<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	
			<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	
			<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	
			<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	
			<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	

แบบสอบถามผู้ป่วยสงสัยไข้ทรพิษ (Smallpox)

ความเป็นมา

วันที่รับแจ้ง..... เวลา น. ได้รับแจ้งจาก

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวนโรค เวลา..... น. หมายเลขโทรศัพท์

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN AN อาชีพ

ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) ระดับชั้นการศึกษา

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกาย แรกรับ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ซีฟจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

2.1 อาการและอาการแสดง

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ้ามี วันที่เริ่มมีไข้
ผื่น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ้ามี วันที่เริ่มมีผื่น
มีอาการไอ ก่อนมีผื่นขึ้นหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	วันที่เริ่มไอ
อาการอื่น ๆ ก่อนวันที่เริ่มมีผื่น	
ปวดศีรษะ <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
หนาวสั่น <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
อาการอื่น ๆ	

- 2.2 ชนิดของรอยโรคที่พบในครั้งแรกของวันที่สัมผัส (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 Papules Vesicles Pustules/pules Scabs
 ไม่ทราบ

- 2.3 ลักษณะการแพร่กระจายของผื่น
 ทั่วไป โดยเฉพาะใบหน้า ปลายแขนขา (Centrifugal)
 ทั่วไป โดยเฉพาะลำตัว (Centripetal)
 เฉพาะที่ ไม่กระจายทั่วไป
 อื่น ๆ ระบุ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชนิดตัวอย่างที่ส่งตรวจ	วันที่เก็บตัวอย่าง	วันที่ส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ

4. การรักษา

วันที่พบผู้ป่วย เวลา น. วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก
 สถานที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก จังหวัด
 สถานที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน จังหวัด
 ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

.....

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
 ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

สรุปสถานะผู้ป่วย ยืนยัน เข้าข่าย สงสัย ไม่ใช่ผู้ป่วยไข้ทรพิษ
 ถ้าไม่ใช่เกิดจากโรคไข้ทรพิษ ระบุการวินิจฉัย วันที่จำหน่าย

5. ประวัติเสี่ยงในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนป่วย

- 5.1 เคยได้รับวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษ/ปลูกฝี หรือไม่ ไม่เคย เคย ระบุช่วงเวลา
- 5.2 มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ ไม่มี มี ระบุประเทศ/เมือง
- วันที่เดินทางไป สายการบิน เที่ยวบิน ที่นั่ง
- วันที่เดินทางกลับ สายการบิน เที่ยวบิน ที่นั่ง
- 5.3 มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยที่มีอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วย ไม่มี มีระบุชื่อ/ความสัมพันธ์
- 5.4 ประวัติเสี่ยงอื่น ๆ
-

แบบสอบถามผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออกโครเมียนคองโก (Crimean-Congo hemorrhagic fever)

ความเป็นมา

วันที่รับแจ้ง..... เวลา น. ได้รับแจ้งจาก

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวนโรค เวลา..... น. หมายเลขโทรศัพท์

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN อาชีพ

ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) ระดับชั้นการศึกษา

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

แหล่งที่มาข้อมูล

ข่าวลือ การเสียชีวิต ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ซีฟจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

(ให้ระบุอาการและอาการแสดงในหน้าถัดไป)

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยต่อไปนี้หรือไม่

อาการและอาการแสดง	วันที่ป่วย (เรียงตามลำดับอาการ)														ข้อสังเกตอื่น ๆ	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
ไข้	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
คลื่นไส้/อาเจียน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
เบื่ออาหาร	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
ถ่ายเหลว	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
ปวดท้อง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
กลิ่นลำบาก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
ตาแดง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
มีจุดแดงที่ผิวหนัง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
อุจจาระมีเลือดปน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
อาเจียนมีเลือดปน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
เลือดกำเดาไหล	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
เลือดออกตามเหงือก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
อื่น ๆ ระบุ																

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet x10³ WBC
 Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
 อื่น ๆ

3.1.2 Liver function tests (LFTs)

วันที่เก็บตัวอย่าง TB DB SGOT SGPT Alb

3.1.3 Renal function test

วันที่เก็บตัวอย่าง BUN Cr GFR

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

ชนิดตัวอย่างที่ส่งตรวจ	วันที่เก็บตัวอย่าง	วันที่ส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ

4. การรักษา

วันที่พบผู้ป่วย เวลา น. วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก

สถานที่เข้ารับการรักษารั้งแรก จังหวัด

สถานที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน จังหวัด

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

ถ้าเสียชีวิต มีการทำ Post-mortem skin biopsy ไม่ทำ ทำ ระบุผล

สรุปสถานะผู้ป่วย ยืนยัน เข้าข่าย สงสัย ไม่ใช่ผู้ป่วยไข้ทรพิษ

มีผู้ป่วยรายอื่นที่อาศัยอยู่ในละแวกใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ ไม่มี มี

พบผู้ป่วยรายใหม่ชื่อ นามสกุล

การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย

5. ประวัติสัมผัสโรค ภายใน 14 วันก่อนมีอาการป่วย

- 5.1 สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกไครเมียนครองโกในครอบครัว
 ไม่ใช่ ใช่ ระบุชื่อ ความสัมพันธ์
- อธิบายการสัมผัส
- 5.2 สัมผัสบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกไครเมียนครองโก
 ไม่ใช่ ใช่ ระบุชื่อ
- สถานพยาบาลที่สัมผัส จังหวัด อำเภอ
- 5.3 มีประวัติเดินทางร่วมกับผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกไครเมียนครองโก
 ไม่ใช่ ใช่ ระบุชื่อ
- เส้นทางที่เดินทาง วันที่เดินทาง
- 5.4 สัมผัสกับสัตว์ป่วยหรือตาย (โดยเฉพาะ ลิง แอนติโลบป่า (สัตว์กึ่งคู้ อยู่ในวงศ์วัวและควาย) หนู และค้างคาว)
 ไม่ใช่ ใช่ ไม่ทราบ
- ชนิดสัตว์ที่สัมผัส
- วันที่สัมผัส
- ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส
- สถานที่ที่สัมผัส (เช่น ตอนเดินทางไปแอฟริกา หรือขณะอยู่ในประเทศไทย)
- ชื่อแพทย์ผู้รักษา/ชื่อโรงพยาบาล วันที่
- 5.5 เคยมีประวัติโดนเห็บกัดในช่วง 14 วัน ก่อนมีอาการหรือไม่
 ไม่ใช่ ใช่ ไม่ทราบ
- วันที่โดนกัด
- สถานที่ที่โดนกัด (เช่น ตอนเดินทางไปแอฟริกา หรือขณะอยู่ในประเทศไทย)
- ชื่อแพทย์ผู้รักษา/ชื่อโรงพยาบาล วันที่
- 5.6 มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกไครเมียนครองโกในที่อื่น ๆ ระบุ
- 5.7 มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ
 ไม่ใช่ ใช่ ไม่ทราบ
- ประเทศ เมือง
- วันที่เดินทางไป สายการบิน เที่ยวบิน เลขที่นั่ง
- วันที่เดินทางกลับ สายการบิน เที่ยวบิน เลขที่นั่ง

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกไครเมียคองโก ภายในระยะเวลา 14 วัน หลังวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้ ไม่มี มี

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

6.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกไครเมียคองโก ภายในระยะเวลา 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้ ไม่มี มี

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

แบบสอบถามผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัสเวสต์ไนล์ (West Nile fever)

ความเป็นมา

วันที่รับแจ้ง..... เวลา น. ได้รับแจ้งจาก

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวนโรค เวลา..... น. หมายเลขโทรศัพท์

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN AN อาชีพ

ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) ระดับชั้นการศึกษา

ตำบล อำเภอ จังหวัด

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

อาการและอาการแสดง			
ไข้ (Fever)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะรุนแรง (Headache)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา (Sore eyes)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ชักเกร็ง (Seizures)	<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
รู้สึกสับสน (Confusion)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไม่รู้สึกรู้ตัว	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ			

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet x10³ WBC
Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
อื่น ๆ
- 3.2 การเพาะเชื้อแบคทีเรียจากเลือด ไม่ได้ทำ ทำ วันที่ ผล
- 3.3 การตรวจตัวอย่างน้ำไขสันหลัง (CSF)
ลักษณะของน้ำไขสันหลัง ชุ่น ใส อื่น ๆ ระบุ.....
WBC RBC Neutrophil % Lymphocyte %
CSF glucose mg/dL CSF protein mg/dL ค่าน้ำตาลในเลือด mg%
- 3.4 การย้อมเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ไม่ได้ทำ ทำ วันที่ ผล

ชนิดของการตรวจ	การตรวจ		วันที่ เก็บตัวอย่าง	วันที่ตรวจ	ห้องปฏิบัติการ	ผล การตรวจ
Gram stain	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ				
Indian ink	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ				
Culture for bacteria	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ				
Culture for virus	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ				
PCR	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ				

- 3.5 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา
- HI test เจาะเลือดระยะเฉียบพลัน (Acute) วันที่ ผล
 - เจาะเลือดระยะ Convalescence วันที่ ผล
 - ELISA IgM ซีรัม ไม่ได้ตรวจ
 - ตรวจ วันที่ ผล
 - น้ำไขสันหลัง ไม่ได้ตรวจ
 - ตรวจ วันที่ ผล
 - IFA ซีรัม ไม่ได้ตรวจ
 - ตรวจ วันที่ ผล
 - น้ำไขสันหลัง ไม่ได้ตรวจ
 - ตรวจ วันที่ ผล

4. การรักษา

- วันที่พบผู้ป่วย เวลา น. วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก
- สถานที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก จังหวัด
- สถานที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน จังหวัด
- ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ
- ประเภผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย

5. ประวัติการได้รับวัคซีน

ได้ข้อมูลจาก

JE ไม่ได้รับ
 ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไม่ทราบ

อื่น ๆ ระบุ ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

6. ประวัติสัมผัสโรค

6.1. ประวัติการสัมผัสโรคในช่วง 14 วันก่อนมีอาการป่วย

6.1.1 การสัมผัสสัตว์เศรษฐกิจ และสัตว์อื่น ๆ

เลี้ยงสุกร	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ระบุสถานที่
ขายเนื้อสุกร	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ระบุสถานที่
ฆ่าสุกร	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ระบุสถานที่
ขนส่งสุกรมีชีวิต	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ระบุสถานที่

6.1.2 การสัมผัสกับสัตว์

หมู	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ระบุสถานที่
ม้า	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ระบุสถานที่
ค่างควา	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ระบุสถานที่
นกพิราบ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ระบุสถานที่
อื่น ๆ	ระบุ		

6.1.3 การรับประทานอาหาร

นก	<input type="checkbox"/> สุก	<input type="checkbox"/> ดิบ	<input type="checkbox"/> ดิบ ๆ สุก ๆ
ม้า	<input type="checkbox"/> สุก	<input type="checkbox"/> ดิบ	<input type="checkbox"/> ดิบ ๆ สุก ๆ
.....	<input type="checkbox"/> สุก	<input type="checkbox"/> ดิบ	<input type="checkbox"/> ดิบ ๆ สุก ๆ
.....	<input type="checkbox"/> สุก	<input type="checkbox"/> ดิบ	<input type="checkbox"/> ดิบ ๆ สุก ๆ

6.1.4 มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศในช่วง 14 วันก่อน มีอาการป่วยหรือไม่

ไม่เคย เคย ระบุเมืองและประเทศ

วันที่เดินทางไป สายการบิน เที่ยวบิน ที่นั่ง

วันที่เดินทางกลับ สายการบิน เที่ยวบิน ที่นั่ง

6.1.5 ระหว่างที่อยู่ต่างประเทศ ไปฟาร์มสัตว์หรือไม่ ไม่เคย เคย ระบุสถานที่

6.2 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

- สภาพบ้าน	มีมุ้งลวดรอบบ้านหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
	นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
- บริเวณรอบบ้าน	มีทุ่งนาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
	มีคอกสัตว์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุชนิดสัตว์
- ในหมู่บ้าน	มีฟาร์ม/คอกสัตว์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุชนิดสัตว์
	มีนกพิราบ/ นกเขาชุกชุมหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุชนิดสัตว์

- เคยเดินทางไปที่ไหน (ภายใน 14 วันก่อนป่วย) หรือไม่
 ระบุตำบล อำเภอ จังหวัด
 สภาพพื้นที่ ทุ่งนา คอกสัตว์ อื่น ๆ ระบุ
- ระบุตำบล อำเภอ จังหวัด
 สภาพพื้นที่ ทุ่งนา คอกสัตว์ อื่น ๆ ระบุ

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ป่วยรายอื่น ภายใน 14 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการป่วย

- มีสมาชิกในบ้านที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่
 ไม่มี มี ระบุ
- ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่
- ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่
- ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่
- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่บ้านติดกัน ละแวกบ้านเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่
 ไม่มี มี ระบุ
- ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่
- ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่
- ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่
- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่โรงเรียน/ที่ทำงานเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่
 ไม่มี มี ระบุ
- ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่
- ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่
- ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่
- ผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน
 ชื่อ อายุ เพศ
- ชื่อ อายุ เพศ
- ชื่อ อายุ เพศ

แบบสอบสวนเฉพาะรายไข้เหลือง (Yellow fever)

ความเป็นมา

วันที่รับแจ้ง..... เวลา น. ได้รับแจ้งจาก

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวนโรค เวลา..... น. หมายเลขโทรศัพท์

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN อาชีพ

ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) ระดับชั้นการศึกษา

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ซีฟจร 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
คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตาเหลือง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตัวเหลือง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาเจียนเป็นเลือด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ่ายดำ/ถ่ายเป็นเลือด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เลือดกำเดาไหล <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เลือดออกในปาก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

CBC	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา
Hematocrit %					
WBC					
Neutrophil %					
Lymphocyte%					
Atypical Lymphocyte%					
อื่น ๆ ระบุ					
Platelet ต่อ ลบ.มม.					
Prothrombin Time (PT)					
Partial Thromboplastin Time (PTT)					

3.1.2 การตรวจปัสสาวะ (Urin analysis)

วันที่ตรวจ sp.gr pH Cell prot

Renal function test วันที่ตรวจ BUN Creatinine GFR

Liver function test วันที่ตรวจ Total bilirubin Direct bilirubin

SGOT SGPT Albumin T.protein

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

ชนิดตัวอย่างที่ส่งตรวจ	วันที่เก็บตัวอย่าง	วันที่ส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ

4. การรักษา

วันที่พบผู้ป่วย เวลา น. วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก

สถานที่เข้ารับการรักษารั้งแรก จังหวัด

สถานที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน จังหวัด

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

.....

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย

5. ประวัติเสียงในช่วง 14 วันก่อนก่อนป่วย

- 5.1 เคยได้รับวัคซีนป้องกันไข้เหลือง ไม่เคย เคย ได้รับวันที่ได้รับ
- 5.2 มีคนใกล้ชิดป่วยเป็นไข้เหลืองหรือไม่
 ไม่มี มี ระบุชื่อและความสัมพันธ์
- 5.3 มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกผิดปกติหรือไม่
 ไม่มี มี ระบุชื่อและความสัมพันธ์
- 5.4 ในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย ผู้ป่วยเดินทางไปไหนบ้าง ระบุสถานที่ ระยะเวลาที่พำนักอยู่
- 5.4.1
- 5.4.2
- 5.4.3
- 5.4.4
- 5.5 มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศหรือไม่ ไม่เคย เคย ระบุเมือง และประเทศ
- วันที่เดินทางไป สายการบิน เที่ยวบิน เลขที่นั่ง
- วันที่เดินทางไป สายการบิน เที่ยวบิน เลขที่นั่ง
- 5.6 การสำรวจลูกน้ำยุงลาย

สถานที่

Index	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
HI						
CI						
BI						

สถานที่

Index	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
HI						
CI						
BI						

สถานที่

Index	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
HI						
CI						
BI						

แบบสอบถามผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไลลาสาซา (Lassa Hemorrhagic fever: LHF)

ความเป็นมา

วันที่รับแจ้ง..... เวลา น. ได้รับแจ้งจาก

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวนโรค เวลา..... น. หมายเลขโทรศัพท์

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN อาชีพ

ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) ระดับชั้นการศึกษา

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

ข่าวลือ การเสียชีวิต ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่รับข่าว เวลา วันที่สอบสวนโรค เวลา

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

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

(ให้ระบุอาการและอาการแสดงในหน้าถัดไป)

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยต่อเป็นหรือไม่

กลุ่ม	ไข้	อาการและอาการแสดง	วันที่ป่วย (เรียงตามอาการที่แสดง)														ข้อสังเกตอื่น ๆ	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
		ไข้																
		ปวดศีรษะ																
		ไอ																
		เจ็บคอ																
		อาเจียน																
		เจ็บหน้าอกหรือช่องท้อง																
		ตาอักเสบ																
		คออักเสบเป็นหนอง																
		หน้าบวม คอบวม																
		หูหนวกจากพยาธิสภาพที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 8																
		มีอาการเลือดออกตามผิวหนัง																
		อื่น ๆ ระบุ																

การตรวจเอกซเรย์ปอด

วันที่ ผลการตรวจ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

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

3.1.2 การตรวจปัสสาวะ (Urin analysis)

วันที่ตรวจ Urine analysis (UA) BUN Cr
 Liver function tests (LFTs) อื่น ๆ

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

ชนิดตัวอย่างที่ส่งตรวจ	วันที่เก็บตัวอย่าง	วันที่ส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ

4. การรักษา

วันที่พบผู้ป่วย เวลา น. วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก
 สถานที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก จังหวัด
 สถานที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน จังหวัด
 ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
 ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
 การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย

5. ประวัติสัมผัสโรค ภายใน 21 วันก่อนมีอาการป่วย

5.1 มีประวัติสมาชิกในบ้านเป็นผู้ป่วยสงสัยโรคไข้ลาสซา (Lassa)

ไม่ใช่ ใช่ ระบุ ไม่ทราบ
 ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส
 ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย
 ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส

5.2 สัมผัสกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ป่วยสงสัยโรคไข้ลาสซา (Lassa)

ไม่ใช่ ใช่ ระบุ ไม่ทราบ
 ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส
 วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย ระยะเวลาของการสัมผัส
 สถานพยาบาลที่สัมผัส จังหวัด อำเภอ

5.3 มีประวัติร่วมเดินทางกับผู้ป่วยสงสัยโรคไข้ลาสซา (Lassa)

ไม่ใช่ ใช่ ระบุ ไม่ทราบ

ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย ระยะเวลาของการสัมผัส

เส้นทางที่เดินทาง วันที่เดินทาง

5.4 สัมผัสกับอุจจาระสัตว์ป่วยหรือตาย

ไม่ใช่ ใช่ ระบุ ไม่ทราบ

วันที่สัมผัส ระยะเวลาของการสัมผัส

5.5 สัมผัสกับอุจจาระหรือปัสสาวะหนู

ไม่ใช่ ใช่ ระบุ สถานที่สัมผัส

5.6 มีประวัติเดินทางไปพื้นที่ที่มีการรายงานโรค (เช่น แอฟริกาตะวันตก ได้แก่ ประเทศไลบีเรีย, เซียร์ราลีโอน และกินี)

ไม่ใช่ ใช่ ระบุ ไม่ทราบ

แบบสอบถามผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสนิปาค์ (Nipah virus)

ความเป็นมา

วันที่รับแจ้ง..... เวลา น. ได้รับแจ้งจาก

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวนโรค เวลา..... น. หมายเลขโทรศัพท์

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN AN อาชีพ

ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) ระดับชั้นการศึกษา

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ประวัติ/อาการ			
ไข้ (Fever)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะรุนแรง (Headache)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา (Sore eyes)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ชักเกร็ง (Seizures)	<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
รู้สึกสับสน (Confusion)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไม่รู้สีกตัว	<input type="checkbox"/> มี	<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 %
อื่น ๆ
- 3.2 การเพาะเชื้อแบคทีเรียจากเลือด ไม่ได้ทำ ทำ วันที่ ผล
- 3.3 การตรวจตัวอย่างน้ำไขสันหลัง (CSF)
ลักษณะของน้ำไขสันหลัง ชุ่น ใส อื่น ๆ ระบุ.....
WBC RBC Neutrophil % Lymphocyte %
CSF glucose mg/dL CSF protein mg/dL ค่าน้ำตาลในเลือด mg%
3.4 การย้อมเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ไม่ได้ทำ ทำ วันที่ ผล

ชนิดของการตรวจ	การตรวจ		วันที่ เก็บตัวอย่าง	วันที่ตรวจ	ห้องปฏิบัติการ	ผล การตรวจ
Gram stain	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ				
Indian ink	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ				
Culture for bacteria	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ				
Culture for virus	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ				
PCR	<input type="checkbox"/> ไม่ตรวจ	<input type="checkbox"/> ตรวจ				

- 3.5 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา
- HI test เจาะเลือดระยะเฉียบพลัน (Acute) วันที่ ผล
 - เจาะเลือดระยะ Convalescence วันที่ ผล
 - ELISA IgM ซีรัม ไม่ได้ตรวจ
 - ตรวจ วันที่ ผล
 - น้ำไขสันหลัง ไม่ได้ตรวจ
 - ตรวจ วันที่ ผล
 - IFA ซีรัม ไม่ได้ตรวจ
 - ตรวจ วันที่ ผล
 - น้ำไขสันหลัง ไม่ได้ตรวจ
 - ตรวจ วันที่ ผล

4. การรักษา

- วันที่พบผู้ป่วย เวลา น. วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก
- สถานที่เข้ารับการรักษารั้งแรก จังหวัด
- สถานที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน จังหวัด
- ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ
-
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย

5. ประวัติการได้รับวัคซีน

ได้ข้อมูลจาก

JE ไม่ได้รับ
 ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไม่ทราบ

อื่น ๆ ระบุ ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

6. ประวัติสัมผัสโรค

6.1. ประวัติการสัมผัสโรคในช่วง 14 วันก่อนมีอาการป่วย

6.1.1 การสัมผัสสัตว์เลี้ยง และสัตว์อื่น ๆ

เลี้ยงสุกร	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ขายเนื้อสุกร	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ฆ่าสุกร	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ขนส่งสุกรมีชีวิต	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
สัมผัสค่างคาว	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย	ระบุสถานที่
สัมผัสสัตว์อื่น ๆ ระบุ			

6.1.2 มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศในช่วง 14 วันก่อนมีอาการป่วยหรือไม่

ไม่เคย เคย ระบุเมืองและประเทศ

วันที่เดินทางไป สายการบิน เที่ยวบิน ที่นั่ง

วันที่เดินทางกลับ สายการบิน เที่ยวบิน ที่นั่ง

6.1.3 ระหว่างที่อยู่ต่างประเทศ ไปฟาร์มสัตว์หรือไม่ ไม่เคย เคย ระบุสถานที่

6.1.4 การเดินทางภายในประเทศ ในช่วง 45 วันก่อนมีอาการป่วย

ตำบล อำเภอ จังหวัด

สภาพพื้นที่ ทุ่งนา คอกสัตว์ อื่น ๆ ระบุ

6.2 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

6.2 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

6.2.1 สภาพบ้าน	มีมุ้งลวดรอบบ้านหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
	นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
6.2.2 บริเวณรอบบ้าน	มีทุ่งนาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
	มีคอกสัตว์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุชนิดสัตว์
6.2.3 ในหมู่บ้าน	มีฟาร์ม/คอกสัตว์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุชนิดสัตว์
	มีนกพิราบ/ นกเขาชุกชุมหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุชนิดสัตว์

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ป่วยรายอื่น ภายใน 45 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย

- มีสมาชิกในบ้านที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่บ้านติดกัน ละแวกบ้านเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่
 - ไม่มี มี ระบุ
 - ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่
 - ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่
 - ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่
- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่โรงเรียน/ที่ทำงานเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่
 - ไม่มี มี ระบุ
 - ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่
 - ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่
 - ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่
- ผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน
 - ชื่อ อายุ เพศ
 - ชื่อ อายุ เพศ
 - ชื่อ อายุ เพศ

แบบสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก (Marburg virus)/ โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus)

ความเป็นมา

วันที่รับแจ้ง..... เวลา น. ได้รับแจ้งจาก

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวนโรค เวลา..... น. หมายเลขโทรศัพท์

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

ศาสนา สัญชาติ หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล

ทราบว่า มีผู้ป่วยรายนี้จากแหล่งใด

ชาวลี้ การเสียชีวิต ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่

ภูมิสำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ซีฟจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

(ให้ระบุอาการและอาการแสดงในหน้าถัดไป)

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยต่อไปหรือไม่

	วันที่ป่วย (เรียงตามลำดับอาการ)														ข้อสังเกตอื่น ๆ	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
ไข้	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<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	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<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	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<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	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<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	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<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	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<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	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
กลิ่นลำบาก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<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	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ตาแดง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
มีจุดแดงที่ผิวหนัง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
อุจจาระมีเลือดปน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
อาเจียนมีเลือดปน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
เลือดกำเดาไหล	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
เลือดออกตามเหงือก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
อื่นๆ ระบุ																

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet x10³ WBC
 Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
 อื่น ๆ

3.1.2 Liver function tests (LFTs)

วันที่เก็บตัวอย่าง TB DB SGOT..... SGPT Alb

3.1.3 Renal function test

วันที่เก็บตัวอย่าง BUN Cr GFR

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

ชนิดตัวอย่างที่ส่งตรวจ	วันที่เก็บตัวอย่าง	วันที่ส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ

4. การรักษา

วันที่พบผู้ป่วย เวลา น. วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก

สถานที่เข้ารับการรักษารั้งแรก จังหวัด

สถานที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน จังหวัด

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

ไม่ได้ ได้ วันที่ให้การรักษา

ไม่ได้ ได้ วันที่ให้การรักษา

การรักษาอื่น ๆ

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

ถ้าเสียชีวิต มีการทำ Post-mortem skin biopsy ไม่ทำ ทำ ระบุผล

สรุปสถานะผู้ป่วย ยืนยัน เข้าข่าย สงสัย ไม่ใช่ผู้ป่วยใช้ทรพิษ

มีผู้ป่วยรายอื่นที่อาศัยอยู่ในละแวกใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ ไม่มี มี

พบผู้ป่วยรายใหม่ชื่อ นามสกุล

การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย

5. ประวัติสัมผัสโรค ภายใน 21 วันก่อนมีอาการป่วย

5.1 สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสซาร์บวร์ก ในครอบครัว

ไม่ใช่ ใช่ ระบุชื่อ ความสัมพันธ์

อธิบายการสัมผัส

- 5.2 สัมผัสบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสซาร์บวร์ก
 ไม่ใช่ ใช่ ระบุชื่อ
 สถานพยาบาลที่สัมผัส จังหวัด อำเภอ
- 5.3 มีประวัติเดินทางร่วมกับผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสซาร์บวร์ก
 ไม่ใช่ ใช่ ระบุชื่อ
 เส้นทางที่เดินทาง วันที่เดินทาง
- 5.4 สัมผัสกับสัตว์ป่วยหรือตาย (โดยเฉพาะ ลิง แอนติโลปป่า (สัตว์กึ่งคู้ อยู่ในวงศ์วัวและควาย) หนู และค้างคาว)
 ไม่ใช่ ใช่ ไม่ทราบ
 ชนิดสัตว์ที่สัมผัส
 วันที่สัมผัส
 ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส
 สถานที่ที่สัมผัส (เช่น ตอนเดินทางไปแอฟริกา หรือขณะอยู่ในประเทศไทย)
 ชื่อแพทย์ผู้รักษา/ชื่อโรงพยาบาล วันที่
- 5.5 มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสซาร์บวร์ก ในที่อื่น ๆ ระบุ
- 5.6 มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ
 ไม่ใช่ ใช่ ไม่ทราบ
 ประเทศ เมือง
 วันที่เดินทางไป สายการบิน เที่ยวบิน เลขที่นั่ง
 วันที่เดินทางกลับ สายการบิน เที่ยวบิน เลขที่นั่ง

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

- 6.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสซาร์บวร์ก ภายในระยะเวลา 21 วัน
 หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
 ไม่ใช่ ใช่ ไม่ทราบ

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

6.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสซาร์บวร์ก ภายใน
ระยะเวลา 21 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

ไม่มี มี

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

แบบสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสเฮนดรา (Hendra virus disease)

ความเป็นมา

วันที่รับแจ้ง..... เวลา น. ได้รับแจ้งจาก

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวนโรค เวลา..... น. หมายเลขโทรศัพท์

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN AN อาชีพ

ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) ระดับชั้นการศึกษา

ตำบล อำเภอ จังหวัด

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	ปวดกระบอกตา	<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	คอแข็ง (Stiff neck)	<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	ไม่รู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ความรู้สึกสับสน (Confusion)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		
อื่น ๆ ระบุ			

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3$ WBC
Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
อื่น ๆ
- 3.2 การเพาะเชื้อแบคทีเรียจากเลือด ไม่ได้ทำ ทำ วันที่ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 การตรวจตัวอย่างน้ำไขสันหลัง (CSF)
ลักษณะของน้ำไขสันหลัง ชุ่น ใส อื่น ๆ ระบุ.....
WBC RBC Neutrophil % Lymphocyte %
CSF glucose mg/dL CSF protein mg/dL ค่าน้ำตาลในเลือด mg%
3.3.1 การย้อมเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ไม่ได้ตรวจ
 ตรวจ วันที่ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3.2 การตรวจ Indian ink ไม่ได้ตรวจ
 ตรวจ วันที่ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3.3 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรียจากน้ำไขสันหลัง ไม่ได้ตรวจ
 ตรวจ วันที่ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3.4 วิธี Polymerase chain reaction ไม่ได้ตรวจ
 ตรวจ วันที่ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- วันที่พบผู้ป่วย เวลา น. วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก
สถานที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก จังหวัด
สถานที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน จังหวัด
ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย

5. ประวัติการได้รับวัคซีน

- ประวัติการได้รับวัคซีน JE ได้ข้อมูลจาก
- ไม่ได้รับ
 ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ
- ไม่ทราบ

6. ประวัติสัมผัสโรค

- 6.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวัน
- ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ ระบุสถานที่ทำ
- ทำงานในโรงฆ่าสัตว์ ระบุสถานที่ทำ
- อื่น ๆ (ระบุ)
- 6.2 ประวัติการสัมผัสโรค ในช่วง 45 วัน และก่อนป่วย
- 6.2.1 ได้สัมผัสกับสัตว์
- ม้า ไม่เคย เคย ระบุสถานที่
- ค่างควาแม่ไก่ ไม่เคย เคย ระบุสถานที่
- อื่น ๆ (ระบุ) ไม่เคย เคย ระบุสถานที่
- 6.2.2 มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศในช่วง 45 วัน ก่อนป่วยหรือไม่
- ไม่เคย เคย ระบุสถานที่ (ประเทศ)
- วันที่เดินทางไป สายการบิน เที่ยวบิน ที่นั่ง
- วันที่เดินทางกลับ สายการบิน เที่ยวบิน ที่นั่ง
- 6.2.3 ระหว่างที่อยู่ต่างประเทศ ไปฟาร์มสัตว์หรือไม่
- ไม่เคย เคย ระบุสถานที่ วันที่
- 6.3 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม
- 6.3.1 สภาพบ้าน
- มีมุ้งลวดรอบบ้านหรือไม่ ไม่มี มี ระบุชนิดสัตว์.....
- นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่ ไม่มี มี ระบุชนิดสัตว์.....
- 6.3.2 บริเวณรอบบ้าน
- มีทุ่งนาหรือไม่ ไม่มี มี ระบุชนิดสัตว์.....
- มีคอกสัตว์หรือไม่ ไม่มี มี ระบุชนิดสัตว์.....
- ในหมู่บ้าน
- มีฟาร์ม/คอกสัตว์หรือไม่ ไม่มี มี ระบุชนิดสัตว์.....
- มีค่างควาชุกชุมหรือไม่ ไม่มี มี ระบุชนิดสัตว์.....

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ๆ

- 7.1 ผู้ป่วยรายอื่น ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย
- 7.1.1 มีสมาชิกในบ้านที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย

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

7.1.2 มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่บ้านติดกันและละแวกเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

ไม่มี มี

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	วันที่เริ่มป่วย
1					
2					
3					
4					
5					

7.1.3 มีผู้ป่วยอื่นที่อยู่โรงเรียนหรือที่ทำงานเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

ไม่มี มี

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	วันที่เริ่มป่วย
1					
2					
3					
4					
5					

แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยโรคซาร์ส (SARS)/โรคเมอร์ส (MERS)

ความเป็นมา

วันที่รับแจ้ง..... เวลา น. ได้รับแจ้งจาก

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวนโรค เวลา..... น. หมายเลขโทรศัพท์

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN อาชีพ

ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) ระดับชั้นการศึกษา

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ ระบุความสัมพันธ์ อื่น ๆ ระบุ

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

อาการและ อาการแสดง	วันเริ่มป่วย		วันที่หลังวันเริ่มป่วย											
	0		1		2		3		4		5		6	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไข้ (ระบุ Temp ^o C)														
ไอ														
เจ็บคอ														
มีน้ำมูก														
มีเสมหะ														
หายใจลำบาก														
หอบเหนื่อย														

อาการและ อาการแสดง	วันเริ่มป่วย		วันที่หลังวันเริ่มป่วย											
	0		1		2		3		4		5		6	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ปวดกล้ามเนื้อ														
ปวดศีรษะ														
ถ่ายเหลว														
ไม่ได้กลิ่น														
ไม่ได้รส														

- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือโรคประจำตัว ไม่มี มี (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)
- โรคปอดเรื้อรัง เช่น COPD, chronic bronchitis, chronic bronchiectasis, BPD หรือหอบ (asthma) ที่กำลังรักษา
 - โรคหัวใจ เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด, โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ congestive heart failure
 - โรคตับเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง (cirrhosis) โรคไต, ไตวาย
 - เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
 - ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โลหิตจาง (ธาลัสซีเมีย, sickle cell anemia)
 - พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สัปดาห์
 - อ้วน ส่วนสูง เซนติเมตร น้ำหนัก กิโลกรัม (BMI =)
 - มะเร็งที่กำลังรักษา ระบุประเภท อื่น ๆ ระบุ

3. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ Hb mg/dL Hct % Platelet x10³
 WBC Neutrophil % Lymphocyte %
 Atypical lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
 Other

ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ Hb mg/dL Hct % Platelet x10³
 WBC Neutrophil % Lymphocyte %
 Atypical lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
 Other

3.2 Sputum gram stain: วันที่ ผล

3.3 Sputum AFB ครั้งที่ 1 วันที่ ผล
 ครั้งที่ 2 วันที่ ผล
 ครั้งที่ 3 วันที่ ผล

3.4 Sputum culture: วันที่ ผล

3.5 Hemo-culture: วันที่ ผล

3.6 CXR ครั้งที่ 1 วันที่ ผล
 ครั้งที่ 2 วันที่ ผล
 ครั้งที่ 3 วันที่ ผล

3.7 Rapid test (สำหรับไข้หวัดใหญ่) : ระบุชื่อชุดทดสอบ
 วันที่ ผล

3.8 Renal function test: วันที่ ผล BUN Cr GFR

3.9 Liver function test: วันที่ ผล SGOT SGPT
 ALP Total Bilirubin Direct Bilirubin
 Total Protein Albumin Globulin

3.10 การเก็บวัตถุตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่เก็บ เก็บ ระบุตัวอย่างที่เก็บ

Nasopharyngeal swab วันที่เก็บ

Throat swab/ Oropharyngeal swab วันที่เก็บ

Nasopharyngeal swab + Throat swab/Oropharyngeal swab ใน VTM วันที่เก็บ

Nasopharyngeal aspirate ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ

Nasopharyngeal wash ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ

เสมหะในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ

Tracheal suction วันที่เก็บ

ตัวอย่างเลือด ครั้งที่ 1 วันที่เก็บ ครั้งที่ 2 วันที่เก็บ

(กรณีส่งตรวจหา MERS-CoV ควรเก็บตัวอย่างเลือด 8 มล. และการเก็บตัวอย่างครั้งที่สองต้องห่างจากครั้งแรก 14-21 วัน)
 ส่งตรวจที่ วันที่ส่ง เพื่อตรวจหา

4. การรักษา

สถานที่รักษา (ครั้งแรก) วันที่

ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน สถานที่ Admit วันที่

อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล

.....

อาการผู้ป่วยตั้งแต่วันเริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน

.....

อาการอื่น ๆ ระบุ (ถ้ามี)

เครื่องช่วยหายใจ ไม่ใช้ ใช้ ระบุวันที่ใส่

การรักษา ได้รับยาต้านไวรัส ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุชื่อยา

ขนาดที่ได้รับ วันที่เริ่มให้ยา วันที่หยุดยา

การวินิจฉัยเบื้องต้น

.....

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย

.....

กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ได้ทำการผ่าพิสูจน์ศพหรือไม่ ไม่ทำ ทำ ผล

5. ประวัติสัมผัสโรค

5.1 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น สุกร หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม
 อื่น ๆ ที่ป่วย/ตายผิดปกติหรือไม่ทราบสาเหตุ

ไม่มี มี ระบุ (วัน/เดือน/ปี ที่สัมผัส) ชนิดสัตว์

5.2 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านเดินทางไปตลาดหรือสถานที่ที่มีการซื้อขายสัตว์ป่าที่ยังมีชีวิต

ไม่มี มี ระบุชื่อตลาดและชนิดสัตว์

5.3 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้สัมผัสอูฐหรือคัมมอูฐ

ไม่มี มี ระบุลักษณะการสัมผัส

- 5.4 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านอาศัยอยู่ หรือมีการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด
- ไม่มี มี ถ้ามีระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้
- ชื่อประเทศ เมือง/จังหวัด อำเภอ
- วันที่ไป สายการบิน Flight no. เลขที่นั่ง
- วันที่กลับ สายการบิน Flight no. เลขที่นั่ง
- เหตุผลของการเดินทางไปประเทศดังกล่าว
- 5.5 มีประวัติเข้ารับการรักษหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลขณะอยู่ที่ประเทศดังกล่าวหรือไม่
- ไม่มี มี ระบุวันที่เข้าโรงพยาบาล ชื่อโรงพยาบาล
- 5.6 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจหรือไม่
- ไม่มี มี ระบุ
- 5.6.1 สัมผัสกับผู้ป่วยโรค ชาร์ส เมอร์ส โควิด-19 ไข้หวัดนก
- ไข้หวัดใหญ่ โรคอื่น ๆ ระบุ
- 5.6.2 ชนิดของผู้ป่วยที่สัมผัส PUI สงสัย เข้าข่าย ยืนยัน
- 5.6.3 ลักษณะของการสัมผัสใกล้ชิด
- 5.6.4 วันที่สัมผัส
- 5.6.5 การป้องกันตนเองระหว่างการสัมผัส
- 5.7 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ไม่ใช่ ใช่
- 5.8 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ไม่ใช่ ใช่ ระบุ
- 5.9 เป็นผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบที่มีลักษณะเป็นกลุ่มก้อน
- ไม่ใช่ ใช่ ระบุรายละเอียดของผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบรายอื่นที่เป็นกลุ่มก้อน
- ชื่อ-สกุล วันเริ่มป่วย
- อาการ
- การวินิจฉัย โรงพยาบาลที่วินิจฉัย
- ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้
- ระบุรายละเอียดเหตุการณ์ ปัจจัยเสี่ยงของเหตุการณ์นี้ (การพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน)
-
-
- ประวัติการสูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบ ถ้าสูบ ยังสูบ ปริมาณมวน/ซอง ต่อวัน/สัปดาห์
- หยุดสูบ เลิกมานาน
- ประวัติการดื่มสุรา ไม่ดื่ม ดื่ม ถ้าดื่ม ยังดื่ม ปริมาณต่อวัน/สัปดาห์
- หยุดดื่ม เลิกมานาน

6. ประวัติการได้รับวัคซีนโรคติดต่อทางเดินหายใจ

- วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ไม่เคยได้รับ ได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ
- วัคซีนป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจอื่น ๆ ไม่เคยได้รับ ได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ
- วันที่รับแจ้ง เวลา หมายเลขโทรศัพท์

ส่วนที่ 1 การค้นหาผู้สัมผัส (รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระยะเวลาป่วย ระบุลักษณะการสัมผัสถ้ามีโอกาสการป่วยสามารถระบุอาการด้วย)

ที่	ชื่อ-สกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่/ หมายเลขโทรศัพท์	วันที่สัมผัส	ลักษณะการสัมผัส	ป่วย/ไม่ป่วย กรณีป่วย ระบุวันเริ่มป่วยและ อาการ	การใส่อุปกรณ์ ป้องกัน

ส่วนที่ 2 การติดตามลักษณะอาการผู้ป่วยหลังการสอบสวน

อาการและ อาการแสดง	วันที่หลังนอนโรงพยาบาล													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
ไข้ (ระบุ Temp °c)	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไอ														
เจ็บคอ														
มีน้ำมูก														
มีเสมหะ														
หายใจลำบาก														
หอบเหนื่อย														
ปวดกล้ามเนื้อ														
ปวดศีรษะ														
ถ่ายเหลว														
อุณหภูมิร่างกายสูงสุด														
อุณหภูมิร่างกายต่ำสุด														
ชีพจรสูงสุด														
Oxygen sat														

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่าผิดปกติ		
สิ่งที่ตรวจ	วันที่เก็บ	ผลการตรวจ
CBC		
CXR		
Sputum gram stain		
Sputum culture		
Hemoculture		
อื่นๆ		

การตรวจหาเชื้อปอดอักเสบ	วันที่เก็บ	ผลการตรวจ
Influenza A		
Influenza B		
Adeno virus		
Respiratory syncytial virus		
Corona virus ครั้งที่ 1		
Corona virus ครั้งที่ 2		
Chlamydia		
Mycoplasma		
Legionella		
อื่นๆ		

แบบสอบถามโรควัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB)

ความเป็นมา

วันที่รับแจ้ง..... เวลา น. ได้รับแจ้งจาก

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวนโรค เวลา..... น. หมายเลขโทรศัพท์

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม.

อาชีพ ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์

โรคประจำตัว ไม่มี DM HT Chronic Kidney Disease COPD

Cancer ระบุ อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ประวัติการเดินทาง/ย้ายถิ่นฐาน

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย บ้านไม้ บ้านปูน ทาวน์เฮ้าส์ บ้านเช่า/หอพัก

คอนโดมิเนียม อื่น ๆ ระบุ

สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) ระดับชั้นการศึกษา

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

สัตว์เลี้ยงที่บ้าน ไม่มี มี โปรดระบุชนิดและจำนวน

สุนัข จำนวน ตัว แมว จำนวน ตัว นก จำนวน ตัว

อื่น ๆ ระบุ จำนวน ตัว

2. ประวัติการเจ็บป่วย

เคยป่วยเป็นวัณโรคมาก่อนหรือไม่ ไม่เคย เคย ระบุปีที่ได้รับการวินิจฉัย

อาการและอาการแสดง

ไอ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไอเรื้อรังระบุเวลา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	น้ำหนักลด	กก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เหงื่อออกกลางคืน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ		

3. ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยเป็นวัณโรค และวัณโรคดื้อยา

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

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ยืนยันว่าเป็น XDR-TB

วันที่เก็บเสมหะ	วันที่ทราบผล	วิธีการทำ DST	ชื่อ lab ที่ตรวจ	หมายเหตุ

5. การรักษาวัณโรค/วัณโรคดื้อยา ที่ได้รับจนถึงในปัจจุบัน

วันที่ถึงวันที่	รพ.ที่รักษา	ยาที่ได้รับ	ผลการรักษา	หมายเหตุ

6. สิ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

7.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (Household contact) หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย (index case) จำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด คน ประกอบด้วย

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

7.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิด (Close contact) หมายถึงบุคคลที่ไม่ได้อาศัยร่วมบ้านแต่อยู่ร่วมกันในพื้นที่เฉพาะ โดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาเฉลี่ยวันละ 8 ชั่วโมง หรือ 120 ชั่วโมงใน 1 เดือน ในช่วงระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา

ลำดับ	สถานที่	จำนวน (คน)	อาการป่วย	หมายเหตุ
1.			<input type="checkbox"/> เพื่อนร่วมงาน <input type="checkbox"/> เพื่อนบ้าน <input type="checkbox"/> ร่วมห้องเรียน <input type="checkbox"/> HCW	
2.			<input type="checkbox"/> เพื่อนร่วมงาน <input type="checkbox"/> เพื่อนบ้าน <input type="checkbox"/> ร่วมห้องเรียน <input type="checkbox"/> HCW	
3.			<input type="checkbox"/> เพื่อนร่วมงาน <input type="checkbox"/> เพื่อนบ้าน <input type="checkbox"/> ร่วมห้องเรียน <input type="checkbox"/> HCW	
4.			<input type="checkbox"/> เพื่อนร่วมงาน <input type="checkbox"/> เพื่อนบ้าน <input type="checkbox"/> ร่วมห้องเรียน <input type="checkbox"/> HCW	
5.			<input type="checkbox"/> เพื่อนร่วมงาน <input type="checkbox"/> เพื่อนบ้าน <input type="checkbox"/> ร่วมห้องเรียน <input type="checkbox"/> HCW	

ประเภทกลุ่มผู้สัมผัส	จำนวนทั้งหมด	ส่ง CXR	ผล CXR	ถามอาการ	อาการผิดปกติ	ส่ง AFB	ผล AFB	ส่ง Xpert	ผล Xpert	Rresistant	ทำ WGS	วินิจฉัย TB

7.3 แผนภูมิผู้สัมผัสร่วมบ้านรายผู้ป่วย XDR-TB (ที่อยู่ของผู้ป่วย)



7.4 แผนภาพผู้สัมผัสร่วมบ้าน : (แหล่งอ้างอิง)

8. สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5