

แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยกาฬโรค (Plague)

| ผู้ให้ข้อมูล ชื่อผู้สอบสวน หน่วยงาน | | . หมายเลขโทร ตำแหน่ง . อำเภอ | ศัพท์ |
|---|--|---------------------------------------|--|
| 1. ข้อมูลทั่วไป | | | |
| เลขที่บัตรประชาชน □ - HN | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | □ - □ อายุ พ หมายเลขโ อหมู่บ้าน/ชุมชน | ในเขต อบต.อำเภอ |
| 2. อาการและอาการแสเ | ดง | | |
| มีอาการป่วยหรือไม่ วันที่เริ่มป่วยการตรวจร่างกายแรกรับ | | | ชีพจรครั้ง/นาที ความดันโลหิตมม.ปรอท |
| 2.1 กาฬโรคต่อมน้ำเหลือ | อง | | |
| ไข้ | 🗌 มี 🗌 ไม่มี 🗌 ไม่ทราบ | หนาวสั่น | 🗌 มี 🗌 ไม่มี 🗌 ไม่ทราบ |
| คลื่นใส้ | 🗌 มี 🗎 ไม่มี 🗎 ไม่ทราบ | เจ็บคอ | 🗌 มี 🗎 ไม่มี 🗌 ไม่ทราบ |
| ต่อมน้ำเหลืองบวมโต ระบุ | 🗌 มี 🗌 ไม่มี 🗌 ไม่ทราบ | ม้ามโต | ่ มี |

| 2.2 กาฬโรคของโลหิต | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------|------------------|--|---------------------|-----------------|
| ไข้ | 🗌 มี 🗌 ไม่มี | 🗌 ไม่ทราบ | ปวดศีรษะ | 🗌 มี 🗌 ไม | เมี 🗌 ไม่ทราบ |
| คลื่นไส้ | 🗌 มี 🗌 ไม่มี | 🗌 ไม่ทราบ | อาเจียน | 🗌 มี 🗌 ไม | เมี 🗌 ไม่ทราบ |
| หนาวสั่น | 🗌 มี 🗌 ไม่มี | 🗌 ไม่ทราบ | เยื่อหุ้มสมองอักเสบ | 🗌 มี 🗌 ไม | เมื 🗌 ไม่ทราบ |
| ทอนซิลอักเสบ | 🗌 มี 🗌 ไม่มี | 🗌 ไม่ทราบ | | | |
| คอหอยอักเสบ | 🗌 มี 🗌 ไม่มี | 🗌 ไม่ทราบ | | | |
| มีจ้ำเลือดตามผิวหนัง | 🗌 มี 🗌 ไม่มี | 🗌 ไม่ทราบ | | | |
| อื่น ๆ ระบุ | | | | | |
| 2.3 กาฬโรคปอด | | | | | |
| ไข้ | 🗌 มี 🗌 ไม่มี | 🗌 ไม่ทราบ | ไอ | นี | ไม่มี 🗌 ไม่ทราเ |
| ไอปนเลือด | 🗌 มี 🗌 ไม่มี | 🗌 ไม่ทราบ | หอบเหนื่อย | 🗌 มี 📗 | ไม่มี 🗌 ไม่ทราเ |
| หนาวสั่น | 🗌 มี 🗌 ไม่มี | 🗌 ไม่ทราบ | CXR | | |
| อื่น ๆ ระบุ | | | | | |
| 1 9 | | | | | |
| 3. การตรวจทางท้องเ | Jฏิบ <mark>ัติ</mark> การ | | | | |
| ชนิดตัวอย่างที่ส่งตรวจ | วันที่เก็บตัวอย่าง | วันที่ส่งตรวจ | วิธีการตรวจ | สถานที่ตรวจ | ผลการตรวจ |
| 🗌 หนอง | | | | | |
| 🗌 น้ำไขสันหลัง | | | | | |
| 🗌 เลือด | | | | | |
| 🗌 ซีรั่มคู่ | | | | | |
| 🗌 อื่น ๆ | | | | | |
| 4. การรักษา | | | | | |
| | 10 | 22 | | y 00 = 11 = 0 | |
| วันที่พบผู้ป่วยสถานที่เข้ารับการรักษา | เง เครั้งแรก | ถ เน | สนทเขาสบกาสสกษา | าะเงนเมา จังหวัด | ••••• |
| สถานที่เข้ารับการรักษา | ในปัจจบัน | | | จังหวัด | |
| ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ | | | | | |
| | | | | | |
| ประเภทผู้ป่วย |] ผู้ป่วยนอก • • • • | ∐ ผู้ป่วยใน □ | ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเ | ติมในชุมชน ¬ | |
| ผลการรักษา [การวินิจฉัย | ่ | ∟ หาย ≈ | ่ ∐ เสยชวต L | ่ 🗆 สงตอ ระบุ | |
| แ เ | | าน | ทง เทน เบ | | |
| 5. ประวัติสัมพัสโรค | | | | | |
| 5.1 ในระยะ 14 วันก่อ | นป่วย เดินทางเข้าเ | ป่า ทำกสิกรรม ห | หรือทำกิจกรรมกลางแ | จ้ง หรือไม่ | |
| | 1 | | กรรม | | |
| สถานที่ | | พิกัด GPS | | | |

5.2 ในระยะ 14 วันก่อนป่วย โดนหมัดหรือแมลงอื่น ๆ กัดหรือไม่ 🗌 ไม่ใช่ 🔲 ใช่ ระบุชนิด

| 5.3 ใน | เระยะ 14 วันก่อนป่วย | J สัมผัสสัตว์เลี้ยง <i>ล</i> ู | ลูกด้วยนมหรือไม่ วันที่สัมผัส | 1 | |
|-------------|-----------------------|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------|--------------|
| ป | ระเภทของสัตว์ | 🗌 สัตว์ป่า/สัตว์ทิ | โอยู่ในธรรมชาติ | 🗌 สัตว์เลี้ยง | |
| | | 🗌 สัตว์ฟันแทะ | | | |
| ลั | ้ กษณะการสัมผัส | 🗌 ล่า/จับมาบริโ | ภค 🗌 โดนกัด/ข่วน | 🗌 อื่น ๆ | |
| র | ถานที่ | ที่ | โก้ด GPS | | |
| 5.4 ใน | เระยะ 14 วันก่อนป่วย | บ มีผู้ที่มีอาการคล้ | ้ายกันในละแวกบ้านหรือที่ท่ | กงานหรือไม่ 🗌 โ | ม่มี 🗌 มี |
| ซึ่ | ខ | | นามสกุล | | |
| ที่ | อยู่ | | รักษาที่ | | |
| สื | ଡ | | นามสกุล | | |
| ที่ | ១ប្ត់ | | รักษาที่ ายกันในละแวกบ้านหรือที่ทํ | | |
| 5.5 ใน | เระยะ 14 วันหลังป่วย | เมีผู้ที่มีอาการคล้ | ายกันในละแวกบ้านหรือที่ทำ | างานหรือไม่ 🗌 ไ | ม่มี 🗌 มี |
| ซึ่ | ខ | | นามสกุล | | |
| ที่ | อยู่ | | รักษาที่ | | |
| व | อ | | นามสกุล | | |
| | | | รักษาที่ | | |
| | | | l วันที่ผ่านมาหรือไม่ | | |
| | | | เมือง | | |
| 5.7 มีเ | ประวัติทำงานในห้องเ | ฏิบัติการหรือไม่ | 🗌 ไม่มี 🔲 มี ระบุรายละ | เอียด | |
| | | | | | |
| 6. ພູ້ສັນແ່ | ัสโรครายอื่น ๆ | | | | |
| ลำดับที่ | ชื่อ - นามสกุล / | | ลักษณะการสัมผัสโรค | อาการป่วย | วันเริ่มป่วย |
| | โทรศัพ | ท์ | | | |
| | | | | ่ □ไม่มี □มี | |
| | | | | | |
| | | | | ่ □ไม่มี □มี | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยไข้ทรพิษ (Smallpox)

| ความเป็นมา | | | | | |
|--|---|---------------|-------------------------|----------------|------------------|
| วันที่รับแจ้ง | | | | | |
| ผู้ให้ข้อมูล | | | | | |
| ชื่อผู้สอบสวน | | | | | |
| หน่วยงาน | | | | | |
| วันที่สอบสวนโรค | เวลา | น. หมายเล | ลขโทรศัพท์ | | |
| 1. ข้อมูลทั่วไป | | | | | |
| ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เ เลขที่บัตรประชาชน 🗆 - 🔲 🗆 | ด็กชาย/เด็กหญิง)] [] [] [] [] [|] |] อายุ ปี | เดือน เพศ 🗆 |] ชาย 🗌 หญิง |
| HN AN | | | | | |
| ศาสนาเชื้อช | | | | | |
| ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ | หมู่ที่ | ชื่อหมู่บ้าน/ | ชุมชน | | |
| ซอย ถนน | | | | | |
| จังหวัด | | | | | |
| | | | 🗌 ในเขต | | |
| ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ | | | | | |
| ซอย ถนน | | | | | |
| จังหวัด | | | | | |
| ପ୍ରଥ୍ୟ ଓ | | | 🗌 ในเขต | | |
| สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็น • | | | | | |
| ตำบล | | | | | |
| ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วย | อายุตากวา 15 ป) | | หมายเลข | เทรศพท | ••••• |
| 2. อาการและอาการแสดง | | | | | |
| มีอาการป่วยหรือไม่ 🔲 ี่ | ไม่มี 🗌 มี | | | | |
| วันที่เริ่มป่วยเว | วลา น. | | | | |
| การตรวจร่างกายแรกรับ ส | อุณหภูมิกาย | องศาเซลเซีย | ยส ชีพจร | ครั้ง/นาที | |
| หาย | ใจ | ครั้ง/นาที | ความดันโล | าหิต | มม.ปรอท |
| 2.1 อาการและอาการแสดง | | | | | |
| ไข้ | 🗌 มี 🗌 ไม่มี | 🗌 ไม่ทราบ | ถ้ามี วันที่เริ่มมีไข้ | | |
| ผื่น | 🗌 มี 🗌 ไม่มี | 🗌 ไม่ทราบ | ถ้ามี วันที่เริ่มมีผื่น | | |
| มีอาการไอ ก่อนมีผื่นขึ้นหรือไม่ | 🗌 มี 🗌 ไม่มี | 🗌 ไม่ทราบ | วันที่เริ่มไอ | | |
| อาการอื่น ๆ ก่อนวันที่เริ่มมีผื่น | | | | | |
| ปวดศีรษะ | 🗌 มี 🗌 ไม่มี | 🗌 ไม่ทราบ | ปวดหลัง | 🗌 มี 🗌 ไม่มี 🗆 |] ไม่ทราบ |
| หนาวสั่น | 🗌 มี 🗌 ไม่มี | 🗌 ไม่ทราบ | อาเจียน | 🗌 มี 🗎 ไม่มี 🗆 |] ไม่ทราบ |
| อาการอื่น ๆ | | | | | |

| 2.2 ชนิดของรอยโรคที ☐ Papules ☐ ไม่ทราบ | ทิพปในครั้งแรกของวั ☐ Vesicles | | | os | |
|---|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--|----------------|
| □ ทั่วไป โดยเฉ□ เฉพาะที่ ไม่ก | พาะใบหน้า ปลายแ พาะลำตัว (Centrip | etal) | | | |
| 3. การตรวจทางห้อง | | | | | T |
| ชนิดตัวอย่างที่ส่งตรวจ | วันที่เก็บตัวอย่าง | วันที่ส่งตรวจ | วิธีการตรวจ | สถานที่ตรวจ | ผลการตรวจ |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 4. การรักษา | | | | | |
| วันที่พบผู้ป่วย | | ลาน. | วันที่เข้ารับการรักษ | าครั้งแรก | |
| สถานที่เข้ารับการรักษา | าครั้งแรก | | | จังหวัด | |
| สถานที่เข้ารับการรักษ [.] ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ | าเนบจจุบน | | | จงหวด | |
| | | | | | |
| ประเภทผู้ป่วย [| 🗌 ผู้ป่วยนอก | 🗌 ผู้ป่วยใน | 🗌 ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเ | ติมในชุมชน | |
| ผลการรักษา | ่ กำลังรักษา ¬ • • • | ่ หาย □ .ช่ | ่ | ่ ส่งต่อ ระบุ า : ฺ ฺ ฺ ฺ ฺ ฺ ฺ ฺ ฺ ฺ ฺ ฺ ฺ ฺ ฺ ฺ ฺ ฺ | ۹. |
| สรุปสถานะผู้ป่วย [ถ้าไม่ใช่เกิดจากโรคไข้ท | ⊔ ยนยน เรพิษ ระบการวิบิจส์ | ่∟ เขาขาย กัย | ่⊔ สงสย | ่ | M.A. |
| 61 1000 6 0 61 171 0 11 16 67 16 0 7 | | | 010 | VI 0 1711 10 | ••••• |
| 5. ประวัติเสี่ยงในช่วง | 3 สัปดาท์ก่อนป่ | ЭВ | | | |
| 5.1 เคยได้รับวัคซีนปัธ | งกันไข้ทรพิษ/ปลูกโ | ฝี หรือไม่ 🗆 ไร | ม่เคย 🗌 เคย ระเ | ุช่วงเวลา | |
| 5.2 มีประวัติเดินทางไ วันที่เดินทางไป | ปต่างประเทศ 🗌 |]ไม่มี 🗆 มี | ระบุประเทศ/เมือง | | d & |
| วันทีเดินทางไป วันที่เลิ้มหลาลลับ | สาย สาย | การบีน ภารบิน | เพียว | ปืน | ที่นั่ง ่่ง |
| านทเดนทางกลบ 5.3 มีประวัติสัมผัสผู้ป่ | ส เย วยที่มีอาการเช่นเดีย | หารบน หวกับผ้าไวย 🏻 🗎 | เทย ภ ไม่มี 🗌 มีระบุชื่อ/ | บน 'ความสัมพันธ์ | ทนง |
| 5.4 ประวัติเสี่ยงอื่น ๆ | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออกไครเมียนคองโก

(Crimean-Congo hemorrhagic fever)

| คว | ามเป็นมา วันที่รับแจ้ง เวลา น. ได้ ผู้ให้ข้อมูล หม ชื่อผู้สอบสวน ตำ หน่วยงาน อำ | มายเลขโทรศัพท์ แหน่ง | | |
|----|--|---|--|--------|
| | วันที่สอบสวนโรคเวลาน. หม | | | |
| 1. | ข้อมูลทั่วไป | | | |
| | ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) | ☐ - ☐ อายุหมายเลขโทรศังบ้าน/ชุมชน | ปี เดือน เพศ 🗌 ชาย [พท์ | ่ หญิง |
| | ชอย | ร์ 🗌 | ในเขตเทศบาลเมือง ในเขต อบต. | |
| | ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ | 5 <u></u> | อำเภอ ในเขตเทศบาลเมือง | |
| | ในเขตเทศบาลตำห สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) | | ระดับชั้นการศึกษา | |
| | ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) แหล่งที่มาข้อมูล | _ | ามายเลขโทรศัพท์ร รับการรักษาในโรงพยาบาล | |
| 2. | อาการและอาการแสดง | | | |
| | มีอาการป่วยหรือไม่ | | พจรครั้ง/นาที | |
| | หายใจครั้ง/น | าที ค | วามดันโลหิต มม.ปร | อท |

(ให้ระบุอาการและอาการแสดงในหน้าถัดไป)

2. อาการและอาการแสดง

มือาการป่วยต่อไปนี้หรือไม่

| | | | | | | | 2, | ที่ป่วย | ເຊີຍ | วันที่ป่วย (เรียงตามลำดับอาการ) | ลำดับ | อากา | 2 | | | | ข้อสังเกตอื่น ๆ |
|---------------------|-------------------|-------|-----------|---|---|----|----|---------|------|---------------------------------|-------|------|----|----|----|----|-----------------|
| (a) | อาการและอาการแสดง | รแสดง | | - | 7 | 60 | 4 | 5 | 9 | 7 8 | 0 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | |
| الم الم | 1 7 | | ใม่ทราข | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดศีรษะ | ਾ = | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| คลื่นใส้/อาเจียน | 1 <i>a</i> | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| เบื่ออาหาร | 17 | | ใม่ทราข | | | | | | | | | | | | | | |
| ถ่ายเหลว | 1 <i>a</i> | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| อ่อนเพลีย | 174 | | ใม่ทราข | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดท้อง | 1 <i>a</i> | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ | 1 <i>a</i> | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| กลืนลำบาก | 1 <i>a</i> | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| หายใจลำบาก | 1 <i>a</i> | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| ะผาแตง | 1 <i>a</i> | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| มีจุดแดงที่ผิวหนัง | 1 <i>a</i> | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| อุจจาระมีเลือดปน | 17. | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| อาเจียนมีเลือดปน | 1 ∓ | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| เลือดกำเดาใหล | 1 ∓ | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| เลือดออกตามเหงือก | ₫ ~ | | ่ ไม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| កំនុន ៤ ពិ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 3.1 | วันที่ส่งตรวจ Neutrophil อื่น ๆ | ากความสมบูรณ์ของ Hct % Lymphc | | % Eosinophil | x10³ WBC % Monod | yte% |
|---|---|---|---|---|---|-----------|
| | 3.1.3 Renal fur | nction test | | | SGPT GFR | |
| 3.2 | การตรวจทางห้อง | ปฏิบัติการจำเพาะ | | | | |
| ชนิดตั | วอย่างที่ส่งตรวจ | วันที่เก็บตัวอย่าง | วันที่ส่งตรวจ | วิธีการตรวจ | สถานที่ตรวจ | ผลการตรวจ |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 4. การ วันที่ | | | ลา น. ′ | | าครั้งแรก | |
| สถาเ สถาเ | มที่เข้ารับการรักษา มที่เข้ารับการรักษา | เครั้งแรก เในปัจจุบัน | | | จังหวัด จังหวัด | |
| ผลกา ถ้าเสี สรุปส มีผู้ป่ พบผู้ | ารรักษา [ยชีวิต มีการทำ Pc สถานะผู้ป่วย [วยรายอื่นที่อาศัยอ ป่วยรายใหม่ชื่อ |] ยืนยัน ยูในละแวกใกล้เคีย | ่ พ่าย piopsy ิเข้าข่าย งกับผู้ป่วยรายนี้หรื | ผู้ป่วยค้นหาเพิ่ เสียชีวิต ไม่ทำ สงสัย อไม่ ไม่มี นามสกุล | มเติมในชุมชน □ ส่งต่อ ระบุ □ ทำ ระบุผล □ ไม่ใช่ผู้ป่วยไข้ท | รพิษ |

5. ประวัติสัมพัสโรค ภายใน 14 วันก่อนมีอาการป่วย

| 5.1 | ส้มผัสกับผู้ป่วยสงสัยไรคไข้ | เลือดออกโคเมียนคองโ | กในครอบครัว | | | |
|-----|--|---------------------------|---------------------|-------------------|-------------------|-----|
| | 🗌 ไม่ใช่ 💮 ใช่ ระบุ | ชื่อ | P | าวามสัมพันธ์ | | |
| | อธิบายการสัมผัส | | | | | |
| 5.2 | สัมผัสบุคลากรทางการแพท | าย์ที่เป็นผู้ป่วยสงสัยโรค | ไข้เลือดออกไครเ | มียนคองโก | | |
| | ่ | ชื่อ | | | | |
| | ☐ ไม่ใช่☐ ใช่ ระบุสถานพยาบาลที่สัมผัส | | จังหวัด | อำเส | กอ | |
| 5.3 | มีประวัติเดินทางร่วมกับผู้ป่ | | | | | |
| | ่ | บชื่อ | | | | |
| | เส้นทางที่เดินทาง | | วันที่เดิน | ทาง | | |
| 5.4 | สัมผัสกับสัตว์ป่วยหรือตาย | (โดยเฉพาะ ลิง แอนติโ | ้ลปป่า (สัตว์กีบคู่ | อยู่ในวงศ์วัวและค | วาย) หนู และค้างค | าว) |
| | | ่ ไม่ทราบ | v | V | v | |
| | ชนิดสัตว์ที่สัมผัส | | | | | |
| | วันที่สัมผัส | | | | | |
| | ชนิดและระยะเวลาของการ | เส้มผัส | | | | |
| | สถานที่ที่สัมผัส (เช่น ตอนเ | ดินทางไปแอฟริกา หรื | อขณะอยู่ในประเว | ทศไทย) | | |
| | ชื่อแพทย์ผู้รักษา/ชื่อโรงพย | | | | | |
| 5.5 | υ | | | | | |
| | □ ไม่ใช่ □ ใช่ □ ใ ใ ใ ใ □ ใ ใ ใ ใ □ ใ ใ ใ ใ | ่ ไม่ทราบ | | | | |
| | วันที่โดนกัด | | | | | |
| | สถานที่ที่โดนกัด (เช่น ตอน | แดินทางไปแอฟริกา หรื | ของณะอยู่ในประ | เทศไทย) | | |
| | ชื่อแพทย์ผู้รักษา/ชื่อโรงพย | าบาล | วัน | ที่ | | |
| 5.6 | มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยสงสัยโ | | | | | |
| | มีประวัติเดินทางไปต่างประ | | ' | , 4 | | |
| | ไม่ใช่ | ่ ไม่ทราบ | | | | |
| | ประเทศ | | | | | |
| | วันที่เดินทางไป | สายการบิน | | เที่ยวบิน | เลขที่นั่ง | |
| | วันที่เดินทางกลับ | | | | | |

6. การค้นหาผู้ส้มพัสโรค

6.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกไครเมียนคองโก ภายในระยะเวลา 14 วัน หลังวันเริ่มป่วยของ ผู้ป่วยรายนี้ 🗆 ไม่มี 🗆 มี อายุ (ปี) | เพศ ลำดับ ชื่อ-สกุล อาการป่วย 1 2 3 4 5 6.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกไครเมียนคองโก ภายในระยะเวลา 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้ 🔲 ไม่มี 🔲 มี ชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์ ลำดับ อาการป่วย อายุ (ปี) เพศ 🗌 ไม่มี 🗎 มี ระบุ วันที่เริ่มป่วย 🗌 ไม่มี 🗎 มี ระบุ วันที่เริ่มป่วย 2 🗌 ไม่มี 🗌 มี ระบุ วันที่เริ่มป่วย 3 🗌 ไม่มี 🗌 มี ระบุ วันที่เริ่มป่วย 4 🗌 ไม่มี 🗌 มี ระบุ วันที่เริ่มป่วย

5

แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไข้เวสต์ไนล์ (West nile fever)

| ความเป็นมา | | | |
|---|--------------------|---|------------------------|
| วันที่รับแจ้งเวลา | | | |
| ผู้ให้ข้อมูล | | | |
| ชื่อผู้สอบสวน | | | |
| หน่วยงาน | | | |
| วันที่สอบสวนโรคเวลา | น. หมายเ | ลขโทรศัพท์ | |
| 1. ข้อมูลทั่วไป | | | |
| ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็ก | หญิง) | | |
| เลขที่บัตรประชาชน 🗌 - 🔲 🗎 🗎 - 🔲 | | 🗌 อายุ ปี | เดือน เพศ 🗌 ชาย 🗌 หญิง |
| HN AN | | | |
| ศาสนา เชื้อชาติ | | | |
| ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ทิ | | | |
| ซอย ถนน | | | |
| จังหวัด | | แนเขตเทศบา ในเขต อบต. | |
| ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ | | | |
| ซอยถนนถนน | ที่มูบ เผ/ บุ๋ม บน | ลำเ กล | |
| จังหวัด | | | |
| | | 🗌 🏻 ในเขต อบต. | |
| สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) | | ระดับชั้นการ | ศึกษา |
| ตำบล อำ | | | |
| ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 1 | 15 ปี) | หมายเลขโทรศัท | งท์ |
| | | | |
| 2. อาการและอาการแสดง | | | |
| มีอาการป่วยหรือไม่ 🗌 ไม่มี | 🗌 มี วันที่เริ่มปร | າຍ ເວລາ | น. |
| การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิกาย | องศาเซลเซี | รียส ชีพจร | ครั้ง/นาที |
| หายใจ | ครั้ง/นาที | ความดันโลหิต | มม.ปรอท |
| | อาการและอาการเ | แสดง | |
| ไข้ (Fever) | 🗌 มี | ่ | ่ □ไม่ทราบ |
| ปวดศีรษะรุนแรง (Headache) | ่ ี่มี | ่ ไม่มี | ่ ่ ไม่ทราบ |
| ปวดกระบอกตา (Sore eyes) | 🗌 มี | ่ | ่ □ไม่ทราบ |
| ชักเกร็ง (Seizures) | า | ่ ไม่มี | ่ ่ ่ไม่ทราบ |
| คอแข็ง (Stiff neck) | | ่ | □ไม่ทราบ |
| รู้สึกสับสน (Confusion) | า | _ ไม่มี | ่ ่ ไม่ทราบ |
| ไม่รู้สึกตัว | า | ่ ไม่มี | ่ ่ ไม่ทราบ |
| อื่น ๆ ระบุ | | | |

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

| | | มสมบูรณ์ของเม็ | | | | | |
|------------------|---|---|---|------------------------------------|----------------|----------------------|---------------|
| วันที่ส่ง | าตรวจ | | Hct | % Plate | let | x10 ³ WBC | - |
| อื่น ๆ | | | | | | % Mono | |
| 3.2 การเพ | าะเชื้อแบค | เทีเรียจากเลือด | □ 'l', '' | ได้ทำ 🗌 ทำ | วันที่ | ผล | |
| | | ู เน้าไขสันหลัง (เ | | | | | |
| | | | |]ใส | เ ๆ ระบุ | | |
| | | | | | | % Lymphoc | |
| | | | | | | า่าน้ำตาลในเลือด | |
| 3.4 การย้อ | มเชื้อจากเ | เ๋าไขสันหลัง | ☐ ไม่ได้ทำ | 🗌 ทำ วันที่ | | ผล | |
| ชนิดของกา | รตรวจ | การต | รวจ | วันที่ เก็บตัวอย่าง | วันที่ตรวจ | ห้องปฏิบัติการ | ผล การตรวจ |
| Gram stain | | ่ ่ ไม่ตรวจ | 🗌 ตรวจ | | | | |
| Indian ink | | ่ ∐ไม่ตรวจ | 🗌 ตรวจ | | | | |
| Culture for b | acteria | ่ □ไม่ตรวจ | 🗌 ตรวจ | | | | |
| Culture for v | irus | ่ □ไม่ตรวจ | 🗌 ตรวจ | | | | |
| PCR | | ่ ่ ไม่ตรวจ | 🗌 🗆 ตรวจ | | | | |
| เจาะ | est เจาะเลื เลือดระยะ A IgM ถึ | อดระยะเฉียบท Convalescer ชีรั่ม [เ้าไขสันหลัง [ชีรั่ม [เ้าไขสันหลัง [| nce วัน ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วัน ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วัน ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วัน สมได้ตรวจ | ู่เที่ เ เที่ จ จ จ | 1 | ผล ผล ผล ผล | |
| 4. การรักษา | | | | | | | |
| วันที่พบุผู้ป่ว | າຍ | v | เวลา | น. วันที่เ | เข้ารับการรักษ | ภครั้งแรก | |
| | | | | | | จังหวัด | |
| | | | | | | จังหวัด | |
| ยาปฏิชีวนะ | ทีได้รับ | | | | | | |
| ประเภทผู้ป่ว | ງຍ [|] ผู้ป่วยนอก] | 🗌 ผ้ป่ว | ยใน 🗌 ผ้า | ป่วยค้นหาเพิ่ม | | |
| ผลการรักษา | | ่ กำลังรักษา | ่∐ หาย | ુ ને ∘ | เยชวัต ! | 🗌 ส่งต่อ ระบุ | |
| การวนจฉย | | | | า วนทจาหา | มาย | | |

| 5. | ประวัติกา | รได้รับวัคซิน | | | | |
|----|---------------|------------------|--------------------------|------------------------|---------------------------------|--------|
| | ได้ข้อมูลจา | ก | | | | |
| | JE | 🗌 ไม่ได้รับ | | | | |
| | | 🗌 ได้รับ | ครั้ง ครั้งสุดท้า | ยเมื่อ | | |
| | | 🗌 ไม่ทราบ | , | | | |
| | อื่น ๆ ระบุ . | | ได้รับค | รั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ | | |
| | | _ | | | | |
| 6. | ประวัติสัม | เพัสโรค | | | | |
| | 6.1. ประวัต | ติการสัมผัสโรคใ | นช่วง 14 วันก่อนมือว | เการป่วย | | |
| | 6.1.1 | การสัมผัสสัตว์ | เศรษฐกิจ และสัตว์อื่น | , ી | | |
| | | เลี้ยงสุกร | 🗌 ไม่เคย | 🗌 เคย | 🗆 ไม่ทราบ ระบุสถานท | d |
| | | ขายเนื้อสุกร | 🗌 ไม่เคย | 🗌 เคย | 🗆 ไม่ทราบ ระบุสถานท | Ä |
| | | ฆ่าสุกร | 🗌 ไม่เคย | 🗌 เคย | 🗆 ไม่ทราบ ระบุสถานท | Ž |
| | | ขนส่งสุกรมีชีวิ | ต 🗌 ไม่เคย | 🗌 เคย | | ₫ |
| | 6.1.2 | การสัมผัสกับสั | ัตว์ | | | |
| | | หมู | ่ | 🗌 เคย | 🗆 ไม่ทราบ ระบุสถานร | d M |
| | | ม้า | 🗌 ไม่เคย | ่ โคย | 🗌 ไม่ทราบ ระบุสถานเ | |
| | | ค้างคาว | 🗌 ไม่เคย | 🗌 เคย | · | Ž |
| | | นกพิราบ | 🗌 ไม่เคย | 🗌 เคย | 🗆 ไม่ทราบ ระบุสถานเ | |
| | | อื่น ๆ | ระบุ | | ч | |
| | 613 | การรับประทา | า | | | |
| | 0.1.5 | นก | ่ | 🗌 ดิบ | 🗌 ดิบ ๆ สุก ๆ | |
| | | ม้า | ถุก สุก | ่ | ่ มีที่บำกุลกา ่ ดิบ ๆ สุก ๆ | |
| | | 64 1 | ถูก สุก | ่ ดิบ | ่ มีที่บำกุลกา ่ ดิบ ๆ สุก ๆ | |
| | | •••••• | ถูก สุก | ่ | ่ | |
| | | a , va a | , | | . , . | |
| | 6.1.4 | | | วง 14 วันก่อน มีอาการฯ | | |
| | | ี เมเผถ เ | _ เคย ระบุเมองและเ ขา | Jระเทศ | เที่ยวบิน | ظُومُ |
| | | วนทเดนทาง | เบสา | ายการขน | เที่ยวบน เที่ยวบิน | ทนง |
| | | | | | | |
| | 6.1.5 | ระหว่างที่อยู่ต่ | างประเทศ ไปฟาร์มสัเ | ทว์หรือไม่ 🏻 ไม่เคย | 🗌 เคย ระบุสถานที่ | |
| | 6.2 แหล่ง | งรังโรค/สภาพแ′ | วดล้อม | | | |
| | - ଶଃ | าาพบ้าน | มีมุ้งลวดรอบบ้านห์ | รือไม่ | | a a |
| | | | นอนกางมุ้งหรือห้อ | านอนมีมุ้งลวดหรือไม่ | ่ ไม่มี | ่ ี่มี |
| | - ปริ | ริเวณรอบบ้าน | มีทุ่งนาหรื่อไม่ | | ่ ไม่มี | ่ ี่มี |
| | | | มีคอกสัตว์หรือไม่ | 🗌 ไม่มี | | |
| | - ใน | เหมู่บ้าน | มีฟาร์ม/คอกสัตว์ห | รือไม่ 🗌 ไม่มี | | |
| | | | มีนกพิราบ/ นกเขา | ชุกชุมหรือไม่ 🗌 ไม่มี | 🗌 มี ระบุชนิดสัตว์ | |

| - | เคยเดินทางไป | Jที่ไหน (ภายใน 1 | 4 วันก่อนป่วย) หรื | อไม่ | | |
|--------|----------------|---------------------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------|-------|
| | 4 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | สภาพพื้นที่ | 🗌 ทุ่งนา | 🗌 คอกสัตว์ | อื่น ๆ ระบุ | | |
| 7 0005 | uro ritilo coo | a. a l | | | | |
| | เหาผู้ป่วยรา | | | | | |
| 0 | | | ากผู้ป่วยเริ่มมีอากา | ารป่วย | | |
| - | | บ้านที่มีอาการคล ึ ่ | · · | | | |
| | | 🗌 มี ระบุ | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | • | | | |
| - | U | · · | น ละแวกบ้านเดียว | กัน ที่มีอาการคล้า | ายผู้ป่วยหรือไม่ | |
| | ไม่มี | 🗌 มี ระบุ | | | | |
| | ชื่อ | อา | ยุ เพศ | วันเริ่มป่วย | รักษาที่ | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| - | มีผู้ป่วยราย | อื่นที่อยู่โรงเรียน/ | ู้ที่ทำงานเดียวกัน ทิ | ี่มีอาการคล้ายผู้ป่ ^า | วยหรือไม่ | |
| | 🗌 ไม่มี | 🗌 มี ระบุ | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | ชื่อ | อา | ยุ เพศ | วันเริ่มป่วย | รักษาที่ | |
| - | ผู้สัมผัสที่อา | าศัยอยู่บ้านเดียวก็ | ₁ ัน | | | |
| | ชื่อ | | | ව | ายุ | . เพศ |
| | ชื่อ | | | ව | ายุ | . เพศ |
| | ชื่อ | | | ව | ายุ | . เพศ |
| | | | | | | |

แบบสอบสวนเฉพาะรายไข้เหลือง (Yellow fever)

| ದೃ | |
|---|---|
| ความเป็นมา | א איי א |
| | ได้รับแจ้งจาก |
| | หมายเลขโทรศัพท์ |
| บ | ตำแหน่ง |
| | อำเภอ |
| านทลัยบลานเรศน. | มมายเสนเทรศพท |
| 1. ข้อมูลทั่วไป | |
| ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) | |
| เลขที่บัตรประชาชน 🗌 - 🔲 🗎 🗎 - 🔲 🗎 🗎 - 🗌 | 🗆 🗆 - 🗆 อายุ ปีเดือน เพศ 🗆 ชาย 🗆 หญิง |
| HN อาชีพ | |
| | หมายเลขโทรศัพท์ |
| ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อเ | หมู่บ้าน/ชุมชน |
| | อำเภอ |
| จังหวัด 🔲 ในเขตเทศบาล | |
| | ตำบล 🗌 ในเขต อบต. |
| | ุมชน |
| | อำเภอ |
| จังหวัด นเขตเทศบาล | |
| | ตำบล 🗆 ในเขต อบต. |
| | ระดับชั้นการศึกษา |
| | จังหวัด |
| ชอ-สกุล ผูปกครอง (กรณ์ผูปวยอายุตากวา 15 ป) | หมายเลขโทรศัพท์ |
| • | |
| 2. อาการและอาการแสดง | |
| มีอาการป่วยหรือไม่ 🗌 ไม่มี 🔲 มี | |
| วันที่เริ่มป่วยน. เวลาน. | ν |
| การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิกาย องศ | |
| หายใจครั้ง | า/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท |
| ไข้ 🔲 มี 🔲 ไม่มี 🔲 ไม่ทราบ | ปวดศีรษะ 🔲 มี 🗎 ไม่มี 🗎 ไม่ทราบ |
| คลื่นใส้อาเจียน 🗌 มี 🗎 ไม่มี 🗎 ไม่ทราบ | ปวดกล้ามเนื้อ 🔲 มี 🗎 ไม่มี 🗎 ไม่ทราบ |
| ตาเหลือง 🔲 มี 🔲 ไม่มี 🔲 ไม่ทราบ | ตัวเหลือง 🔲 มี 🗎 ไม่มี 🗎 ไม่ทราบ |
| อาเจียนเป็นเลือด 🗌 มี 🗎 ไม่มี 🗎 ไม่ทราบ | ถ่ายดำ/ถ่ายเป็นเลือด 🗌 มี 🗎 ไม่มี 🗎 ไม่ทราบ |
| เลือดกำเดาไหล 🗌 มี 🗎 ไม่มี 🔲 ไม่ทราบ | เลือดออกในปาก 🗌 มี 🗎 ไม่มี 🗎 ไม่ทราบ |
| อื่น ๆ ระบุ | |

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป
 - 3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

| CBC | | ครั้งที่ 1 วันที่ | ครั้งเ วันที่ | | ครั้งที่ วันที่ | | ครั้งที่ 4 วันที่ | ครั้งที่ 5 วันที่ |
|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------|------------------|---------------------------|--------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | | เวลา | เวลา | | เวลา | | เวลา | เวลา |
| Hematocrit % | | | | | | | | |
| WBC | | | | | | | | |
| Neutrophil % | | | | | | | | |
| Lymphocyte% | | | | | | | | |
| Atypical Lymphocyte9 | 6 | | | | | | | |
| อื่น ๆ ระบุ | | | | | | | | |
| Platelet ต่อ ลบ.มม. | | | | | | | | |
| Prothrombin Time (PT |) | | | | | | | |
| Partial Thromboplastin | Time (PTT) | | | | | | | |
| Renal functio | on test วัน n test วัน SG | sp.gr ที่ตรวจที่ตรวจ PT | BUN Total Alb | biliru umin . | Creat bin | inine | . Direct biliru | orotubin |
| 4. การรักษา วันที่พบผู้ป่วย | เครั้งแรก ในปัจจุบัน | | | | | จังเ จังเ | หวัด หวัด | |
| ผลการรักษา [| _ กำลังรักษา | 🗌 หาย | |] เสียชีว | วิต [| 🗌 ส่งเ | ท่อ ระบุ | |
| การวินิจฉัย | | | วันที่จํ | าหน่าย | | | | |

| 5. | ประวัติเสี่ยง | ໃนช่วง 14 ວັບຄ | า่อนก่อนป่วย | | | | |
|----|------------------------------------|---|-----------------------------|----------|----------------------|----------|--------|
| | 5.1 เคยได้รับ | วัคซีนป้องกันไข้เห | ลือง 🗆 ไม่เค | าย 🗆 เ | คย ได้รับวันที่ได้รั | ປ | |
| | | ชิดป่วยเป็นไข้เหลือ | | | | | |
| | | 🗌 มี ระบุชื่อแ | | | | | |
| | | รัมผัสผู้ป่วยที่มีอาก | | | | | |
| | ่ | ่ ี่ มี ระบุชื่อแ 1 วันก่อนเริ่มป่วย | ละความสมพนธ ผู้ประบอเพรา | aly 2 | 20 100 500 | N | |
| | | + ในแอนเวมบาย | | | | | |
| | _ | | | | | | |
| | 5.4.3 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 5.5 มีประวัติเ | ดินทางไปต่างประ | เทศหรือไม่ L | ่ ไม่เคย | คย ระบุเมือง และ | เประเทศ | d & |
| | | ทางไป | | | | | |
| | วนทเดน _้ 5.6 การสำรว | ทางไป | สายการบา | U | เทยวบน | เลิ | ขทนง |
| | | มผู้แนะ เ <u>ด</u> ่าย เด | | | | | |
| | สถานท . | ····· | | | | | |
| | Index | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ |
| | HI | | | | | | |
| | CI | | | | | | |
| | ВІ | | | | | | |
| | สถานที่ . | | | | | | |
| | Index | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ |
| | HI | 0 10 11 | 01071 | 01011 | 0 10 11 | 0 10 1 1 | 01011 |
| | CI | | | | | | |
| | BI | | | | | | |
| | สถานที่ . | | | | | | I |
| | Index | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ |
| | HI | | | | | | |
| | CI | | | | | | |
| | BI | | | | | | |

แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไข้ลาสซา (Lassa Hemorrhagic fever: LHF)

| คว | าวามเป็นมา | | | |
|----|--|---------------|--------------------|------------------|
| | วันที่รับแจ้ง น. ได้รั | | | |
| | ผู้ให้ข้อมูล หมา | | | |
| | ชื่อผู้สอบสวน ตำแ | | | |
| | หน่วยงาน อำเ | | | |
| | วันที่สอบสวนโรคน. หมา | ายเลขโทรศัพท์ | | |
| 1. | ı. ข้อมูลทั่วไป | | | |
| | ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) เลขที่บัตรประชาชน 🗆 - 🗆 🗆 🗎 - 🗆 🗆 🗎 - 🗆 - 🗎 - 🗎 | - 🗌 อายุ | ปีเดือน | เพศ 🗌 ชาย 🗌 หญิง |
| | ศาสนา เชื้อชาติ | | | |
| | ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้า | าน/ชุมชน | | |
| | ซอย ถนน ตำบล ตำบล | | | |
| | จังหวัด 🗌 ในเขตเทศบาลนคร | | ในเขตเทศบาลเมื | อง |
| | 🗌 ในเขตเทศบาลตำบ | ର 🗌 | ในเขต อบต. | |
| | ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน | J | | |
| | ซ้อย ถนน ถนน ตำบล ้ ตำบล ้ | | อำเภอ | |
| | จังหวัด 🗌 ในเขตเทศบาลนคร | | ในเขตเทศบาลเมื | อง |
| | 🗌 ในเขตเทศบาลตำบ | | | |
| | สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) | | . ระดับชั้นการศึกษ | ٦ |
| | ตำบล อำเภอ | | | |
| | ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) | | | |
| | 🗌 ข่าวลือ 🔲 การเสียชีวิต 🔲 ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน | U | | |
| | วันที่รับข่าววันที่ย | สอบสวนโรค | เวลา | |
| 2. | 2. อาการและอาการแสดง | | | |
| | มีอาการป่วยหรือไม่ 🗌 ไม่มี 🔲 มี | | | |
| | วันที่เริ่มป่วย เวลา น. | | | |
| | การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิกาย องศาเซส | ลเซียส ซึ่ง | พจรครื่ | ์ ง/นาที |
| | หายใจครั้ง/นา | | วามดันโลหิต | |

(ให้ระบุอาการและอาการแสดงในหน้าถัดไป)

2. อาการและอาการแสดง

มือาการป่วยต่อไปนี้หรือไม่

| บลุ่ม | िं | อาการและอาการแสดง | | | | | วันที่เ | วันที่ป่วย (เรียงตามอาการที่แสดง) | รียงตา | นอากา | รที่แสด | (Ph | | | | | ข้อสังเกตอื่น ๆ |
|-------|----|---|---|---|---|---|---------|-----------------------------------|--------|-------|---------|-----|----|------|----|----|-----------------|
| | | | 1 | 7 | 3 | 4 | 2 | 9 | 7 | ∞ | 0 | 10 | 11 | 12 1 | 13 | 14 | |
| | | (8) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ปวดศีรษะ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | l'e | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | เจ็บคอ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | อาเจียน | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | เจ็บหน้าอกหรือช่องท้อง | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ตาอักเสบ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | คออักเสบเป็นหนอง | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | หน้าบวม คอบวม | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | หูหนวกจากพยาธิสภาพที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | มือาการเลือดออกตามผิวหนัง | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | อื่น ๆ ระบุ | | | | | | | | | | | | | | | |

...... ผลการตรวจ การตรวจเอกซเรย์ปอด วันที่

| 3. การตรวจทางห้อง | ปฏิบัติการ | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--------------|--------------------|-------------|
| วันที่ส่งตรวจ Neutrophil อื่น ๆ 3.1.2 การตรวจ วันที่ตรวจ | หาความสมบูรณ์ของเ % Lympho บ้ ปัสสาวะ (Urin analy Urine ar tests (LFTs) | % F cyte /sis) nalysis (UA) | % Eosinophil | % Mono | ocyte % |
| ชนิดตัวอย่างที่ส่งตรวจ | วันที่เก็บตัวอย่าง | วันที่ส่งตรวจ | วิธีการตรวจ | สถานที่ตรวจ | ผลการตรวจ |
| 4. การรักษา | | | | | |
| วันที่พบผู้ป่วยสถานที่เข้ารับการรักษ สถานที่เข้ารับการรักษ ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ | ทครั้งแรก ทในปัจจุบัน | | | จังหวัด จังหวัด | |
| บระเภทผู้ป่วย ประเภทผู้ป่วย ผลการรักษา การวินิจฉัย | | 🗌 หาย 🧧 | 🗌 เสียชีวิต | 🗌 ส่งต่อ ระบุ | |
| E ประจัติสันพัสโรก | กายใน 21 วันก่อน | เมืององค์ไวย | | | |

5. ประวัติสัมพัสโรค ภายใน 21 วันก่อนมีอาการป่วย

5.1 มีประวัติสมาชิกในบ้านเป็นผู้ป่วยสงสัยโรคไข้ลาสซา (Lassa)

| | 🗌 ไม่ใช่ | 🗌 ไม่ทราบ |
|-----|---|------------------------|
| | ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส | |
| | ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัสความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวั | นที่สัมผัสครั้งสุดท้าย |
| | ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส | |
| 5.2 | 2 สัมผัสกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ป่วยสงสัยโรคไข้ลาส | ชา (Lassa) |
| | 🗌 ไม่ใช่ | 🗌 ไม่ทราบ |
| | ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส | |
| | ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัสระยะเวล | าาของการสัมผัส |
| | สถานพยาบาลที่สัมผัส จังหวัด | อำเภอ |

| 5.3 มี | ประวัติร่วมเดินทางกับผู้ป่วยสง | เส้ยโรคใข้ลาสซา (Las | ssa) | |
|--------|---|-------------------------|--------------------|--|
| | □ ไม่ใช่ | 🗌 ใช่ ระบุ | | ่ ☐ไม่ทราบ |
| | ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส | | | รสัมผัส |
| | วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย | | ระยะเวลาของกา | รสัมผัส |
| | เส้นทางที่เดินทาง | | วันที่เดินทาง | |
| 5.4 | สมผัสกับอุจจาระสัตว์ป่วยหรื ☐ ไม่ใช่ | 🗌 ใช่ ระบุ | ภาของการสัมผัส | □ ไม่ทราบ |
| 5.5 | ัสมผัสกับอุจจาระหรือปัสสาว □ ไม่ใช่ | าะหนู 🗌 ใช่ ระบ สถาน | ที่สัมผัส | |
| 5.6 | ร มีประวัติเดินทางไปพื้นที่ที่มีก | ารรายงานโรค (เช่น | แอฟริกาตะวันตก ไเ | ด้แก่ ประเทศไลบีเรีย, เซียร์ราลีโอน และกินี ☐ ไม่ทราบ |
| | | | | |

แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์ (Nipah virus)

| ความเป็นมา | | | |
|---|------------------|---|-----------------------|
| วันที่รับแจ้งเวลา | | | |
| ผู้ให้ข้อมูล | หมาย | เลขโทรศัพท์ | |
| ชื่อผู้สอบสวน | | | |
| หน่วยงาน | | | |
| วันที่สอบสวนโรคเวลา | น. หมาย | เลขโทรศัพท์ | |
| 1. ข้อมูลทั่วไป | | | |
| ชื่อ-ส _{กุ} ล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็ก | หญิง) | | |
| เลขที่บัตรประชาชน 🗌 - 🔲 🗌 🗎 - 🔲 | | 🗌 อายุ ปีเ | ดือน เพศ 🗌 ชาย 🗌 หญิง |
| HN AN | | | |
| ศาสนา เชื้อชาติ | | | |
| ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ | i ชื่อหมู่บ้าน | /ชุมชน | |
| ซอย ถนน | | | |
| จังหวัด | | | าลเมือง |
| ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ | | 🗌 ในเขต อบต. | |
| ภูมลาเนา บานเลขท หมูท ซอย ถนน | | | |
| จังหวัด | | | |
| | | นเขตเทคงในเขต อบต. | |
| สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) | | | |
| ตำบล อำ | | | |
| ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 1 | | | |
| , v v , | | | |
| 2. อาการและอาการแสดง | | | |
| มีอาการป่วยหรือไม่ 🗌 ไม่มี | _ สู | | |
| วันที่เริ่มป่วยเวลาเวลา | | | |
| | องศาเซลเร | ชียส ชีพจร | ครั้ง/นาที |
| | ครั้ง/นาที | | มม.ปรอท |
| | ประวัติ/อากา | ie. | |
| 4876 | | | П Ча!аадаа. |
| ใช้ (Fever) | า | ไม่มี | ่ □ ไม่ทราบ |
| ปวดศีรษะรุนแรง (Headache) | <u>มี</u> | | ไม่ทราบ |
| ปวดกระบอกตา (Sore eyes) | ี่ มี | ่ | ่ |
| ชักเกร็ง (Seizures) | _ มี | ่ | ่ □ไม่ทราบ |
| คอแข็ง (Stiff neck) | | ่ | ่ □ไม่ทราบ |
| รู้สึกสับสน (Confusion) | I a | _ ไม่มี | ่ ่ ไม่ทราบ |
| ไม่รู้สึกตัว | มี | ่ | ่ ่ ไม่ทราบ |
| อื่น ๆ ระบุ | | | |

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

| 3.1 | การตรวจหาควา วับที่ส่งตรวจ | · · | | | - † | ×10³ WBC | _ |
|------------|--|---|--|------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------|
| | Neutrophil | % Lym | nphocyte | % E | osinophil | % Monoc | cyte % |
| 3.2 | การตรวจตัวอย่า | เงน้ำไขสันหลัง ((| CSF) | | | ผล | |
| | WBC | RBC | | Neut | rophil | | yte % |
| 3.4 | | | | | | หลิ | |
| ชนิเ | าของการตรวจ | การต | รวจ | วันที่ เก็บตัวอย่าง | วันที่ตรวจ | ห้องปฏิบัติการ | ผล การตรวจ |
| Gram | stain | ่ □ไม่ตรวจ | 🗌 ตรวจ | | | | |
| Indian | ink | ่ □ไม่ตรวจ | 🗌 ตรวจ | | | | |
| Cultur | e for bacteria | ่ | 🗌 ตรวจ | | | | |
| Cultur | e for virus | ่ | 🗌 ตรวจ | | | | |
| PCR | | ่ □ไม่ตรวจ | 🗌 ตรวจ | | | | |
| 3.5 | เจาะเลือดระย - ELISA IgM - IFA | สือดระยะเฉียบพ ซ Convalescer ซีรั่ม น้ำไขสันหลัง ซีรั่ม น้ำไขสันหลัง น้ำไขสันหลัง | nce วัน ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วัน ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วัน ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วัน แรวจ วัน | ที่ ที่ ที่ | B | ผลผล | |
| 4. การ | | | | | | | |
| สถา สถา | นที่เข้ารับการรักษ นที่เข้ารับการรักษ | ษาครั้งแรก ษาในปัจจุบัน | | | | าครั้งแรก จังหวัด จังหวัด | |
| ผลก | เภทผู้ป่วย ารรักษา วินิจฉัย | 🗌 กำลังรักษา | ่ หาย | 🗌 เสีย | วยค้นหาเพิ่ม เชีวิต [| .ติมในชุมชน 🗌 ส่งต่อ ระบุ | |

| 5. ประวัติการได้รับวัคซีน | | | | |
|--|------------------------|------------------------|---------------------|--------------------|
| ได้ข้อมูลจาก | | | | |
| JE นิโด้รับ | | | | |
| | ครั้ง ครั้งสุดท้าย | เมื่อ | | |
| ∐ไม่ทราบ | И У О | שא א פֿו | | |
| อื่น ๆ ระบุ | เดรบคร | ง ครงสุดทายเมอ | ••••• | |
| 6. ประวัติสัมพัสโรค | | | | |
| 6.1. ประวัติการสัมผัสโรคในช่ | วง 14 วันก่อนมีอาก | ารป่วย | | |
| 6.1.1 การสัมผัสปศุสัตว์ | | | | |
| 1. | ∐ไม่เคย | ่ | ∐ไม่ทราบ | |
| ٦ | ่ ไม่เคย | ่ | ∐ไม่ทราบ | |
| ฆ่าสุกร | | ่ | ∐ไม่ทราบ | |
| 4 | ∐ไม่เคย □ ฯ | ่ | ∐ไม่ทราบ | |
| สัมผัสค้างคาว สัมผัสสัตว์อื่น ๆ ร | | ∐ เคย | · | |
| 6.1.2 มีประวัติเดินทางไ | 1 | | | |
| 🗌 ไม่เคย 🔲 เ | คย ระบุเมืองและปร | ระเทศ | | |
| วันที่เดินทางไป | สาย | เการบิน | เที่ยวบิน . | ที่นั่ง |
| | | | | ที่นั่ง |
| • | | | | านที่ |
| 6.1.4 การเดินทางภายใง | | | | |
| and the second s | | | | |
| สภาพพนท L | ่ 」ทุงนา | J คอกสตว | าน ๆ ระบุ | |
| 6.2 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม | | | | |
| 6.2 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้ | อม , | | | |
| 6.2.1 สภาพบ้าน | มีมุ้งลวดรอบบ้าน | | _ ไม่มี | ส |
| | | ้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่ | | |
| 6.2.2 บริเวณรอบบ้าน | | | | |
| 9 1 1 2 | มีคอกสัตว์หรือไม่ | | ่ เมาร์ เการ์ | 🗌 มี ระบุชนิดสัตว์ |
| 6.2.3 ในหมู่บ้าน | มีฟาร์ม/คอกสัตว์ | | ่ ไม่มี ่ ⊓หมส | 🗌 มี ระบุชนิดสัตว์ |
| | มีนกพิราบ/ นกเข | าชุกชุมหรอเม | ่∐ไม่มี | 🗌 มี ระบุชนิดสัตว์ |
| 7. การคันหาพู้ป่วยรายอื่น | | | | |
| 7.1 ผู้ป่วยรายอื่น ภายใน 45 | วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่ | มป่วย | | |
| มีสมาชิกในบ้านที่มีอาก | ารคล้ายผู้ป่วยหรือไ | ทุ | | |
| 🗌 ไม่มี 🗌 มี ระ | | | | |
| | | | | ักษาที่ |
| | · | | | ักษาที่ |
| ชื่อ | อาย เพ | งศ วับเริ่มเป่วย | າ ຮັ້ | ักษาที |

| - | มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่บ้านติดก็ | าัน ละแวกบ้ | านเดียวกัน ที่เ | มือาการคล้ายผู้ป่วยหรือไ | ม่ | | |
|---|----------------------------------|---------------|-----------------|--------------------------|------------|-----|--|
| | ์ 🗌 ไม่มี 🗎 มี ระบุ | | | | | | |
| | | | | วันเริ่มป่วย | | | |
| | ชื่อ | อายุ | . เพศ | วันเริ่มป่วย | . รักษาที่ | | |
| | ชื่อ | อายุ | . เพศ | วันเริ่มป่วย | . รักษาที่ | | |
| _ | มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่โรงเรียน | เ/ที่ทำงานเดี | ยวกัน ที่มีอาก | ารคล้ายผู้ป่วยหรือไม่ | | | |
| | ์ 🗌 ไม่มี 🔲 มี ระบุ | | | Ü | | | |
| | ชื่อ | อายุ | . เพศ | วันเริ่มป่วย | . รักษาที่ | | |
| | ชื่อ | อายุ | . เพศ | วันเริ่มป่วย | . รักษาที่ | | |
| | | | . เพศ | วันเริ่มป่วย | . รักษาที่ | | |
| - | ผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียว | กัน | | | | | |
| | | | | อายุ | | เพศ | |
| | | | | อายุ่ | | | |
| | | | | อายุ | | | |
| | | | | | | | |

แบบสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก (Marburg virus)/ โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา (Ebola virus)

| คว | ามเป็นมา |
|----|--|
| | วันที่รับแจ้งเวลาน. ได้รับแจ้งจาก |
| | ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์ |
| | ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง |
| | หน่วยงาน จังหวัด อำเภอ จังหวัด |
| | วันที่สอบสวนโรคเวลาน. หมายเลขโทรศัพท์ |
| 1. | ข้อมูลทั่วไป |
| | ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) |
| | เลขที่บัตรประชาชน 🗆 - 🗆 🗆 🗎 🗆 - 🗆 🖺 🗆 - 🗆 - 🗆 อายุ ปี เดือน เพศ 🗆 ชาย 🗆 หญิง |
| | HN ลักษณะงานที่ทำ อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ |
| | ศาสนา สัญชาติ หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล อีเมล |
| | ทราบว่ามีผู้ป่วยรายนี้จากแหล่งใด |
| | 🗌 ข่าวลือ 🔲 การเสียชีวิต 🔲 ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน 🔲 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล |
| | กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี |
| | ที่อยู่ข [ึ] ้นะป่วย [*] บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน |
| | จังหวัด 🗆 ในเขตเทศบาลนคร 🗆 ในเขตเทศบาลนคร |
| | 🗌 ในเขตเทศบาลตำบล 🔲 ในเขต อบต. |
| | ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่ |
| | ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ 🗆 ใช่ 🗆 ไม่ใช่ ระบุ |
| | ง้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน |
| | จังหวัด นางตเทศบาลนคร 🗆 ในเขตเทศบาลเมือง |
| | 🗆 ในเขตเทศบาลตำบล 🗀 ในเขต อบต. |
| | ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) |
| 2. | อาการและอาการแสดง |
| | มีอาการป่วยหรือไม่ 🗆 ไม่มี 🗆 มี |
| | วันที่เริ่มป่วย เวลา น. |
| | การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิกายองศาเซลเซียส ชีพจรครั้ง/นาที |
| | หายใจ ครั้ง/นาที ความดับโลหิต มม ปรุกท |

(ให้ระบุอาการและอาการแสดงในหน้าถัดไป)

2. อาการและอาการแสดง

มือาการป่วยต่อไปนี้หรือไม่

| | | | | | | | ว์น | ที่ป่วย | เรีย | งตาม | วันที่ป่วย (เรียงตามลำดับอาการ) | อากา | 5) | | | | ข้อสังเกตอื่น ๆ |
|---------------------|-------------------|--|-----------|---|---|---|-----|---------|------|------|---------------------------------|------|------|----|----|----|-----------------|
| ,,, | อาการและอาการแสดง | เสดง | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 (| 9 | 7 8 | 9 | 10 |) 11 | 12 | 13 | 14 | |
| 18 | ਾ ਜ | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดศีรษะ | ₹ | | 🗌 ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| คลื่นใส้/อาเจียน | 1 = 3 | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| เบื่ออาหาร | ਾ ਜ | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| ถ่ายเหลว | 1 = 3 | ### | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| อ่อนเพลีย | ਾ | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดท้อง | ਾ | | 🗌 ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ | ਾ ਜ | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| กสีนลำบาก | ਹ ੜ | 15 T | 🗌 ไม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| หายใจลำบาก | ਾ | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| เดาแดง | ਾ ਜ | | ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| มีจุดแดงที่ผิวหนัง | ಡನ | | ี ไม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| อุจจาระมีเลือดปน | ್ | | ี ไม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| อาเจียนมีเลือดปน | T == | ### ################################## | 🗌 ใม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| เลือดกำเดาใหล | T = 4 | ### F | 🗌 ไม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| เลือดออกตามเหงือก | ₹ | | 🗌 ไม่ทราบ | | | | | | | | | | | | | | |
| อื่น ๓ ระบุ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 3. การตรวจทางห้องเ | ปฏิบัติการ | | | | |
|-------------------------------------|--------------------|-----------------|---------------------|--------------------------|-----------|
| 3.1 การตรวจทางห้อง | ••• | | | | |
| | หาความสมบูรณ์ของ | | | | |
| | Hct | | | | |
| _ | % Lympho | | | | |
| | ction tests (LFTs) | | | | |
| | TB | | SGOT | SGPT | Alb |
| 3.1.3 Renal fur | nction test | | | | |
| | B | UN | Cr | GFR . | |
| 3.2 การตรวจทางห้อง | เปฏิบัติการจำเพาะ | | | | |
| ชนิดตัวอย่างที่ส่งตรวจ | วันที่เก็บตัวอย่าง | วันที่ส่งตรวจ | วิธีการตรวจ | สถานที่ตรวจ | ผลการตรวจ |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 1. การรักษา | | | | | |
| วันที่พบผู้ป่วย | | | | | |
| สถานที่เข้ารับการรักษา | | | | | |
| สถานที่เข้ารับการรักษา | ' | | | จังหวัด | |
| ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในก _ั | เรบายครุงน | วันที่ให้การ | ซั ซักษาว | | |
| □ เมเท | | | | ••••• | ••••• |
| การรักษาอื่น ๆ | | | | | |
| | | | | | |
| ประเภทผู้ป่วย [| 🗌 ผู้ป่วยนอก 🔝 [| 🗌 ผู้ป่วยใน 🔝 🛭 | 🗌 ผู้ป่วยค้นหาเพิ่ม | เติมในชุมชน | |
| ผลการรักษา [| | | | | |
| ถ้าเสียชีวิต มีการทำ Pc | | | | | |
| สรุปสถานะผู้ป่วย | | | | ไม่ใช่ผู้ป่วยไข้ทรเ๋ | Ñ⊎ |
| มีผู้ป่วยรายอื่นที่อาศัยอ | | | | ่ ไม่มี | |
| พบผู้ป่วยรายใหม่ชื่อ การวินิจฉัย | | | | | |
| 11 19 9 M M M O | ••••• | ••••• | ชนทางเทนเบ | | ••••• |

5. ประวัติสัมพัสโรค ภายใน 21 วันก่อนมีอาการป่วย

5.1 สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา/โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก ในครอบครัว

มใช่ โช่ ระบุชื่อ ความสัมพันธ์
อธิบายการสัมผัส

| 5.2 | 1 | υ | | หียไรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา/ไรคติต | กเชื้อไวรัสมารับวรัก |
|--------|----------------------------------|------------------|------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| | สถาบพยาบาลที่สับผัส | 0 | | จังหวัด | อำเภอ |
| 5.3 | มีประวัติเดินทางร่วมกับผู้ | ้ ป่วยสงสัยโร | รคติดเชิ่ | ชื่อไวรัสอีโบลา/โรคติดเชื้อไวรัสม | าร์บวร์ก |
| | ่ ไม่ใช่ | ອ | | ี <i>ย</i> ล่ อ | |
| - 4 | | | | | |
| 5.4 | ่ ไม่ใช่ | ไม่ทราบ | | | ร์วัวและควาย) หนู และค้างคาว) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | สถานที่ที่สัมผัส (เช่น ตอง | มเดินทางไป | แอฟริก | า หรือขณะอยู่ในประเทศไทย) . | |
| | ชื่อแพทย์ผู้รักษา/ชื่อโรงพ | เยาบาล | | วันที่ | م ماما |
| 5.5 | มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยสงสัย | ปรคติดเชื้อ | ไวรัสอีโ | | ในที่อื่น ๆ ระบุ |
| 6. การ | วันที่เดินทางไปวันที่เดินทางกลับ | | สายการ สายการ | รบินเที่ยวบิ เบินเที่ยวบิ | น เลขที่นั่ง เลขที่นั่ง เลขที่นั่ง |
| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | อายุ (ปี) | เพศ | อา | การป่วย |
| 1 | | | | 🗆 ไม่มี 🗆 มี ระบุ | วันที่เริ่มป่วย |
| 2 | | | | 🗆 ไม่มี 🗆 มี ระบุ | วันที่เริ่มป่วย |
| 3 | | | | 🗆 ไม่มี 🗆 มี ระบุ | วันที่เริ่มป่วย |
| 4 | | | | ่ ่ ไม่มี | วันที่เริ่มป่วย |
| 5 | | | | 🔲 ไม่มี 🗆 มี ระบุ | วันที่เริ่มป่วย |
| | | | | | |

6.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา/โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก ภายใน **ระยะเวลา 21 วัน หลังวันเริ่มป่วย** ของผู้ป่วยรายนี้ ☐ ไม่มี ☐ มี

| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | อายุ (ปี) | เพศ | อาการป่วย | ความสัมพันธ์ |
|-------|-----------|--------------|-----|-----------------------------------|--------------|
| 1 | | | | 🗆 ไม่มี 🗆 มี ระบุ วันที่เริ่มป่วย | |
| 2 | | | | 🗆 ไม่มี 🗆 มี ระบุ วันที่เริ่มป่วย | |
| 3 | | | | 🗆 ไม่มี 🗆 มี ระบุ วันที่เริ่มป่วย | |
| 4 | | | | 🗆 ไม่มี 🗆 มี ระบุ วันที่เริ่มป่วย | |
| 5 | | | | 🗆 ไม่มี 🗆 มี ระบุ วันที่เริ่มป่วย | |

แบบสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสเฮนดรา (Hendra virus disease)

| ความเป็นมา | |
|--|--|
| | ได้รับแจ้งจาก |
| | หมายเลขโทรศัพท์ |
| | ตำแหน่ง |
| | อำเภอ จังหวัด |
| วันที่สอบสวนโรคนน. | หมายเลขโทรศัพท์ |
| 1. ข้อมูลทั่วไป | |
| ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) | |
| เลขที่บัตรประชาชน 🗆 - 🔲 🗎 🗎 - 🔲 🗎 🗎 - [| 🔲 🗆 - 🗆 อายุ ปี เดือน เพศ 🗆 ชาย 🗆 หญิง |
| | |
| ศาสนาเชื้อชาติ | หมายเลขโทรศัพท์ |
| ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อ | หมู่บ้าน/ชุมชน |
| | อำเภอ |
| จังหวัด 🗌 ในเขตเทศบาล | านคร 🗌 ในเขตเทศบาลเมือง |
| | าตำบล 🔲 ในเขต อบต. |
| ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ | ชุมชน |
| | อำเภอ |
| จังหวัด 🗌 ในเขตเทศบาล | |
| | าตำบล 🗌 ในเขต อบต. |
| | ระดับชั้นการศึกษา |
| | จังหวัด |
| ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) | หมายเลขโทรศัพท์ |
| 2. อาการและอาการแสดง | |
| มีอาการป่วยหรือไม่ 🗌 ไม่มี 🔲 มี | |
| วันที่เริ่มป่วย เวลา น. | |
| การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิกาย องเ | ชาเซลเซียส ชีพจรครั้ง/นาที |
| หายใจครั้ | |
| ไข้ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทรา ^ณ | บ ปวดกระบอกตา 🗌 มี 🗎 ไม่มี 🗎 ไม่ทราบ |
| ปวดศีรษะ 🗌 มี 🗎 ไม่มี 🗎 ไม่ทราช | บ คอแข็ง (Stiff neck) 🗌 มี 🗌 ไม่มี 🗌 ไม่ทราบ |
| ชักเกร็ง 🔲 มี 🗎 ไม่มี 🗎 ไม่ทราช | บ ไม่รู้สึกตัว 🗆 มี 🗆 ไม่มี 🗆 ไม่ทราบ |
| ความรู้สึกสับสน (Confusion) 🗌 มี 🗌 ไม่มี 🗌 ไม่ทราช | U |
| อื่น ๆ ระบุ | |

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

| | 3.1 | | | ามสมบูรณ์ของเม็ด | | | | 3 | | |
|----|--------|--------------------|--|--|---------------------------|----------------|-----------------------|---------------|-------------------|--------|
| | | Neut | rophil | % Lymp | ohocyte | % | Eosinophi | il | WBC % Monocyte | % |
| | 3.2 | อื่น ๆ การเพ | ขื้อแ _ใ | บคทีเรียจากเลือด | | | | | | |
| | | | | 97 | | | ห้องปฏิบัติเ | การที่ส่งตรวจ | l | |
| | 3.3 | | | างน้ำไขสันหลัง (C | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | Lymphocyte | |
| | | | | | | | | dL ค่าน้ำตาล | ในเลือด | mg% |
| | | 3.3.1 | การย์อม | แชื้อจากน้ำไขสันห | ลัง | □ ไม่ได้ด | | | | |
| | | | y .e | ٠/٩ ۾ | | | | | | |
| | | | ow. | | | | | | | |
| | | 3.3.2 | การตรว | จ Indian ink | | □ ไม่ได้ด | | | | |
| | | | צו ע | ٧٩ a . | | | | | | |
| | | 0.00 | | บตการทสงตรวจ เชื้อแบคทีเรียจากน่ | | | | | | |
| | | 3.3.3 | วธเพาะ | เชอแบคทเรียจากน | | | | | | |
| | | | و مراع | عم معظ ا | | | | | | |
| | | 221 | ow. | บตการที่สงตราง merase chain re | | | | | | ••••• |
| | | 5.5.4 | 10 LOI) | rnerase chain re | eaction | ่ เมเทเห | รูปฟ มาป | 819 | | |
| | | | ห้อ ๆ ไถ้ | ลได้การที่ส่งตราว เมติการที่ส่งตราว | | | | | | |
| | | | นด 4 กร์ไ | บผเบางกองผางงัก | ••••• | ••••• | ••••• | ••••• | | ••••• |
| 4. | การ | รรักษา | 1 | | | | | | | |
| | | | | | | | 1 2 2 | س س | ٦ | |
| | วนท | เพบผูบ′ สี่เส้อ | າຍ | , , , , , , , , , , , , , , , , , , , | . เวลา | น. วนท | แขารบการ | รกษาครงแรก | ា ទា | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | গ | |
| | ยาบ | ปัจานธ | พเพราบ . | | | | | | | |
| | | | ายเ | 🗌 ผู้ป่วยนอก | | | | | | ••••• |
| | ผลก | มากพูบ ารรักษ | า | ผูบงับนอก กำลังรักษา | พูบ _ข บ เผ | | ลูบงบกนกา สียชีวิต | ส่งต่อ | า 0 น - ระ | |
| | การ์ | วิทิจถัย | 1 | | ш и ю | ง วับที่จำห | รเบ บ งหา หาไวยเ | L SINVIO | ระบุ | |
| | 1110 | 0 10 0 10 0 | | | •••••• | 81811011 | 16 10 | | | |
| 5. | ประ | วัติกา | ຣໄທ້ຣັບລ | วัคซีน | | | | | | |
| | م احمر | <u>ಇ</u> | 20 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | L IE TANDUADA | | | | | | |
| | กร | 18111191 | ไม่" "ไม่" | | | | | | | |
| | | | | | ร. อรั.เสดท้ายเขิล | | | | | |
| | | | | งบ หาง ห พราบ | เจาย่ำเน เดยฟุต | ••••• | •••••• | ••••• | •••••• | •••••• |
| | | | 64 | ,1010 | | | | | | |

3

4

5

| 6.1 | □ ทำงา□ ทำงา | านในโรงฆ่าสัตว์ | าว์ ระบุส ระบุส | เถานที่ห | ทำทำ | | | |
|--------|---|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------|----------------|-----------------|
| 6.2 | 6.2.1 | ค้างคาวแม่ไก่ | ☐ ไม่เคย ☐ ไม่เคย | م ا [] | น และก่อนป่วย าย ระบุสถานที่ อ ระบุสถานที่ ไม่เคย | | | |
| | 6.2.2 | มีประวัติเดินทาง □ ไม่เคย □ เค วันที่เดินทางไป . | ไปต่างประ าย ระบุสถา | เทศในจ านที่ (ป สา | ช่วง 45 วัน ก่อนป่วยหรือไม่ ระเทศ) ยการบินยการบิน | เที่ยวบิน | | ที่นั่ง |
| | 6.2.3 | ระหว่างที่อยู่ต่าง ไม่เคย โ | | | สัตว์หรือไม่ | | วันที่ | |
| 63 | แหล่งรัง | เโรค/สภาพแวดล้อ | | | | | | |
| 0.5 | 6.3.1 | สภาพบ้าน | - | าดรลา | เบ้านหรือไม่ | ี ไข่เลื | กุ๊ ระบุเช | ชนิดสัตว์ |
| | 0.5.1 | 610111110112 | 1 | | เรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่ | | 1 | ชนิดสัตว์ |
| | 6.3.2 | บริเวณรอบบ้าน | | เาหรือไ | • | | | ชนิดสัตว์ |
| | 0.5.2 | 0 46 466 40 0 0 16 | | าสัตว์หรื | | | 1 | ชนิดสัตว์ |
| | | ในหมู่บ้าน | | | าสัตว์หรือไม่ | เม่มี | | ชนิดสัตว์ |
| | | | | | ชุมหรือไม่ | เม่มี | 1 | ชนิดสัตว์ |
| | | | 71117 | | 9447.0000 | 888 | % % 0,1 | J 1017 1 0 |
| 7. การ | ค้นหาเ | ยู้ป่วยรายอื่น ๆ | | | | | | |
| | | • ายอื่น ภายใน 30 ว่ | = วับ หลังถา <i>ย</i> | าย้ำไวยเ | รื่า เข า าย | | | |
| | 0 | มีสมาชิกในบ้านที่มี | | | | | | |
| ลำดับ | | ชื่อ-สกุล | อายุ (ปี) | เพศ | อาการป่ | วย | | วันที่เริ่มป่วย |
| 1 | | | | | ่ □ ไม่มี □ มี ระบุ | วันที่เริ่มป่ว | ຍ | |
| 2 | | | | | ่ | วันที่เริ่มป่ว | రి | |

่ ไม่มี ่ ่ มี ระบุ วันที่เริ่มป่วย

่ ไม่มี ่ ่ มี ระบุ วันที่เริ่มป่วย

🗌 ไม่มี 🗌 มี ระบุ วันที่เริ่มป่วย

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

7.1.3 มีผู้ป่วยอื่นที่อยู่โรงเรียนหรือที่ทำงานเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

| ¬ | |
|---------|-------|
| ואושו | 1 9 |
| 19191 | 9 |
| 1 14141 | 1 1 4 |

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

แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยโรคซาร์ส (SARS)/โรคเมอร์ส (MERS)

| ความเป็นมา | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|------------|-----------|----------|-------------|----------|-------|----------|----------|--------------------|----------|---------------|----------|-------------|-------|-------|
| วันที่รับแ | จ้ง | | l | วลา | | | น. ได้ร | รับแจ้งจ | าก | | | | | | |
| ผู้ให้ข้อมู | ଶ | | | | | | หม | ายเลขโ | ัทรศัพท | ຳ | | | | | |
| ชื่อผู้สอบ | | | | | | | | | | | | | | | |
| หน่วยงา | | | | | | | | | | | | | | | |
| วันที่สอบ | เสวนโรค | | | เวลา | | | .น. หม | ายเลขโ | ัทรศัพท | ຳ | | | | | |
| 1. ข้อมูลทั่ | ัวไป | | | | | | | | | | | | | | |
| ชื่อ-สกุล | (ๆมายเ/ๆมา | าง/ขางส | าว/เด็กจ | ์ กะเ/เล | ล็กหถิง` |) | | | | | | | | | |
| เลขที่บัต | | | | | | | | | | | | | | | |
| HN | | | | | | | | | 1 | | | | | | _ |
| ศาสนา | | | | | | | | | | | | | | | |
| ที่อยู่ขณะ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ซอย | ถน' | น | | | ข ตำา | บล | | ··· • | | | . อำเภอ | 1 | | | |
| จังหวัด . | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | .ขต อบเ | | | | |
| ภูมิลำเน | า บ้านเลง | ขที่ | ห | | | | | | | | | | | | |
| ขอย | | | | U | | U | 1 | | | | | | | | |
| จังหวัด . | | | | | ในเข | ตเทศเ | บาลนคร | í | | ในเ | งตเทศ | บาลเมื่อ | 01 | | |
| | | | | | ในเข | ตเทศเ | บาลตำบ | เล | | ในเ | .ขต อบเ | ฅ. | | | |
| สถานที่ศี | ึกษา (กร | ณีผู้ป่วย | เป็นนักเ | รียน) | | | | | | ระดิ | ์ เบชั้นกา | เรศึกษา | ١ | | |
| ตำบล | | | | | | | | | | | | | | | |
| ชื่อ-สกุล | | | | | | | | | | | | | | | |
| ผู้ให้ข้อมู | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 0 | | Ü | | | | · | | | | | | , | | | |
| 2. อาการ | และอาก | ารแสด | าง | | | | | | | | | | | | |
| มือาการ | ป่วยหรือ | ม่ | 🗌 ไม่มี | | | 3 | | | | | | | | | |
| วันที่เริ่มข | | | | | | | | | | | | | | | |
| การตรวจ | าร่างกาย | แรกรับ | อุณห | เภูมิก′ | าย | í | องศาเซ | ลเซียส | ě | ชีพจร . | | ครั้ | ; ง/นาที | | |
| | | | หาย | โจ | | 1 | ครั้ง/นา | ที | 1 | ความดั | ันโลหิต | | | มม.ปร | อท |
| | | วันเรี | ลิ่มป่วย | | | | | วัน | ูเที่หลัง <i>'</i> | วันเริ่ม | ป่วย | | | | |
| อาการ | | | 0 | | 1 | : | 2 | 3 | 3 | | 4 | -, | 5 | | 6 |
| อาการ | แสตง | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี |
| ไข้ (ระบุ Te | emp°c) | | | | | | | | | | | | | | |
| ไอ | | | | | | | | | | | | | | | |
| เจ็บคอ | | | | | | | | | | | | | | | |
| มีน้ำมูก | | | | | | | | | | | | | | | |
| มีเสมหะ | | | | | | | | | | | | | | | |
| หายใจลำบ | | | | | | | | | | | | | | | |
| หอบเหนื่อย | J | | | | | | | | | | | | | | |

| | อาการแสดง | | | | 6 | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|--|--------------------------------------|---|---|---|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------|-----------|-------|
| อาการแสดง | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี |
| ปวดกล้ามเนื้อ | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดศีรษะ | | | | | | | | | | | | | | |
| ถ่ายเหลว | | | | | | | | | | | | | | |
| ไม่ได้กลิ่น | | | | | | | | | | | | | | |
| ไม่ได้รส | | | | | | | | | | | | | | |
| ประวัติการเจ็บป่วยในอ ☐โรคปอดเรื้อ ☐โรคหัวใจ เ ☐โรคตับเรื้อ่ ☐เบาหวาน ☐ ภูมิคุ้มกันบ ☐ พิการทางส ☐ อ้วน ส่วนสู | รัง เช่น ช่น หัวใ รัง เช่น กพร่อง มองช่ว ง | COPD, ใจพิการ ตับแข็ง ยเหลือ | , chro แต่กำ I (cirrl ตัวเอง เร | nic bro เนิด, โร nosis) ไม่ได้ ชนติเมต | nchitis คหลอง [[[[| ดเลือดเ โรคไเ ความ โลหิต ตั้งคร หนัก | nic bro หัวใจ ห่ ต, ไตวา มดันโลง์ กจาง (ธ | nchiec รือ cor าย หิตสูง าาลัสซีเม๋ ยุครรภ์ กิโลก | tasis, E ngestiv ปีย, sic | BPD หรื re hear kle cel | อหอบ (t failu ll aner สัปด) | íasthma ire mia) ภาห์ | a) ที่กำล | |
| 3. ข้อมูลการตรวจเ | | ' | | | | | | | | , , | | | | |
| 3.1 การตรวจหาค | | | | | | | | | | | | | | |
| <u>ครั้งที่ 1</u> วันที่ถ | | | | | | | | | | | | | | |
| WBC | | | | Ne | eutrop | hil | | | % L | _ymph | ocyte | | | % |
| Atypical lym | | | | | | | | | | | | | | |
| Other | | | | | | | | | | | | | | |
| <u>ครั้งที่ 2</u> วันที่ส | | | | | | | | | | | | | | |
| WBC | | | | | | | | | | | | | | |
| Atypical lym | phocy | /te | | 9 | % Eosi | nophil | | | % 1 | Monoc | yte | | | % |
| Other | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.2 Sputum gran | n stair | า: วันที | | | | | ผล . | | | | | | | |
| 3.3 Sputum AFB | | | | | | | | | | | | | | |
| | ครั้งที่ | กิ 2 วันเ | ที่ ส่ | | | ••••• | ผล | | ••••• | | ••••• | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.4 Sputum cult | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.5 Hemo-cultu | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.6 CXR | | | | | | | | | | | | | | |
| | ครงห | 12 วนฯ | ที ฝ | | | | ผล | | | | | | | |
| 0.7. D | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.7 Rapid test (ส วันที่ | | | | | | | . ผล | ••••• | | | | | | |
| 3.8 Renal functi | on tes | +• วับที | | | | P. | ıa RI IN | J | \mathcal{C} | r | | GFR | | |

วันที่หลังวันเริ่มป่วย

วันเริ่มป่วย

อาการและ

| 3.9 |) Liver function test: วั | ็นที่ | ผล SGOT | SGPT |
|----------------|---|---|--|---|
| | ALP | Total Bilirubin | Direct Bili | rubin |
| | Total Protein | Albumin | Globulin | l |
| 3.1 | 0 การเก็บวัตถุตัวอย่างส่งต ☐ Nasopharyngeal so ☐ Throat swab/ Oro | wab pharyngeal swab | | □ เก็บ ระบุตัวอย่างที่เก็บวันที่เก็บวันที่เก็บวันที่เก็บ |
| (กรณีส่ | Nasopharyngeal aNasopharyngeal wเสมหะในภาชนะเก็บTracheal suctionตัวอย่างเลือด | spirate ในภาชนะเก็บตัวอย่าง vash ในภาชนะเก็บตัวอย่างบ ตัวอย่างปลอดเชื้อ ครั้งที่ 1 วัน | ปลอดเชื้อ ที่เก็บ | วนทเกบ |
| | | | | |
| | | | | |
| | รรักษา | | | |
| อาก อาก | ี่ ผู้ป่วยนอก | สถานที่ Admit าบาล | วันที่ | |
| | การลื่น ๓ ระบ (ก้าที่) | | | |
| เครื่ | ชื่องช่วยหายใจ | | 🗌 ใช้ ระบุวันที่ใส่ | |
| ขน | รรักษา ได้รับยาตานไวรัส | 🗀 เมโดรับ | 🗆 ได้รับ ระบุชื่อยา | 17 |
| กา | รวินิจฉัยครั้งสุดท้าย | | | |
| กรเ | ณีผู้ป่วยเสียชีวิต ได้ทำการ | ะผ่าพิสูจน์ศพหรือไม่ | | |
| 5 . ປຣ | ะวัติสัมพัสโรค | | | |
| 5.1 | อื่น ๆ ที่ป่วย/ตายผิดปกต | ทิหรือไม่ทราบสาเหตุ | มสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น สุกร ชนิดสัตว์ | ร หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม |
| | ? ในช่วง 14 วันก่อนป่วย เ □ไม่มี □ มี | ท่านเดินทางไปตลาดหรือสถา ระบุชื่อตลาดและชนิดสัตว์ | านที่ที่มีการซื้อขายสัตว์ป่าที่ยัง | มีชีวิต |
| 5.3 | | ท่านได้สัมผัสอูฐหรือดื่มนมอูฐ ระบุลักษณะการสัมผัส | • | |

| ไม่มี | | 5.4 | ในช่วง 14 วันก่อ | นป่วย ท่าน | เอาศัยอยู่ หรือมีเ | าารเดิน | ทางมาจา | กพื้นที่ที่มีการ | ระบาด | | |
|---|----|-------|-------------------------------|-----------------|---------------------------------|----------------------|---------------|------------------|----------------|-------------------|-----------|
| วันที่ไป สายการบิน Flight no. เลขที่นั่ง "วันที่กลับ สายการบิน Flight no. เลขที่นั่ง เหตุผลของการเดินพางไปประเทศดังกล่าว | | | | | | | | | | | |
| วันที่กลับ | | | ชื่อประเทศ | | เมือง/ | จังหวัด | | | อำเร | าอ | |
| เหตุผลของการเดินทางไปประเทศตั้งกล่าว | | | วันที่ไป | ଶ | ายการบิน | | | . Flight no. | | เลขที่นั่ง | |
| 5.5 มีประวัติเข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้บ่วยในโรงพยาบาลขณะอยู่ที่ประเทศดังกล่าวหรือไม่ | | | วันที่กลับ | ส | ายการบิน | | | . Flight no. | | เลขที่นั่ง | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | 5.5 | มีประวัติเข้ารับก | ารรักษาหรื | อเยี่ยมผู้ป่วยในโ | รงพยาบ | าลขณะอ | ยู่ที่ประเทศดั | งกล่าวหรือ | ไม่ | |
| ไม่มี | | | | | | | | | | | |
| | | 5.6 | ในช่วง 14 วันก่อ | บนป่วย ท่าน | เมีประวัติประสัม | ผัสใกล้จ็ | ริดกับผู้ป่ว | ายโรคติดต่อท | างเดินหาย | ใจหรือไม่ | |
| | | | ่ ไม่มี | 🗌 มี ระ | บุ | | v | | | | |
| | | | 5.6.1 สัมผัสกับ | ผู้ป่วยโรค | ์ 🗌 ซาร์ส | 🗌 เม | เอร์ส | 🗌 โควิด- | -19 |] ไข้หวัดนก | |
| | | | | Ü | ่ | | เคอื่น ๆ ร | ະ ກ໌ | | | |
| | | | 5.6.2 ชนิดของ | ผู้ป่วยที่สัมผ์ | | | | | | | |
| 5.6.5 การข้องกันตนเองระหว่างการสัมผัส 5.7 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ | | | 5.6.3 ลักษณะข | ้ ของการสัมผ | ัสใกล้ชิด <u>.</u> | | | | | | |
| 5.7 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ | | | 5.6.4 วันที่สัมผั | , ส | | | | | | | |
| 5.8 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ | | | 5.6.5 การป้องก็ | าันตนเองระ | หว่างการสัมผัส | | | | | | |
| 5.9 เป็นผู้ป่วยอาการคล้ายใช้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบที่มีลักษณะเป็นกลุ่มก้อน | | 5.7 | เป็นผู้ป่วยปอดอั | กเสบรุนแร | งหรือเสียชีวิตที่ห _ั | าสาเหตุ | ไม่ได้ | | 🗌 ไม่ใ | ,શં 🗌 ીશં | |
| ่ ไม่ใช่ | | | | | | | | | | ,શં 🗌 ીશં | ระบุ |
| ชื่อ-สกุล วันเริ่มป่วย อาการ | | 5.9 | เป็นผู้ป่วยอาการ | คล้ายไข้หวั | ัดใหญ่ หรือปอดเ | อักเสบที่ | เมืลักษณะ | ะเป็นกลุ่มก้อเ | ļ | | |
| อาการ การวินิจฉัย โรงพยาบาลที่วินิจฉัย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ ระบุรายละเอียดเหตุการณ์ ปัจจัยเสี่ยงของเหตุการณ์นี้ (การพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน) ประวัติการสูบบุหรี่ | | | ่ ไม่ใช่ | ช่ ระบุรายล | าะเอียดของผู้ป่วย | มอาการเ | าล้ายไข้ห | วัดใหญ่ หรือข | Jอดอักเสบ | รายอื่นที่เป็นก | าลุ่มก้อน |
| การวินิจฉัย | | | ชื่อ-สกุล | ••••• | | | | วันเริ่ม | มป่วย | | ••••• |
| ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ | | | | | | | | | | | |
| ระบุรายละเอียดเหตุการณ์ ปัจจัยเสี่ยงของเหตุการณ์นี้ (การพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน) ประวัติการสูบบุหรี่ | | | | | | | | | | | |
| ประวัติการสูบบุหรี่ | | | | | | | | | | | |
| ประวัติการดื่มสุรา | | | ระบุรายละเอียด | แหตุการณ์ | ปัจจัยเสี่ยงของเห | _่ ขตุการถ | เ์นี้ (การพ | เบผู้ป่วยเป็นก | ลุ่มก้อน) | | |
| ประวัติการดื่มสุรา | | | | | | | | | | | |
| ประวัติการดื่มสุรา | | | | | | | | | | | |
| ประวัติการดื่มสุรา | | | ประวัติการสูบบุ | หรื่ | ∐ไม่สูบ | ่ สูบ | <u>ถ้าสูบ</u> | 🗌 ยังสูบ | ปริมาณมา | มน/ซอง ต่อวัน | เ/สัปดาห์ |
| หยุดสูบ เลิกมานาน ประวัติการได้รับวัคซีนโรคติดต่อทางเดินหายใจ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ☐ ไม่เคยได้รับ ☐ ได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ ☐ โด้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ ☐ ☐ โด้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ | | | | | | | , | ٠. ٠ | | | |
| 6. ประวัติการได้รับวัคซีนโรคติดต่อทางเดินหายใจ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจอื่น ๆ ☐ ไม่เคยได้รับ ☐ ได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ ☐ ได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ | | | ประวัติการดื่มสุ | รา | ∐ไม่ดื่ม | 🗌 ดื่ม | <u>ถ้าดืม</u> | ยังดืม | ปริมาณต่อ | ววัน/สัปดาห์ | |
| วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 🔲 ไม่เคยได้รับ 🗀 ได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ | | | | | | | | 🗆 หยุดสูบ | เลิกมานาเ | J | |
| วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 🔲 ไม่เคยได้รับ 🗀 ได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ | | | . 7 | . 5 | | 2 | | | | | |
| วัคชีนป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจอื่น ๆ 🗌 ไม่เคยได้รับ 🔲 ได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ | 6. | ปร: | ะวัติการได้รับวั | คซินโรคติ | iดต่อทางเดินเ | า ายใจ | | | | | |
| วัคชีนป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจอื่น ๆ 🗌 ไม่เคยได้รับ 🔲 ได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ | | วัคซี | เนข้องกันโรคไข้ห _ั | วัดใหญ่ | V | ไม่เคยได้ | า้รับ | 🗌 ได้รับ ครื่ | ั้งล่าสุดเมื่อ | | |
| | | วัคซี | ในป้องกันโรคติดต่ | อทางเดินห | ายใจอื่นๆ 🔲 ี | ไม่เคยได้ | า้รับ | | . ' | | |
| วันที่รับแจ้ง เวลา หมายเลขโทรศัพท์ | | | | | · | หมาย | เลขโทรศั | | | | |

การใส่อุปกรณ์ ป้องกัน ป่วย/ไม่ป่วย กรณีป่วย ระบุวันเริ่มป่วยและ อาการ <u>ส่วนที่ 1 การค้นหาผู้สัมผัส</u> (รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระยะป่วย ระบุลักษณะการสัมผัสถ้ามีอาการป่วยกรุณาระบุอาการด้วย) ลักษณะการสัมผัส วันที่สัมผัส หมายเลขโทรศัพท์ ์ ทื่อยู่/ อายู เพศ ชื่อ-สกุล -75

<u>ส่วนที่ 2</u> การติดตามลักษณะอาการผู้ป่วยหลังการสอบสวน

| | วันแรกรับ | ักรับ | | | | | | | | | | ئر | นทีหล | วันที่หลังนอนโรงพยาบาล | โรงพะ | มาขาล | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------|-------|----|--------------|----|----------|------------|-------|----|---------|------------|--------|-------|------------------------|-------|--|----------|---------------|----------|----------|------------|----|----------|--------|--|
| อาการและ | 0 | | 7 | | | 2 | 0.1 | 3 | 4 | | 5 | | 9 | | 7 | | ∞ | 0/ | | 10 | | 11 | | 12 | - |
| อาการแสดง | ಥವ | វ័ឌរី | ಥವ | 18 <u>18</u> | ಥವ | <u> </u> | ಥ ವ | វីដូ- | ಥ⊋ | រីង:ឆ្ន | ਹ ੜ | ង្គ្រា | ಥ⊋ | <u> </u> | ਹੜ | in i | ಪ್ರವ | ್ಕ | <u> </u> | ೂ | [2] [3] | ਾੜ | <u> </u> | ਹੜ | [2-1 12-13-13-13-13-13-13-13-13-13-13-13-13-13- |
| ใช้ (ระบุ Temp °c) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เจ็บคอ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| มีน้ำมูก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| มีสมหะ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| หายใจลำบาก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| หอบเหนื่อย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดกล้ามเนื้อ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดศีรษะ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ถ่ายเหลว | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| อุณหภูมิร่างกายสูงสุด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| อุณหภูมิร่างกายต่ำสุด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ชีพจรสูงสุด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oxygen sat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| ริ่งที่ตรวจ วันที่เก็บ CBC | การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่าผิดปกติ |
|-------------------------------|---|
| CXR | .ก็บ ผลการตรวจ |
| CXR | |
| | |
| Sputum gram stain | |
| Sputum culture | |
| Hemoculture | |
| 5 10 | |

แบบสอบสวนโรควัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB)

| ความเป็นมา | | | | |
|------------------------|--------------------------|-------------|--|-----------------|
| | | | จ้งจาก | |
| ผู้ให้ข้อมูล | | หมายเล | ลขโทรศัพท์ | |
| | | | la | |
| หน่วยงาน | | อำเภอ | จังหวัด | |
| วันที่สอบสวนโรค | เวลา | .น. หมายเ | ลขโทรศัพท์ | |
| 1. ข้อมูลทั่วไป | | | | |
| ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/น | มางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) | | | |
| เลขที่บัตรประชาชน [|] - |] - 🗌 🗎 - 🖺 | อายุ ปี เดือน เร | พศ 🗌 ชาย 🗌 หญิง |
| HN | AN | น้ำหนัก | กก. ส่วนสูง | ซม. |
| | | | หมายเลขโทรศัพท์ | |
| โรคประจำตัว | | | ☐ Chronic Kidney Disease☐ อื่น ๆ ระบุ | |
| ที่อยู่ตกเซาไวย บ้างแล | | | ชุมชน | |
| | | | อำเภอ | |
| | | | ในเขตเทศบาลเมือง | |
| 0 4 7 1 3 7 1 | | | 🗆 ในเขต อบต. | |
| กทีลำเบา บ้าบเลขที่ | | | | |
| | | | อำเภอ | |
| | | | ในเขตเทศบาลเมือง | |
| J N N I 9 N I | | | ในเขต อบต. | |
| ประวัติการเดินทาง/ย้ | | | 6 k 6 0 VI O O VI. | |
| | | | | |
| สภาพแวดล้อมที่อยู่อา | | | 🗌 ทาวน์เฮ้าท์ บุ | |
| สถานที่ศึกษา (กรณีผ้ | าไวยเข็นนักเรียน) | 0 % 00 | ระดับชั้นการศึกษา . | |
| | | | จังหวัด | |
| | | | หมายเลขโทรศัพท์ | |
| สัตว์เลี้ยงที่บ้าน | ไม่มี ไม่มี | ขี โปรดร | ระบทบิดและจำบวบ | |
| | ตัว 🗌 แมว จำนวน | | 1 | |
| | จำนวน | | WII V 100 00 710 | |
| | | | | |
| 2. ประวัติการเจ็บป่ว | ย | | | |
| เคยป่วยเป็นวัณโรคมา | าก่อนหรือไม่ 🗌 ไม่เคย | | ้ เคย ระบุปีที่ได้รับการวินิจฉัย | |
| อาการและอาการแสต | าง | | | |
| ไข้ | 🗌 มี 🔲 ไม่มี 🔲 ไม่ทราบ | ไอเรื้อรังร | ระบุเวลา 🗆 มี 🗆 ไม่ | เมื 🗆 ไม่ทราบ |
| ไอเป็นเลือด | 🗌 มี 🔲 ไม่มี 🔲 ไม่ทราบ | น้ำหนักล | ดกก 🗆 มี 🗆 ไม่ | เมื 🗌 ไม่ทราบ |
| เหงื่อออกกลางคืน | 🗌 มี 🔲 ไม่มี 🔲 ไม่ทราบ | อ่อนเพลีย | | เมี 🗆 ไม่ทราบ |
| อื่น ๆ ระบุ | | | | |

| 3. | ประวัติการส้มพัส | ู่ เพู้ป่วยเป็นวัณโรค แล | ละวัณโรคดื้อยา | | |
|----|---------------------|---|----------------|------------------|----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | _ | | |
| 4. | การตรวจทางท้อ | งปฏิบัติการที่ยืนยันว่ | าเป็น XDR-TB | | |
| | วันที่เก็บเสมหะ | วันที่ทราบผล | วิธีการทำ DST | ชื่อ lab ที่ตรวจ | หมายเหตุ |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| _ | | , , ; , , , , , , , , , , , , , , , , , | · = | | |
| ე. | | า/วัณโรคดื้อยา ที่ได้รั | บจนกงเนบจจุบน | | |
| | วันที่ถึงวันที่ | รพ.ที่รักษา | ยาที่ได้รับ | ผลการรักษา | หมายเหตุ |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ^ | =d1 & 2 | -T. I &- | | | |
| b. | สิ่งที่ได้ดำเนินการ | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

7. การค้นหาผู้สัมพัสโรค

| ลำดับ | ชื่อ-ส | ุกุล | | ายุ ปี) | เพศ | | | | อาการป่ | วย | | ควา | มสัมพันธ์ |
|---|---------------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|---------------------------|--|-----------------------------------|--|--|---|--|---|------------------------------|
| 1. | | | | | | | | | 1 | ป่วย | | 1 | |
| 2. | | | | | | | | | ระบุ วันที่เริ่ม] นอนแย | ป่วย | | | |
| 3. | | | | | | _ ไม่ | มี □ มี | มีอาการ _ | ระบุ | ป่วย | | | |
| 4. | | | | | | ไม่ | ์ มี 🗆 ร์ | มีอาการ | ระบุ | ป่วย | | | |
| 5. | | | | | | | | | | ป่วย | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | ุ์สัมผัสใกล้ชิ เฉลี่ยวันละ 8 | | | | | | | | | | มกันในพื้นที่เฉ มา | พาะ โด | ยใช้เกณฑ |
| | | 3 ชั่วโม | | 120 ชั่ | ั่วโมงใ' T | | | วงระหว | | วนที่ผ่าน: | | | ยใช้เกณฑ ม ายเหต ุ |
| ะยะเวลา | ้ เฉลี่ยวันละ (| 3 ชั่วโม | มง หรือ 1 | 120 ชั่ | ั่วโมงใ _้ | น 1 เดือ | าน ในช่ | วงระหว | าง 3 เดีย าการป่วย | วนที่ผ่านม J | | หร | |
| ะยะเวลา ลำดับ | ้ เฉลี่ยวันละ (| 3 ชั่วโม | มง หรือ 1 | 120 ชั่ | ร่วโมงใ | น 1 เดี๋ย พื่อนร่วม | าน ในช่ บงาน [| วงระหว อ ว เพื่อเ | าง 3 เดีย าการป่วย | วนที่ผ่านม <u>.</u>] ร่วมห้อ | มา งเรียน 🗌 HCV | wa N | |
| ระยะเวลา ลำดับ 1. | ้ เฉลี่ยวันละ (| 3 ชั่วโม | มง หรือ 1 | 120 ชั่ | ั่วโมงใ เ | น 1 เดี๋ย พื่อนร่วม | าน ในช่า บงาน [บงาน [| วงระหว อ ว์] เพื่อเ | าง 3 เดีย าการป่วย เบ้าน [| านที่ผ่าน: | มา งเรียน 🗌 HCV | Ma N | |
| ลำดับ 1. 2. | ้ เฉลี่ยวันละ (| 3 ชั่วโม | มง หรือ 1 | 120 ชั่ | ร้าโมงใ _ เ _ เ | น 1 เดี๋ย พื่อนร่วม พื่อนร่วม | มงาน [มงาน [| วงระหว อ ว] เพื่อเ] เพื่อเ | าง 3 เดี๋ย กการป่วย มบ้าน 🗀 มบ้าน 🗀 | บนที่ผ่าน: | มา งเรียน ☐ HC\ งเรียน ☐ HC\ | % 3 | |
| ระยะเวลา ลำดับ 1. 2. 3. | ้ เฉลี่ยวันละ (| 3 ชั่วโม | มง หรือ 1 | 120 ชั่ | ั่วโมงใ _ เ _ เ | น 1 เดือ พื่อนร่วม พื่อนร่วม พื่อนร่วม | มงาน [มงาน [| วงระหว อ ๋] เพื่อเ] เพื่อเ] เพื่อเ | าง 3 เดีย กการป่วย มบ้าน มบ้าน มบ้าน | บนที่ผ่าน: ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ | มา งเรียน ☐ HC\ งเรียน ☐ HC\ งเรียน ☐ HC\ | | |
| ระยะเวลา ลำดับ 1. 2. 3. | ้ เฉลี่ยวันละ (| 3 ชั่วโม | ง หรือ 1 จำนวน ผล | 120 ชั่ | ม เ | น 1 เดือ พื่อนร่วม พื่อนร่วม พื่อนร่วม | มงาน [มงาน [| วงระหว อ ๋] เพื่อเ] เพื่อเ] เพื่อเ | าง 3 เดีย กการป่วย มบ้าน มบ้าน มบ้าน มบ้าน มบ้าน มบ้าน | วนที่ผ่าน: ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ | มา งเรียน ☐ HC\ งเรียน ☐ HC\ งเรียน ☐ HC\ | | |
| ลำดับ 1. 2. 3. 4. 5. ประเภท กลุ่ม | ้ฉลี่ยวันละ 8 สถานที่ สถานที่ | 3 ชั่วโม ส่ง | ง หรือ 1 จำนวน ผล | 120 ชั่ (คน) | ม เ | น 1 เดือ พื่อนร่วม พื่อนร่วม พื่อนร่วม พื่อนร่วม | มงาน [มงาน [มงาน [ส่ง | วงระหว | าง 3 เดีย กการป่วย มบ้าน [มบ้าน [มบ้าน [มบ้าน [| วนที่ผ่าน: ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ | มา งเรียน | \(\frac{1}{N}\) \(\frac{1}{N}\) \(\frac{1}{N}\) \(\frac{1}{N}\) \(\frac{1}{N}\) \(\frac{1}{N}\) | มายเหตุ วินิจฉัย |
| ลำดับ 1. 2. 3. 4. 5. ประเภท กลุ่ม | ้ฉลี่ยวันละ 8 สถานที่ สถานที่ | 3 ชั่วโม ส่ง | ง หรือ 1 จำนวน ผล | 120 ชั่ (คน) | ม เ | น 1 เดือ พื่อนร่วม พื่อนร่วม พื่อนร่วม พื่อนร่วม | มงาน [มงาน [มงาน [ส่ง | วงระหว | าง 3 เดีย กการป่วย มบ้าน [มบ้าน [มบ้าน [มบ้าน [| วนที่ผ่าน: ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ | มา งเรียน | \(\frac{1}{N}\) \(\frac{1}{N}\) \(\frac{1}{N}\) \(\frac{1}{N}\) \(\frac{1}{N}\) \(\frac{1}{N}\) | มายเหตุ วินิจฉัย |
| ลำดับ 1. 2. 3. 4. 5. ประเภท กลุ่ม | ้ฉลี่ยวันละ 8 สถานที่ สถานที่ | 3 ชั่วโม ส่ง | ง หรือ 1 จำนวน ผล | 120 ชั่ (คน) | ม เ | น 1 เดือ พื่อนร่วม พื่อนร่วม พื่อนร่วม พื่อนร่วม | มงาน [มงาน [มงาน [ส่ง | วงระหว | าง 3 เดีย กการป่วย มบ้าน [มบ้าน [มบ้าน [มบ้าน [| วนที่ผ่าน: ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ ร่วมห้อ | มา งเรียน | \(\frac{1}{N}\) \(\frac{1}{N}\) \(\frac{1}{N}\) \(\frac{1}{N}\) \(\frac{1}{N}\) \(\frac{1}{N}\) | มายเหตุ วินิจฉัย |

| | 7.3 | เผนภูมิผู้สัมผัสร่วมบ้านรายผู้ป่วย XDR-TB (ที่อยู่ของผู้ป่วย) |
|----|------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | 7.4 | เผนภาพผู้สัมผัสร่วมบ้าน : (แหล่งอ้างอิง) |
| | | |
| 8. | สิงเ | วะดำเนินการต่อไป |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | J | |