

กลุ่มโรคติดเชื้อจากการสัมผัส

แบบสอบสวนไข้ไม่ทราบสาเหตุ (Pyrexia of unknown origin หรือ Fever of unknown origin : FUO)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ที่ทำงาน/โรงเรียน ชั้นเรียน

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

อาชีพผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มีประวัติไข้ ไม่มี มี

วันเริ่มป่วย เวลา น. วันที่มาโรงพยาบาล เวลา น.

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

อาการ/ ระบบ	รายละเอียด	วันเริ่มมีอาการ
ระบบหู คอ จมูก ตา		
ทางเดินหายใจ		
ทางเดินอาหาร		
ระบบไหลเวียนโลหิต		
ระบบประสาท		
กระดูกเนื้อเยื่อ		
ระบบสืบพันธุ์		
ผิวหนัง		

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	วันที่ส่ง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
CBC			
Urine			
Stool			
Blood			
Serology			
X-ray			
Bone marrow examination			
Lymph Node			
อื่น ๆ ระบุ			

4. การรักษา

ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ไปรับการตรวจรักษาครั้งที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

การรักษาครั้งนี้ : วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้ ไม่ได้รับ ได้รับ

ยาปฏิชีวนะ	วันที่เริ่มให้	วิธีการให้	ผลการรักษา

5. ประวัติการเดินทางสัมผัสโรค ในระยะ 30 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย

ประวัติเดินทางก่อนป่วย 30 วัน และหลังป่วย 7 วัน

1. สถานที่ วันที่เดินทาง

2. สถานที่ วันที่เดินทาง

3. สถานที่ วันที่เดินทาง

4. สถานที่ วันที่เดินทาง

5. สถานที่ วันที่เดินทาง

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

สมาชิกในครอบครัว เพื่อนในโรงเรียน เพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนบ้านมีอาการคล้ายผู้ป่วย จำนวน คน ระบุ

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

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

แบบสอบสวนไข้เอนเทอโรไวรัส (Enterovirus)/ โรคมือ เท้า ปาก (Hand foot and mouth disease)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ที่ทำงาน/โรงเรียน ชั้นเรียน

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.
 ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

อาชีพผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

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

ไข้	<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
ไอ	<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
น้ำมูก	<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
เจ็บคอ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เจ็บแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่คอหอย	<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
ผื่นหรือแผลที่ กระพุ้งแก้ม/เหงือก	<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
ผื่นหรือแผลที่ฝ่ามือ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ชัก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ฝ่าเท้า	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คอแข็ง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ก้น	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซีมี/สับสน/หมดสติ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ							

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 วิธี RT-PCR ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.2 วิธีเพาะเชื้อ ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.3 การตรวจหาระดับภูมิคุ้มกัน ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.4 อื่น ๆ ระบุวิธี ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
การรักษารั้งนี้ : วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้ ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- ในช่วง 7 วันก่อนวันเริ่มป่วย
- 5.1 ผู้ป่วยเดินทางไปที่อื่นหรือไม่ ไม่ได้เดินทาง เดินทาง
ระบุสถานที่ วันที่เดินทางไป กลับ
- 5.2 มีคนในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเดินทางไปพื้นที่อื่นหรือไม่ ไม่มี มี
ชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
ระบุพื้นที่ วันที่เดินทางไป กลับ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

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

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

แบบสอบสวนโรคตาแดงจากไวรัส (Viral conjunctivitis)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ที่ทำงาน/โรงเรียน ชั้นเรียน

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ซีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ตาแดง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดตา <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เลือดออกที่เยื่อぶตา <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ขี้ตา <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 วิธี ELISA ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ

ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ

3.2 วิธีเพาะเชื้อ ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ

ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ

3.3 อื่น ๆ ระบุวิธี ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ

4. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
 ได้รับยาปฏิชีวนะ ไม่ได้รับ ได้รับ (ระบุ)
 วันที่พบผู้ป่วย เวลา น. สถานที่รักษา
 ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
 ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
 วันที่จำหน่าย

5. ประวัติเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยง

- 5.1 อาศัยร่วมบ้านอยู่กับผู้ป่วยตาแดง ไม่มี มี ไม่ทราบ
 5.2 เรียนห้องเดียวกับผู้ป่วยตาแดง ไม่มี มี ไม่ทราบ
 5.3 ใช้สิ่งของร่วมกับผู้ป่วยตาแดง ไม่มี มี ไม่ทราบ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

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

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

แบบสอบสวนโรคเมลิออยโดสิส (Meliodosis)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ที่ทำงาน/โรงเรียน ชั้นเรียน

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลาเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

อาชีพผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้ อุณหภูมิ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มีภาวะติดเชื้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ทางเดินปัสสาวะหรือไต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ระบุ ข้อ		อักเสบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่คอหอย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	แผลเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตำแหน่ง		ตำแหน่ง.....	
ฝีในตับ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ฝีในม้าม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ฝีในปอด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ฝีในต่อมน้ำเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ซีด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ต่อมน้ำลายพาโรติด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ความดันโลหิตชีพจร		อักเสบเป็นฝี (พบในเด็ก)	
อื่น ๆ ระบุ			

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 Rapid test ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 วิธีเพาะแยกเชื้อ (Culture) ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 วิธี Polymerase chain reaction (PCR) ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 อื่น ๆ ระบุ ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- การรักษาคั้งนี้ : วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยคั้งนี้ ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 โรคเรื้อรังที่พบก่อน ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

การติดเชื้อทางเดินหายใจเรื้อรัง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	การติดเชื้อวัณโรค <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
การติดเชื้อเรื้อรังอื่น ๆ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มะเร็ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เบาหวาน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
โรคไต 3 ครั้ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	โรคเลือด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

5.2 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

- เคยทำอาชีพเกษตรกรรมในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อ ถึง
- ทำนา เป็นระยะเวลา ปี ระบุสถานที่ที่ทำ
- ทำสวน เป็นระยะเวลา ปี ระบุสถานที่ที่ทำ
- ทำไร่ เป็นระยะเวลา ปี ระบุสถานที่ที่ทำ
- จับสัตว์น้ำ เป็นระยะเวลา ปี ระบุสถานที่ที่ทำ
- ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ เป็นระยะเวลา ปี ระบุสถานที่ที่ทำ
- เก็บขยะ เป็นระยะเวลา ปี ระบุสถานที่ที่ทำ
- ขุดลอกท่อระบายน้ำ/สระ/คู/คลอง เป็นระยะเวลา ปี ระบุสถานที่ที่ทำ
- ทำงานในโรงฆ่าสัตว์ เป็นระยะเวลา ปี ระบุสถานที่ที่ทำ
- ว่ายน้ำ ระบุสถานที่
 เดินลุยน้ำ ระบุสถานที่

- ตื่นน้ำที่ไม่ได้ผ่านการต้มสุก
- มักมีบาดแผลจากการประกอบอาชีพ
- อื่น ๆ ระบุ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

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

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

แบบสอบสวนโรคเรื้อน (Leprosy)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ที่ทำงาน/โรงเรียน ชั้นเรียน

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

อาชีพผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. ประวัติการย้ายที่อยู่อาศัย

ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาผู้ป่วยมีการย้ายที่อยู่หรือไม่

ไม่มี มี ถ้ามีให้ระบุรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

- ปี พ.ศ. - พ.ศ. บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด

- ปี พ.ศ. - พ.ศ. บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด

3. อาการและอาการแสดง

- 3.1 วันที่มารับการรักษา สถานที่รักษา
- 3.2 อาการ : วงต่างหรือผื่นที่เริ่มเกิดขึ้นครั้งแรกที่บริเวณ เริ่มมีอาการมานาน ปี เดือน
- 3.3 อาการสำคัญของโรคเรื้อนที่ตรวจพบ
- รอยโรคที่พบ วงสีขาว ผื่นสีเข้ม วงแหวน ผื่นแดง แผ่นนูนแดงหนา ตุ่ม
 - ขอบ ชัด ไม่ชัด
 - สี จางกว่าผิวหนังปกติ เข้มกว่าผิวหนังปกติ
 - ลักษณะของผิวหนังบริเวณรอยโรค ปกติ แห้งเหี่ยวไม่ออก ขนร่วง อิ่มฉ่ำเป็นมันเงาม
 - อาการที่ตรวจพบจากการทดสอบอาการชา
- บริเวณรอยโรค ชา ไม่ชา
 - ฝ่ามือ ชา ไม่ชา
 - ฝ่าเท้า ชา ไม่ชา

6. ขนาดเล็กที่สุด กว้าง x ยาว เซนติเมตร ขนาดใหญ่ที่สุด กว้าง x ยาว เซนติเมตร
7. จำนวนรอยโรคทั้งหมด แห่ง
8. การกระจาย ข้างเดียวของร่างกาย ระบุตำแหน่ง สองข้างของร่างกาย
9. ภาวะโรคเห่อ ไม่มี มี โปรดเลือก Reversal reaction: RR
 Erythema nodosum leprosum: ENL
10. ชนิดของโรคเรื้อน Indeterminate (I) Tuberculoid (TT)
 Borderline tuberculoid (BT) Borderline borderline (BB)
 Borderline lepromatous (BL) Lepromatous (LL)
11. อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มี มี ระบุตำแหน่ง
12. แผลเรื้อรัง ไม่มี มี ระบุตำแหน่ง
13. อาการบวมที่หน้า มือ เท้า ไม่มี มี ระบุตำแหน่ง

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- วิธี Slit skin smear Negative Positive ค่า BI เฉลี่ย
- วิธี Biopsy Negative Positive ค่า BI เฉลี่ย

5. การรักษา

- ประเภทเชื้อน้อย (Paucibacillary leprosy: PB)
- ประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy: MB)

6. ข้อมูลการสัมผัสใกล้ชิดผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อน

- 6.1 กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (Household contact) : ผู้ป่วยเคยพักอาศัยในบ้านหลังเดียวกับผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา
- ไม่มี มี ระบุ

ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	แสดงอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนเมื่อ พ.ศ.	ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อนเมื่อ พ.ศ.	ประวัติการรักษา	
					ยา	ผลการรักษา
					<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="radio"/> PB <input type="radio"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา

6.2 กลุ่มเพื่อนบ้าน (Neighboring contact) : ผู้ป่วยเคยพักอาศัยอยู่ในบริเวณรอบ ๆ บ้านรัศมี 20 เมตร ที่มีผู้มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนพักอาศัยเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา

ไม่มี มี ระบุ

ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	แสดงอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนเมื่อ พ.ศ.	ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อนเมื่อ พ.ศ.	ประวัติการรักษา	
					ยา	ผลการรักษา
					<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="radio"/> PB <input type="radio"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา

6.3 กลุ่มบุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน (Social contact) : ผู้ป่วยเคยมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันกับผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ต้องติดต่อกัน เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา

ไม่มี มี ระบุ

ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	แสดงอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนเมื่อ พ.ศ.	ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อนเมื่อ พ.ศ.	ประวัติการรักษา	
					ยา	ผลการรักษา
					<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="radio"/> PB <input type="radio"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา

7. การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด

7.1 กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (Household contact) : ผู้ที่พักอาศัย หรือเคยพักอาศัยในบ้านหลังเดียวกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อน เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา

ไม่มี มี ระบุ

ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ระยะเวลาที่สัมผัสโรค (... ปี ... เดือน)	ผลการตรวจร่างกายคัดกรองโรคเรื้อน	อาการสงสัยโรคเรื้อนที่ตรวจพบ ระบุ	อาการสงสัยโรคเรื้อนเริ่มปรากฏให้เห็นครั้งแรก เดือน พ.ศ.	ตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อน
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

7.2 กลุ่มเพื่อนบ้าน (Neighboring contact) : ผู้ที่พักอาศัยในบ้านรอบ ๆ บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อนในรัศมี 20 เมตร เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา

ไม่มี มี ระบุรายละเอียดตามตารางข้างล่าง

ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ระยะเวลาที่สัมผัสโรค (... ปี ... เดือน)	ผลการตรวจร่างกายคัดกรองโรคเรื้อน	อาการสงสัยโรคเรื้อนที่ตรวจพบระบุ	อาการสงสัยโรคเรื้อนเริ่มปรากฏให้เห็นครั้งแรก เดือน พ.ศ.	ตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อน
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

7.3 กลุ่มบุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน (Social contact) : ผู้ที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ต้องติดต่อกัน เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา

ไม่มี มี

ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ระยะเวลาที่สัมผัสโรค (... ปี ... เดือน)	ผลการตรวจร่างกายคัดกรองโรคเรื้อน	อาการสงสัยโรคเรื้อนที่ตรวจพบระบุ	อาการสงสัยโรคเรื้อนเริ่มปรากฏให้เห็นครั้งแรก เดือน พ.ศ.	ตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อน
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์