

## กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

## แบบสอบสวนกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง (Lymphogranuloma Venereum/Granuloma Inguinale)

### 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  มี

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุนหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ซีฟจร ..... ครั้ง/นาที

หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

มีแผลเจ็บที่อวัยวะเพศ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบบวมโต <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบเป็นฝีหนอง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่น ๆ .....

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 Polymerase chain reaction (PCR)  ไม่ตรวจ  ตรวจ

ส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....

ผลลบ  ผลบวกต่อ *Chlamydia trachomatis* serovars ระบุ .....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2 Ligase chain reaction (LCR)  ไม่ตรวจ  ตรวจ

ส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....

ผลลบ  ผลบวกต่อ *Chlamydia trachomatis* serovars ระบุ .....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

- 3.3 Transcription-mediated amplification (TMA)  ไม่ตรวจ  ตรวจ  
 สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผลลบ  ผลบวกต่อ *Chlamydia trachomatis* serovars ระบุ .....  
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.4 อื่นๆ .....

#### 4. การรักษา

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

#### 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- มีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนขึ้นไป  
 มีคู่เพศสัมพันธ์ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน (Anonymous sex partners)  
 มีคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่ เปลี่ยนคู่เพศสัมพันธ์บ่อย  
 คู่เพศสัมพันธ์ที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์  
 มีคู่เพศสัมพันธ์เป็นหญิงหรือชายให้บริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

#### 6. ประวัติการสัมผัสโรค

- ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันเริ่มมีอาการ  
 ไม่มี  มี ระบุ

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ชื่อ (เล่น/นามแฝง)			
เพศ			
อาชีพ			
วันที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยงครั้งสุดท้าย			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เช่น สามี/ภรรยา คู่รัก เพื่อนสนิท เพื่อนไม่สนิท คนไม่รู้จัก ผู้ให้บริการทางเพศ หรือผู้ซื้อบริการ ทางเพศ เป็นต้น)			
ประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนมี เพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือไม่ และเป็นโรคอะไร (เช่น ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม กามโรคของ ต่อมและท่อน้ำเหลือง หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือเอดส์ เป็นต้น)			
- วันที่เริ่มป่วยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย			

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
- ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลใด			
- ผลการรักษา (กำลังรักษา/หาย/อื่น ๆ)			
ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่			
ช่องทางการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (อวัยวะเพศ/ทวารหนัก/ช่องปาก)			
ช่องทางที่ถุงยางอนามัยแตก รั่ว หรือหลุด			
มีประวัติใช้อวัยวะเพศสัมผัสกับอวัยวะเพศ/ ทวารหนัก/ช่องปาก ก่อนใส่ถุงยางอนามัยหรือไม่			

## 7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย หลังวันเริ่มมีอาการ  ไม่มี  มี 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 .....

## แบบสอบสวนโรคซิฟิลิส (Syphilis)

### 1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN ..... AN ..... อาชีพ .....

ศาสนา ..... สัญชาติ ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ภูมิฐานะ เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ระบุ .....

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

### 2. อาการและอาการแสดง

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุนหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

มีแผล ก้นแผลแข็ง	<input type="checkbox"/> มี ตำแหน่ง อวัยวะเพศ/ปาก/ทวารหนัก/อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คล้ายกระดูก		
มีผื่น	<input type="checkbox"/> มี ตำแหน่ง อวัยวะเพศ/ปาก/ทวารหนัก/อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผมร่วน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คิ้วร่วง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ต่อมน้ำเหลืองโต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่น ๆ ระบุ.....

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 Non-treponemal test  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ

วิธีการตรวจ  RPR  VDRL  อื่น ๆ ระบุ .....

สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

ผล .....

3.2 Treponemal test  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ

วิธีการตรวจ  FTA-ABS  TPHA  TP-PA  ICT  EIA

CMIA  Immunoblot  อื่น ๆ ระบุ .....

สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

ผล .....

3.3 อื่น ๆ ระบุ .....

#### 4. การรักษา

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

#### 5. ประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนขึ้นไป
- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน (Anonymous sex partners)
- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์คนใหม่ เปลี่ยนคู่นอนบ่อย
- คู่นอนเพศสัมพันธ์ที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์เป็นหญิงหรือชายให้บริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

#### 6. ประวัติการสัมผัสโรค

- ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันเริ่มมีอาการ
- ไม่มี  มี ระบุ

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ชื่อ (เล่น/นามแฝง)			
เพศ			
อาชีพ			
วันที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยงครั้งสุดท้าย			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เช่น สามี/ภรรยา คู่รัก เพื่อนสนิท เพื่อนไม่สนิท คนไม่รู้จัก ผู้ให้บริการทางเพศ หรือผู้ซื้อบริการ ทางเพศ เป็นต้น)			
ประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนมี เพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือไม่ และเป็นโรคอะไร (เช่น ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม กามโรคของ ต่อมและท่อน้ำเหลือง หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือเอดส์ เป็นต้น)			
- วันที่เริ่มป่วยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
- ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลใด			
- ผลการรักษา (กำลังรักษา/หาย/อื่น ๆ)			
ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่			
ช่องทางการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (อวัยวะเพศ/ทวารหนัก/ช่องปาก)			
ช่องทางที่ถุงยางอนามัยแตก รั่ว หรือหลุด			
มีประวัติใช้อวัยวะเพศสัมผัสกับ อวัยวะเพศ/ ทวารหนัก/ช่องปาก ก่อนใส่ถุงยางอนามัยหรือไม่			

## 7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย หลังวันเริ่มมีอาการ

ไม่มี  มี ระบุ

ชื่อ-สกุล/ชื่อเล่น/นามแฝง	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

## แบบสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี (Congenital syphilis)

### 1. ข้อมูลการ

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) .....  
เลขที่บัตรประชาชน  -  -  -  -  อายุ ..... ปี ..... เดือน เพศ  ชาย  หญิง  
วัน/เดือน/ปี ที่คลอด ..... น้ำหนักแรกคลอด ..... กรัม อายุครรภ์ที่คลอด ..... สัปดาห์  
สถานะการคลอด  มีชีวิต  คลอดมีชีวิตและเสียชีวิตภายหลัง ระบุวันที่เสียชีวิต .....

สาเหตุ .....  
 ตายคลอด ระบุสาเหตุ .....  ไม่ทราบ  
สถานที่คลอด  รพช.  รพศ./รพท.  รพ.เอกชน  อื่น ๆ ระบุ .....

HN ..... AN ..... อาชีพ .....  
ศาสนา ..... สัญชาติ ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....  
ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  
 ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.  
ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ระบุ .....

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....  
ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  
 ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

- 1.1 อาการ/อาการแสดงในทารก
- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Condyloma lata                 | <input type="checkbox"/> Syphilitic skin rash | <input type="checkbox"/> Snuffles         |
| <input type="checkbox"/> Hepatosplenomegaly             | <input type="checkbox"/> Hydrop fetalis       | <input type="checkbox"/> Edema            |
| <input type="checkbox"/> Jaundice (non-viral hepatitis) |   | <input type="checkbox"/> Pseudo paralysis |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ .....              |   | <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ       |

- 1.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของทารก

1. ช่องทางการเก็บเลือด :  Cord blood  Vein  อื่น ๆ ระบุ .....

2. การตรวจ Non Treponemal (RPR/VDRL)  
 ไม่ได้ตรวจ  
 ตรวจ วันที่เจาะเลือด ..... / ..... / ..... Titer .....

ไม่ทราบ

3. การตรวจ Treponemal  ไม่ได้ตรวจ  IgG  IgM  IgM/IgG

4. การตรวจจรกดู Dark field หรือ special stain  
 ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ Dark field ระบุผล .....

ตรวจ special stain ระบุผล .....

ไม่ทราบ

5. การตรวจ X-rays long bone

ไม่ได้ตรวจ

ตรวจและผลการตรวจเข้าได้กับซิฟิลิสแต่กำเนิด

ตรวจแต่ผลการตรวจเข้าไม่ได้กับซิฟิลิสแต่กำเนิด

ไม่ทราบ



6. การตรวจ VDRL ในน้ำไขสันหลัง

- ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ ผลเป็นบวก  
 ตรวจ ผลเป็นลบ  ไม่ทราบ

7. การเจาะน้ำไขสันหลังและตรวจ WBC และโปรตีนในน้ำไขสันหลัง

- ไม่ได้ตรวจ  
 ตรวจ วันที่ตรวจ ..... /..... /..... ผล WBC ..... cell/mm<sup>3</sup>  
ผลโปรตีน ..... mg/dL . ผล RBC ..... cell/cumm  
 ไม่ทราบ

1.3 ประวัติการรักษาในทารก

- ไม่ได้รักษา  
 ได้รับการรักษาด้วย Penicillin G (PGS) นาน 10 วัน  
 ได้รับการรักษาด้วย Benzathine penicillin 1 dose  
 ได้รับการรักษาด้วยยาอื่น ระบุ .....  ไม่ทราบ

1.4 การติดตามทารก

1. ทารกอายุ 6 เดือน  ไม่ได้ติดตาม  ได้ติดตาม  
วันที่ ..... ผล VDRL Titer ..... CSF.....  
2. ทารกอายุ 12 เดือน  ไม่ได้ติดตาม  ได้ติดตาม  
วันที่ ..... ผล VDRL Titer ..... CSF.....  
3. ทารกอายุ 18 เดือน  ไม่ได้ติดตาม  ได้ติดตาม  
วันที่ ..... ผล VDRL Titer ..... CSF.....  
TPHA .....

## 2. ข้อมูลมารดา

ชื่อ-สกุล (นาง/นางสาว) .....  
เลขที่บัตรประชาชน  -  -  -  -  อายุ ..... ปี ..... เดือน  
HN ..... AN ..... อาชีพ .....  
ศาสนา ..... สัญชาติ ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  
ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่บุตรหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ระบุ  
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....  
ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....  
จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  
 ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

2.1 ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา (ขณะตั้งครรภ์)

ครรภ์ที่ (G) ..... เคยคลอดบุตรมาแล้ว (P) ..... ครั้ง  
จำนวนการแท้ง (A) ..... ครั้ง จำนวนบุตรที่มีชีวิต (L) ..... คน  
ได้รับการฝากครรภ์หรือไม่  ฝากครรภ์ จำนวน ..... ครั้ง  ไม่ฝากครรภ์  
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก ประมาณ ..... สัปดาห์  
สถานที่ฝากครรภ์ครั้งแรก  รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.  รพช. ระบุ .....  
 รพท./รพศ.  รพ.เอกชน/คลินิก  อื่น ๆ ระบุ .....

2.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของมารดา

2.2.1 การตรวจหาซีฟิลิสด้วยวิธี RPR/VDRL  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ ระบุตามครั้ง  ไม่ทราบ  
ตรวจครั้งที่ 1 วันที่เจาะเลือด ..... อายุครรภ์ที่เจาะเลือด ..... สัปดาห์ Titer .....  
ตรวจครั้งที่ 2 วันที่เจาะเลือด ..... อายุครรภ์ที่เจาะเลือด ..... สัปดาห์ Titer .....  
ตรวจครั้งที่ 3 วันที่เจาะเลือด ..... อายุครรภ์ที่เจาะเลือด ..... สัปดาห์ Titer .....

2.2.2 การตรวจหาซีฟิลิสด้วยวิธี Treponemal test  ไม่ได้ตรวจ  
 ผลบวก  ผลลบ  ไม่ทราบผล

2.2.3 ผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวี  ไม่ได้ตรวจ  
 ผลบวก  ผลลบ  ไม่ทราบผล

2.3 การวินิจฉัยซีฟิลิสในมารดา

Primary  Secondary  Early latent  Late or late latent  
 Previously treated/serofast  Unknown  Other ระบุ .....

2.4 ประวัติการรักษาในมารดา

1. ยาที่ใช้ในการรักษา

Benzathine penicillin 2.4mU x 1 Dose  Benzathine penicillin 2.4mU x 3 Dose  
 อื่น ๆ ระบุ .....

2. วันที่ได้ยา ระบุ ครั้งที่ 1 ..... ครั้งที่ 2 ..... ครั้งที่ 3 .....

3. การรักษา  ไม่ได้รักษา  รักษาครบ 30 วัน ก่อนคลอด  
 รักษาครบ < 30 วัน ก่อนคลอด  อยู่ระหว่างการรักษาและติดตาม  
 ขาดการติดตาม  รักษาไม่ครบ  ไม่ทราบ

**3. ข้อมูลการตรวจเลือดของบิดา (สามีหรือคู่ของมารดา)**

3.1 การตรวจหาซีฟิลิส  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ ระบุ  ไม่ทราบ  ตรวจแต่ไม่พบผลการตรวจ  
วิธี RPR/VDRL ครั้งที่ 1 วันที่เจาะเลือด ..... Titer .....  
ครั้งที่ 2 วันที่เจาะเลือด ..... Titer .....

วิธี Treponemal test  ไม่ได้ตรวจ  ผลบวก  ผลลบ  ไม่ทราบผล

3.2 ผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวี  ไม่ได้ตรวจ  ผลบวก  ผลลบ  ไม่ทราบผล

3.3 การรักษา  ไม่ได้รักษา  รักษาครบ  อยู่ระหว่างการรักษาและติดตาม  
 ขาดการติดตาม  รักษาไม่ครบ  ไม่ทราบ

#### 4. สรุปการวินิจฉัยการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด ICD-10 ตามโรงพยาบาลระบุ

##### ตารางเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

การวินิจฉัย	เกณฑ์การวินิจฉัย	รหัส ICD-10
<input type="checkbox"/> Congenital syphilis เข้าเกณฑ์ WHO ให้รายงาน	<input type="checkbox"/> (Confirmed case) มารดารักษาไม่ได้ตามมาตรฐาน หรือรักษาน้อยกว่า 30 วันก่อนคลอด (นับตั้งแต่เริ่มรักษาเข็มแรก) หรือไม่ทราบประวัติการรักษาของมารดา <b>ร่วมกับ</b> ผลตรวจ VDRL/RPR ของทารกมี titer มากกว่าหรือเท่ากับของมารดา 4 เท่า <b>และ/หรือ</b> ทารกมีอาการหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจภาพรังสีผิดปกติที่เข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด**	A50.0-50.2, A50.9
	<input type="checkbox"/> (Confirmed case) มารดารักษาครบตามมาตรฐาน* และมากกว่า 30 วันก่อนคลอด (นับตั้งแต่เริ่มรักษาเข็มแรก) <b>ร่วมกับ</b> ผลตรวจ VDRL/RPR ของทารกมี titer มากกว่าหรือเท่ากับของมารดา 4 เท่า <b>และ/หรือ</b> ทารกมีอาการหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจภาพรังสีผิดปกติที่เข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด**	A50.0-50.2, A50.9
	<input type="checkbox"/> (Confirmed case) ทารกตายคลอด (Stillbirth) จากมารดามีผลเลือดบวกหรือที่มารดาเป็นโรคซิฟิลิสที่มารดารักษาไม่ได้ตามมาตรฐาน หรือรักษาไม่ครบ	Z37.1 คู่กับ O98.1
	<input type="checkbox"/> (Confirmed case) ทารกมี Non - treponemal test ที่ 6 เดือนผลเป็นบวก และมารดาได้รับการรักษาครบหรือไม่ครบก็ตาม และไม่ว่าทารกจะได้รับการรักษาหรือไม่ก็ตาม และไม่ได้เข้าได้กับข้อ 1 – 3	A50.0 - 50.2, A50.9
	<input type="checkbox"/> (Probable case) มารดารักษาไม่ได้ตามมาตรฐาน รักษาไม่ครบ หรือรักษาครบแต่น้อยกว่า 30 วันก่อนคลอด (นับตั้งแต่เริ่มรักษาเข็มแรก) หรือไม่ทราบประวัติการรักษาของมารดา <b>ร่วมกับ</b> ผลตรวจ VDRL/RPR ของทารกมี titer น้อยกว่าของมารดา 4 เท่า <b>และ/หรือ</b> ทารกไม่มีอาการผิดปกติที่เข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> (Confirmed case) ทารกมีผลเลือด Non-treponemal test ที่ 6 เดือนเป็นบวก (นับรวมกับข้อ 4)	A50.0 - 50.2, A50.9
	<input type="checkbox"/> (Probable case) ทารกมีผลเลือด Non-treponemal test ที่ 6 เดือนเป็นลบ หรือไม่ทราบผล	A50.9
	<input type="checkbox"/> (Probable case) มารดารักษาครบตามมาตรฐาน* แต่ ทารกตายคลอด (Stillbirth)	Z 37.1 คู่กับ O98.1
<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ Congenital syphilis รอดติดตาม 6 เดือน	มารดารักษาได้ตามมาตรฐาน <b>และ</b> รักษาครบมากกว่า 30 วันก่อนคลอด (นับตั้งแต่เริ่มรักษาเข็มแรก) <b>และ</b> ผลตรวจ VDRL/RPR ของทารกมี titer น้อยกว่าของมารดา 4 เท่า <b>และ</b> ทารกไม่มีอาการผิดปกติที่เข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด *หากทารกมีผลเลือด Non-treponemal test ที่ 6 เดือน เป็นบวก (ย้ายกลุ่มไปเป็นข้อ 4)	PDx Z38.0 - 38.8 SDx Z20.2
หมายเหตุ : * การรักษามารดาตามมาตรฐาน หมายถึง รักษาด้วย Benzathine penicillin ตามระยะของโรคตามแนวทางการรักษาของประเทศ ** อาการผิดปกติที่เข้าได้กับโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ได้แก่ 1. ทารกอายุต่ำกว่า 2 ปี มี Hepatosplenomegaly, rash, condylomata, snuffles, jaundice (non-viral hepatitis), pseudoparalysis, anemia, edema (nephrotic syndrome and/or malnutrition) 2. เด็กโตพบ Stigmata (e.g. Interstitial keratitis, nerve deafness, anterior bowing of shins, frontal bossing, mulberry molars, Hutchison teeth, saddle nose, rhagades, Clutton joints)		

**ผลการตรวจทารกที่เข้าได้กับซิฟิลิสแต่กำเนิด หมายถึง มีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้**

1. ยืนยันโดยการตรวจวินิจฉัยพบเชื้อ *Treponema pallidum* ทางห้องปฏิบัติการจากสารคัดหลั่ง น้ำมูก เยื่อจมูก จากน้ำเหลือง จากรอยโรคที่ผิวหนัง รก สายสะดือ หรือจากการตรวจชิ้นเนื้อของทารก (0-28 วัน) โดยวิธีใดวิธีหนึ่งต่อไปนี้ Dark-field microscopy หรือ ตรวจพบ DNA ด้วยวิธี Polymerase chain reaction (PCR) หรือ ตรวจพบเชื้อด้วยวิธีย้อมพิเศษทางอิมมูโนฮิสโตเคมี (Immunohistochemistry-IHC) หรือย้อมพิเศษวิธีอื่น ๆ (special stains)

2. ตรวจทางรังสีพบว่า มี long bone ผิดปกติ

3. ผลการตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสให้ผลบวก (VDRL,RPR) โดยมี titer มากกว่าหรือเท่ากับ titer ในมารดา 4 เท่าขึ้นไป เช่น RPR titer ในมารดา 1:16 ในลูก 1:64 เป็นต้น

4. ผลการตรวจน้ำไขสันหลัง (CSF) พบ VDRL เป็นบวก

5. ในการเจาะน้ำไขสันหลัง ตรวจพบเม็ดเลือดขาวหรือโปรตีนสูงขึ้นโดยไม่มีสาเหตุอื่น แนะนำระดับค่าผิดปกติ

5.1 ในเด็กอายุ  $\leq 30$  วัน CSF WBC  $> 15$  cell/mm<sup>3</sup> หรือ CSF protein  $> 120$  mg/dl

5.2 ในเด็กอายุ  $> 30$  วัน CSF WBC  $> 5$  cell/mm<sup>3</sup> หรือ CSF protein  $> 40$  mg/dl โดยไม่คำนึงถึง

CSF serology

กรณีที่ CSF ในทารกผิดปกติ เฉพาะ WBC และ/หรือ protein เท่านั้น โดย CSF VDRL negative และทารกไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ และผลการตรวจอื่น ๆ ปกติทั้งหมด หากมารดารักษาครบให้ถือว่าไม่ใช่ซิฟิลิสแต่กำเนิด แต่หากมารดารักษาไม่ครบ ให้ถือว่าเป็น Probable case (เหมือนข้อ 5 ทั้งนี้ต้องตามผลเลือดของทารกที่อายุ 6 เดือน ว่าเป็นข้อ 5.1 หรือ 5.2)

การติดตามทารกที่อายุ 6 เดือน ถ้า VDRL,RPR titer  $\leq 1:2$  ทารกรักษาครบถ้วนด้วย PGS 10 วัน ทารกไม่มีอาการให้ติดตาม VDRL,RPR ทารกที่อายุ 12 เดือน และ VDRL,RPR ร่วมกับ TPHA 18 เดือน

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

## แบบสอบสวนโรคแผลริมอ่อน (Chancroid)

### 1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN ..... AN ..... อาชีพ .....

ศาสนา ..... สัญชาติ ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

### 2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่  ไม่มี  มี

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ซีฟจร ..... ครั้ง/นาที

หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

มีตุ่มนูนแดงและเจ็บ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโต กดเจ็บ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
แผลเล็ก ๆ รวมเป็นกลุ่ม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ก้นแผลมีหนอง ขอบแผลนูน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไม่แข็ง และเจ็บ	
อื่น ๆ .....	

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การย้อม Gram stain หรือ Unna Papanheim  ไม่ทำ

ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ..... ผล .....

3.2 วิธี Polymerase Chain Reaction (PCR)  ไม่ทำ

ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ..... ผล .....

3.3 อื่น ๆ .....

#### 4. การรักษา

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

#### 5. ประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนขึ้นไป
- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน (Anonymous sex partners)
- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์คนใหม่ เปลี่ยนคู่นอนเพศสัมพันธ์บ่อย
- คู่นอนเพศสัมพันธ์ที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์เป็นหญิงหรือชายให้บริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

#### 6. ประวัติการสัมผัสโรค

- ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันเริ่มมีอาการ
- ไม่มี  มี ระบุ

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ชื่อ (เล่น/นามแฝง)			
เพศ			
อาชีพ			
วันที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยงครั้งสุดท้าย			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เช่น สามี/ภรรยา คู่รัก เพื่อนสนิท เพื่อนไม่สนิท คนไม่รู้จัก ผู้ให้บริการทางเพศ หรือผู้ซื้อบริการ ทางเพศ เป็นต้น)			
ประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนมี เพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือไม่ และเป็นโรคอะไร (เช่น ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม กามโรคของ ต่อมและท่อน้ำเหลือง หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือเอดส์ เป็นต้น)			
- วันที่เริ่มป่วยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
- ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลใด			
- ผลการรักษา (กำลังรักษา/หาย/อื่น ๆ)			
ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่			
ช่องทางการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (อวัยวะเพศ/ทวารหนัก/ช่องปาก)			
ช่องทางที่ถุงยางอนามัยแตก รั่ว หรือหลุด			
มีประวัติใช้อวัยวะเพศสัมผัสกับ อวัยวะเพศ/ ทวารหนัก/ช่องปาก ก่อนใส่ถุงยางอนามัยหรือไม่			

## 7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย หลังวันเริ่มมีอาการ

ไม่มี  มี ระบุ

ชื่อ-สกุล/ชื่อเล่น/นามแฝง	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

# แบบสอบถามโรคเริมของอวัยวะสืบพันธุ์และกวารหนัก (Anogenital Herpes)

## 1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN ..... AN ..... อาชีพ .....

ศาสนา ..... สัญชาติ ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

## 2. อาการและอาการแสดง

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม ออณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ซีพีजर ..... ครั้ง/นาที

หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

มีตุ่มน้ำใส เป็นกลุ่มที่ อวัยวะเพศ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มีตุ่มน้ำใส เป็นกลุ่มที่ ทวารหนัก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เจ็บปวดแสบที่อวัยวะเพศ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เจ็บปวดแสบที่ทวารหนัก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คันที่อวัยวะเพศ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คันที่ทวารหนัก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปัสสาวะแสบขัด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตกขาวผิดปกติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ .....	

## 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 Tzanck smear  ไม่ทำ

ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

ผล .....

3.2 Direct fluorescence assay  ไม่ทำ

ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

ผล .....



- 3.3 Nucleic acid amplification test  ไม่ทำ  
 ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....  
 ผล .....
- 3.4 วิธีเพาะเชื้อในเซลล์เลี้ยงเชื้อ  ไม่ทำ  
 ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....  
 ผล .....
- 3.5 อื่น ๆ .....

#### 4. การรักษา

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

#### 5. ประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนขึ้นไป
- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน (Anonymous sex partners)
- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์คนใหม่ เปลี่ยนคู่นอนเพศสัมพันธ์บ่อย
- คู่นอนเพศสัมพันธ์ที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์เป็นหญิงหรือชายให้บริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

#### 6. ประวัติการสัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันเริ่มมีอาการ

ไม่มี  มี ระบุ

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ชื่อ (เล่น/นามแฝง)			
เพศ			
อาชีพ			
วันที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยงครั้งสุดท้าย			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เช่น สามี/ภรรยา คู่รัก เพื่อนสนิท เพื่อนไม่สนิท คนไม่รู้จัก ผู้ให้บริการทางเพศ หรือผู้ซื้อบริการ ทางเพศ เป็นต้น)			

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนมี เพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือไม่ และเป็นโรคอะไร (เช่น ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม กามโรคของ ต่อมและท่อน้ำเหลือง หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือเอดส์ เป็นต้น)			
- วันที่เริ่มป่วยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
- ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลใด			
- ผลการรักษา (กำลังรักษา/หาย/อื่น ๆ)			
ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่			
ช่องทางการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (อวัยวะเพศ/ทวารหนัก/ช่องปาก)			
ช่องทางที่ถุงยางอนามัยแตก รั่ว หรือหลุด			
มีประวัติใช้อวัยวะเพศสัมผัสกับ อวัยวะเพศ/ ทวารหนัก/ช่องปาก ก่อนใส่ถุงยางอนามัยหรือไม่			

## 7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย หลังวันเริ่มมีอาการ

ไม่มี  มี ระบุ

ชื่อ-สกุล/ชื่อเล่น/นามแฝง	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

## แบบสอบสวนโรคหนองใน (Gonorrhoea)

### 1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN ..... AN ..... อาชีพ .....

ศาสนา ..... สัญชาติ ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  
 ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ระบุ .....

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  
 ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

### 2. อาการและอาการแสดง

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา .....

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

หนองหรือมูกหนอง จากท่อปัสสาวะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปัสสาวะแสบขัด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตกขาวเป็นหนอง มูกปนหนอง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดเบ่งคันรอบทวารหนัก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ .....	

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การย้อม Gram stain  ไม่ทำ  
 ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ..... ผล .....
- 3.2 วิธีเพาะเชื้อใน Modified Thayer Martin media หรือ media อื่น ๆ ที่สามารถเพาะเชื้อ *N. gonorrhoeae*  
 ไม่ทำ  
 ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ..... ผล .....
- 3.3 Nucleic acid hybridization test  ไม่ทำ  
 ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ..... ผล .....
- 3.4 Nucleic acid amplification test  ไม่ทำ  
 ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ..... ผล .....

3.5 อื่น ๆ .....

#### 4. การรักษา

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

#### 5. ประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- มีคู่นอนมากกว่า 1 คนขึ้นไป
- มีคู่นอนที่ไม่รู้จักกันมาก่อน (Anonymous sex partners)
- มีคู่นอนคนใหม่ เปลี่ยนคู่นอนบ่อย
- คู่นอนที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- มีคู่นอนเป็นหญิงหรือชายให้บริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

#### 6. ประวัติการสัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันเริ่มมีอาการ

ไม่มี  มี ระบุ

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ชื่อ (เล่น/นามแฝง)			
เพศ			
อาชีพ			
วันที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยงครั้งสุดท้าย			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เช่น สามี/ภรรยา คู่รัก เพื่อนสนิท เพื่อนไม่สนิท คนไม่รู้จัก ผู้ให้บริการทางเพศ หรือผู้ซื้อบริการ ทางเพศ เป็นต้น)			
ประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนมี เพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือไม่ และเป็นโรคอะไร (เช่น ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม กามโรคของ ต่อมและท่อน้ำเหลือง หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือเอดส์ เป็นต้น)			
- วันที่เริ่มป่วยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
- ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลใด			
- ผลการรักษา (กำลังรักษา/หาย/อื่น ๆ)			
ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่			

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ช่องทางการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (อวัยวะเพศ/ทวารหนัก/ช่องปาก)			
ช่องทางที่ถุงยางอนามัยแตก รั่ว หรือหลุด			
มีประวัติใช้อวัยวะเพศสัมผัสกับ อวัยวะเพศ/ ทวารหนัก/ช่องปาก ก่อนใส่ถุงยางอนามัยหรือไม่			

## 7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย หลังวันเริ่มมีอาการ

ไม่มี  มี ระบุ

ชื่อ-สกุล/ชื่อเล่น/นามแฝง	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

## แบบสอบสวนโรคหนองในเทียม (Non-Gonococcal Urethritis: NGU)

### 1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN ..... AN ..... อาชีพ .....

ศาสนา ..... สัญชาติ ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ระบุ .....

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

### 2. อาการและอาการแสดง

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

มีมูกใส/มูกขุ่นจากท่อปัสสาวะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มีมูก/มูกหนองจากปากมดลูก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีปัสสาวะแสบขัด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คันในท่อปัสสาวะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ .....	

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การย้อม Gram stain  ไม่ทำ

ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ..... ผล .....

3.2 First void urine  ไม่ทำ

ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ..... ผล .....

3.3 จุ่มแถบน้ำยาสำเร็จรูป  ไม่ทำ

ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ..... ผล .....

3.4 Nucleic acid amplification test  ไม่ทำ

ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ..... ผล .....

3.5 Nucleic acid hybridization test

ไม่ทำ

ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ..... ผล .....

3.6 อื่น ๆ .....

#### 4. การรักษา

ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ซื้อยากินเอง ชื่อยา .....

ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล ..... วันที่ .....

สถานที่รักษา ..... การวินิจฉัย ..... วันที่จำหน่าย .....

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....

#### 5. ประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

มีคู่นอนเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนขึ้นไป

มีคู่นอนเพศสัมพันธ์ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน (Anonymous sex partners)

มีคู่นอนเพศสัมพันธ์คนใหม่ เปลี่ยนคู่นอนเพศสัมพันธ์บ่อย

คู่นอนเพศสัมพันธ์ที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

มีคู่นอนเพศสัมพันธ์เป็นหญิงหรือชายให้บริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

#### 6. ประวัติการสัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันเริ่มมีอาการ

ไม่มี  มี ระบุ

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ชื่อ (เล่น/นามแฝง)			
เพศ			
อาชีพ			
วันที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยงครั้งสุดท้าย			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เช่น สามี/ภรรยา คู่รัก เพื่อนสนิท เพื่อนไม่สนิท คนไม่รู้จัก ผู้ให้บริการทางเพศ หรือผู้ซื้อบริการ ทางเพศ เป็นต้น)			
ประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนมี เพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือไม่ และเป็นโรคอะไร (เช่น ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม กามโรคของ ต่อมและท่อน้ำเหลือง หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือเอดส์ เป็นต้น)			

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
- วันที่เริ่มป่วยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
- ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลใด			
- ผลการรักษา (กำลังรักษา/หาย/อื่น ๆ)			
ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่			
ช่องทางการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (อวัยวะเพศ/ทวารหนัก/ช่องปาก)			
ช่องทางที่ถุงยางอนามัยแตก รั่ว หรือหลุด			
มีประวัติใช้อวัยวะเพศสัมผัสกับ อวัยวะเพศ/ทวารหนัก/ช่องปาก ก่อนใส่ถุงยางอนามัยหรือไม่			

## 7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย หลังวันเริ่มมีอาการ

ไม่มี  มี ระบุ

ชื่อ-สกุล/ชื่อเล่น/นามแฝง	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....