

กลุ่มโรคติดเชื้อที่นำโดยแมลง

## แบบสอบสวนไข้วัดไข้วงลาย (Chikungunya fever)

### 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.

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
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกระดูกหรือข้อต่อ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
บวมตามข้อ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นแดง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกตามผิวหนัง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ .....			

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

##### 3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

วันที่ส่งตรวจ ..... Hct ..... % Platelet .....  $\times 10^3$  WBC .....  
Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... % Eosinophil ..... % Monocyte ..... %  
อื่นๆ .....

#### 3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

3.2.1 การเพาะแยกเชื้อ  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

##### 3.2.2 การตรวจด้วย Haemagglutination Inhibition (HI)

1. การตรวจซีรัมคู่  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ  
วันที่ส่งตรวจ ครั้งที่ 1 ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....  
วันที่ส่งตรวจ ครั้งที่ 2 ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....  
2. ตรวจซีรัมเดี่ยว  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ  
วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2.3 การตรวจ ELISA  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2.4 วิธี PCR  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ .....  
วันที่ส่งตรวจ ..... ผล .....  
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

### 4. การรักษา

ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ไปรับการรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

การรักษาครั้งนี้ วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....

สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....

การวินิจฉัย .....

การรักษา .....

### 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ในช่วง 12 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางออกนอกพื้นที่ (ต่างอำเภอ/ต่างจังหวัด) หรือไม่

ไม่เคย  เคย

1. ระบุ ..... วันที่ .....

2. ระบุ ..... วันที่ .....

5.2 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้วัดข้ออยู่ภายในช่วง 12 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

ไม่มี  มี ระบุ .....

1. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันที่เริ่มป่วย .....

2. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันที่เริ่มป่วย .....

5.3 ที่โรงเรียน/เพื่อน/ครูป่วยเป็นโรคไข้วัดข้อยุ่งภายในช่วง 12 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

ไม่มี  มี ระบุ .....

1. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันที่เริ่มป่วย .....

2. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันที่เริ่มป่วย .....

5.4 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้วัดข้อยุ่งภายในช่วง 12 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

ไม่มี  มี ระบุ .....

1. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันที่เริ่มป่วย .....

2. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันที่เริ่มป่วย .....

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย) สงสัยป่วยเป็นโรคไข้วัดข้อยุ่งภายในช่วง 12 วัน หลังวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้ 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 .....	

## 7. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

วันที่สำรวจ	สำรวจลูกน้ำยุงลาย	บ้านผู้ป่วย	รอบบ้านผู้ป่วย (รัศมี 100 เมตร)	โรงเรียน	วัด	อื่น ๆ ระบุ
วันที่ 0	จำนวนภาชนะ/บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					

วันที่ สำรวจ	สำรวจ ลูกน้ำยุงลาย	บ้านผู้ป่วย	รอบบ้านผู้ป่วย (รัศมี 100 เมตร)	โรงเรียน	วัด	อื่น ๆ ระบุ
วันที่ 3	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 7	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 14	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 21	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 28	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					

มาตรการเบื้องต้น

ประชากรชุมชนที่พบผู้ป่วย

.....

.....

การพ่นฆ่ายุงตัวแก่ วันที่ ..... ครั้งที่ ..... /วันที่ ..... ครั้งที่ ..... /วันที่ ..... ครั้งที่ ..... /วันที่ ..... ครั้งที่ .....

.....

.....

.....

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

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

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

## แบบสอบถามไข้มาลาเรีย (Malaria)

### 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 .....

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	ตับโต/ม้ามโต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หนาวสั่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตาเหลือง	<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	ซีด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปัสสาวะสีดำน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดท้อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เหงื่อออก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดข้อ	<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	เบื่ออาหาร	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ .....			

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การวินิจฉัยด้วยกล้องจุลทรรศน์

1. การตรวจ Thick film  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

2. การตรวจ Thin film  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2 การใช้ชุดตรวจหาเชื้อมาลาเรีย  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.3 วิธี PCR  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

### 4. การรักษา

ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....

สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....

ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

Mefloquine  ไม่ใช่  ใช่ วันที่ให้การรักษา .....

Primaquine  ไม่ใช่  ใช่ วันที่ให้การรักษา .....

Quinine  ไม่ใช่  ใช่ วันที่ให้การรักษา .....

Tetracycline/Doxycycline  ไม่ใช่  ใช่ วันที่ให้การรักษา .....

Artemether  ไม่ใช่  ใช่ วันที่ให้การรักษา .....

Artesunate  ไม่ใช่  ใช่ วันที่ให้การรักษา .....

Chloroquine  ไม่ใช่  ใช่ วันที่ให้การรักษา .....

อื่น ๆ ระบุ .....  ไม่ใช่  ใช่ วันที่ให้การรักษา .....

## 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ในระยะ 6 เดือน ก่อนเริ่มมีอาการ

- 5.1 เคยป่วยเป็นมาลาเรียมาก่อนหรือไม่  ไม่เคย  ระบุช่วงเวลาที่ยป่วย .....  
ชนิดของเชื้อที่เคยพบ (หากทราบ) .....
- 5.2 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ  
 หาของป่า/ล่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- ทำป่าไม้ ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- นักสำรวจป่า/ธรรมชาติ ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- ทหาร/ตำรวจ ตระเวนชายแดน ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- อื่น ๆ (ระบุ) .....
- 5.3 งานอดิเรก  
 หาของป่า/ล่าสัตว์ ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- ท่องเที่ยว ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- 5.4 ประวัติการรับเลือด (Blood Transfusion)  
 ไม่มี  มี ระบุวันที่รับ ..... สถานที่รับ .....
- 5.5 ชนิดยุงพาหะโรคมมาเลีย (ที่เคยมีการสำรวจไว้บริเวณบ้านพักผู้ป่วย)  
 ไม่มีการสำรวจ  มีการสำรวจ ระบุชนิด  
ระบุ ..... ช่วงเวลาที่สำรวจ .....
- ระบุ ..... ช่วงเวลาที่สำรวจ .....
- ระบุ ..... ช่วงเวลาที่สำรวจ .....
- 5.6 ในช่วง 60 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปพื้นที่เสี่ยงใดบ้าง เช่น พื้นที่ป่า หรือพื้นที่ที่เคยมีรายงาน  
ผู้ป่วยมาลาเรีย  ไม่เคย  เคย ระบุ  
1. ระบุ ..... วันที่ .....
2. ระบุ ..... วันที่ .....
3. ระบุ ..... วันที่ .....
- 5.7 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน ก่อนวันที่ผู้ป่วยรายนี้เริ่มป่วย  
 ไม่มี  มี ระบุ  
1. ชื่อ ..... อายุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
3. ชื่อ ..... อายุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
- 5.8 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน ก่อนวันที่เริ่มป่วย  
ของผู้ป่วยรายนี้  ไม่มี  มี ระบุ  
1. ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
2. ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
3. ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
- 5.9 มีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจากหมู่บ้านอื่นมาพักอาศัยร่วมบ้านหรือบ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน  
ในช่วง 60 วัน ก่อนวันที่เริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้  ไม่มี  มี ระบุ  
1. ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
2. ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
3. ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันที่เริ่มป่วย .....

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน/อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 14 วัน  
หลังวันที่เริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

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 .....

## แบบสอบสวนไข้เลือดออก (Dengue fever)

### 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 .....

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

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

ไข้/ไข้เฉียบพลัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดกระดูกหรือข้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตับโต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ผื่นแดง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกทาง อวัยวะภายใน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตาแดง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลุ่มอาการทางเดินหายใจ ส่วนบน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มีภาวะช็อก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
Tourniquet test (บวก/ลบ) ระบุ .....	<input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ .....	

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

##### 3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

CBC	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
	วันที่ .....				
	เวลา .....				
Hematocrit %					
WBC					
Neutrophil %					
Lymphocyte%					
Atypical Lymphocyte %					
Platelet ต่อ ลบ.มม.					
Albumin					
อื่นๆ ระบุ .....					

#### 3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

- 3.2.1 PCR  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.2.2 NS1 antigen  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.2.3 Dengue IgM/ IgG  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ .....  
 วันที่ส่งตรวจ ..... ผล .....
- 3.2.4 การเพาะแยกเชื้อ  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ.....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.2.5 HI การตรวจซีรัมคู่  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจครั้งที่ 1 ..... Titer .....  
 วันที่ส่งตรวจครั้งที่ 2 ..... Titer .....  
 การตรวจซีรัมเดี่ยว  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ ..... Titer .....
- 3.2.7 EIA  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.2.8 อื่น ๆ ระบุวิธี .....  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ .....  
 วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

#### 4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ไปรับการตรวจรักษา
- ซื้อยากินเอง ชื่อยา .....  รักษาด้วยยาสมุนไพร ชื่อยา .....
- การรักษาครั้งนี้เป็นการตรวจรักษาครั้งแรก  ใช่  ไม่ใช่
- สถานที่รักษาครั้งแรก ..... วันที่มาโรงพยาบาล ..... เวลา ..... น.
- สถานที่รักษาครั้งที่ 2 ..... วันที่มาโรงพยาบาล ..... เวลา ..... น.
- สถานที่รักษาครั้งที่ 3 ..... วันที่มาโรงพยาบาล ..... เวลา ..... น.
- สถานที่วินิจฉัยเป็นโรคไข้เลือดออก .....
- การวินิจฉัยครั้งนี้  DF  DHF  DSS  EDS
- ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....
- วันที่จำหน่าย .....

#### 5. ประวัติการสัมผัสโรค ในระยะ 14 วัน ก่อนวันที่เริ่มป่วย (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไปทำงานกับผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก
- มีเพื่อนหรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก
- มีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก
- ที่โรงเรียนมีเพื่อน/ครู ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก
- บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก
- โดยอยู่ในรัศมี  0-25 เมตร  26-50 เมตร  51-100 เมตร  เกิน 100 เมตร
- เดินทางไปในพื้นที่อื่นที่มีการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ระบุ .....
- เคยมีประวัติรับวัคซีนไข้เลือดออก ระบุชนิดของวัคซีนที่ทราบ .....
- จำนวนครั้งที่รับวัคซีน ..... ครั้ง รับวัคซีนไข้เลือดออกครั้งสุดท้ายเมื่อ .....
- ไม่มีการสัมผัสผู้ป่วยที่สงสัย หรือไม่ได้เดินทางไปยังพื้นที่อื่น

#### 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค ในช่วงก่อนป่วย 14 วัน และหลังป่วย 5 วัน

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย) สงสัยเป็นไข้เลือดออก จำนวน ..... คน (ระบุ)

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

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

6.2 ประวัติเดินทางก่อนป่วย 14 วัน และหลังป่วย 5 วัน (นอกเหนือจากโรงเรียนและที่ทำงาน)

1. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....
2. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....
3. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....

## 7. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

วันที่สำรวจ	สำรวจลูกน้ำยุงลาย	บ้านผู้ป่วย	รอบบ้านผู้ป่วย (รัศมี 100 เมตร)	โรงเรียน	วัด	อื่น ๆ ระบุ
วันที่ 0	จำนวนภาชนะ/บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 3	จำนวนภาชนะ/บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 7	จำนวนภาชนะ/บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					

วันที่ สำรวจ	สำรวจ ลูกน้ำยุงลาย	บ้านผู้ป่วย	รอบบ้านผู้ป่วย (รัศมี 100 เมตร)	โรงเรียน	วัด	อื่น ๆ ระบุ
วันที่ 14	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 21	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 28	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					

### มาตรการเบื้องต้น

ประชาคมชุมชนที่พบผู้ป่วย

.....  
 .....  
 การพ่นฆ่ายุงตัวแก่ วันที่ ..... ครั้งที่ ..... /วันที่ ..... ครั้งที่ ..... /วันที่ ..... ครั้งที่ ..... /วันที่ ..... ครั้งที่ .....  
 .....  
 .....  
 .....

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  
 ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....  
 หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
 วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

## แบบสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika virus 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.

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

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

มีผื่นหรือไม่  ไม่มี  มี วันเริ่มออกผื่น ...../...../..... ชนิดผื่น .....

บริเวณที่พบผื่น (ใส่ตัวเลขเรียงลำดับก่อน-หลัง)

ใบหน้า  ไหล่  แขน  ขา  ลำตัว  อื่น ๆ .....

ไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	<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
ปวดข้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ข้อบวม/แดง/ร้อน	<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	ตาแดง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลุ่มอาการทางเดินหายใจส่วนบน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตอบเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์		อื่น ๆ .....	
คลอดทารกแรกเกิดศีรษะเล็ก ความยาวรอบศีรษะ ..... cm	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ทารกในครรภ์ศีรษะ ความยาวรอบศีรษะ ..... cm	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 Zika PCR จากปัสสาวะ  ไม่ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.2 Zika PCR จากเลือด  ไม่ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.3 Zika PCR ตัวอย่างอื่น ๆ .....  ไม่ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.4 Zika IgM เฉพาะเด็กทารก และ GBS  ไม่ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.5 Zika IgG เฉพาะเด็กหัวเล็กที่ Zika IgM negative  ไม่ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

### 4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ซื้อยากินเอง ชื่อยา .....  รักษาด้วยยาสมุนไพร ชื่อยา .....
- ไปรับการรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
- การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.
- ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....
- สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....
- ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
- ไม่ได้รับ  ได้รับ ระบุ ..... วันที่ได้รับ .....

### 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- ในระยะ 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย
- สัมผัสผู้ป่วยไข่ออกผื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว ก่อนป่วย ระบุ .....
- มีคนในครอบครัว มีอาการไข้ ออกผื่น
- ทำนเดินทางไปในพื้นที่ที่มีประวัติเสี่ยงโรคชิก้า ระบุ .....
- บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคชิก้า
- โดยอยู่ในรัศมี  0-25 เมตร  26-50 เมตร  51-100 เมตร  เกิน 100 เมตร

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค และประวัติเสี่ยง ในช่วงก่อนป่วย 14 วัน และหลังป่วย 5 วัน

6.1 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่จริง ..... คน ผู้ที่มีอาการไข้/ผื่น 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 .....	

6.2 ประวัติเดินทางก่อนป่วย 14 วัน และหลังป่วย 5 วัน (นอกเหนือจากโรงเรียนและที่ทำงาน)

1. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....
2. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....
3. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....

## 7. สรุปผลการสอบสวนโรค

7.1 สรุปผู้ป่วย  1. Probable  2. Confirmed  3. Asymptomatic infection

7.2 วันที่ยืนยันการติดเชื้อ เฉพาะกรณีผู้ป่วยยืนยันหรือติดเชื้อไม่มีอาการ ...../...../.....

- 7.3 ที่มาของผู้ป่วย  มารับการรักษา  ค้นหายอ่อนหลังจากโรงพยาบาล  
 หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์  ค้นหาเพิ่มเติมจากกลุ่มอื่น ๆ ระบุ .....

ผู้สัมผัส กรณีเลือกผู้สัมผัสโปรดระบุรายละเอียดดังนี้

- เป็นผู้สัมผัสของผู้ป่วยยืนยัน ชื่อ .....
- ผู้สัมผัสร่วมบ้าน  ผู้สัมผัสร่วมโรงเรียน/ที่ทำงาน  ผู้ที่อยู่ในรัศมี 100 เมตร
- ผู้ที่อยู่นอกรัศมี 100 เมตร  หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เป้าหมาย
- หญิงตั้งครรภ์นอกพื้นที่เป้าหมาย  อื่น ๆ ระบุ.....

เฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้ถามเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

1. ตั้งครรภ์หรือไม่  ไม่ใช่  ใช่  ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ  
เดือนที่กำหนดคลอด ..... / ..... ระบุเดือน/ปี สัปดาห์ที่คลอด .....
2. อายุครรภ์เมื่อผู้ป่วยมารักษาหรือพบแพทย์ครั้งแรก ..... สัปดาห์
3. อายุครรภ์เมื่อมีอาการสงสัยหรือพบว่าติดเชื้อ ..... สัปดาห์
4. สถานที่คลอด .....
5. ผลการตั้งครรภ์  
 คลอดทารกปกติ  คลอดทารกผิดปกติ  ทารกเสียชีวิตเมื่อแรกเกิด  
ทารกตายในครรภ์ (GA 28 wk เป็นต้นไป)  แท้งบุตร (GA น้อยกว่า 28 wk)  
ยังไม่คลอด

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

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

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

## แบบสอบสวนโรคเท้าช้าง (Lymphatic filariais)

### 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.

ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย .....

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.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

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

ไข้	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดบวมแดงร้อนบริเวณต่อม และทางเดินน้ำเหลือง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
การมีอาการอักเสบของต่อม และท่อทางเดินน้ำเหลืองอักเสบ เป็น ๆ หาย ๆ เฉลี่ย ตั้งแต่ 5 ครั้ง/ปี	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อวัยวะเพศบวมโตเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
แขนโตเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ขาโตเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ .....			

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจ Thick film  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.2 การตรวจหาแอนติเจนของเชื้อ *Wuchereria bancrofti* ด้วยวิธี Immnochromatography (Dipstick)  
 ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.3 ตรวจหาแอนติบอดี IgG ต่อเชื้อ *B. malayi* ด้วยชุดตรวจ Filaria diagnostic (Filaria diag)  
 ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.4 ตรวจยืนยันชนิดของเชื้อพยาธิโรคเท้าช้าง *W. bancrofti* และ *B. malayi* ด้วยวิธี PCR  
 ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.5 อื่น ๆ ระบุ.....  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

### 4. การรักษา

- ไม่ได้ได้รับการรักษาใดๆ
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
- การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.
- ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....
- สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....
- ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
- Diethylcarbamazine  ไม่ได้  ได้ วันที่ให้การรักษา .....
- Albendazole  ไม่ได้  ได้ วันที่ให้การรักษา .....
- การรักษาอื่น ๆ .....

### 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 5.1 ประวัติการสัมผัสโรค
- ในช่วง 1 เดือน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปต่างจังหวัด/ต่างประเทศหรือไม่  ไม่เคย  เคย ระบุ
1. ระบุ ..... วันที่ .....
2. ระบุ ..... วันที่ .....

5.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคเท้าช้างภายในระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้  ไม่มี  มี

อันดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย
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 .....

5.3 มีผู้ป่วยโรคเท้าช้างจากหมู่บ้านอื่นมาพักอาศัยร่วมบ้านหรือบ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ภายในระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้  ไม่มี  มี

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

5.4 มีคนต่างชาติอยู่ในละแวกใกล้เคียงบ้านผู้ป่วยเป็นโรคเท้าช้างภายในระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้  ไม่มี  มี

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

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย) ป่วยเป็นโรคเท้าช้างภายในระยะเวลา 1 เดือน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้  ไม่มี  มี

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 .....

## แบบสอบถามโรคไลชมาเนีย (Leishmaniasis)

### 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 อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ซีพจร ..... ครั้ง/นาที  
 หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

มีตุ่มแผลที่ผิวหนัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
แผลเรื้อรังตามผิวหนัง	<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
ซิด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตับโต ม้ามโต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีเลือดกำเดา/เลือดออกตามไรฟัน	<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
ผิวหนังคล้ำ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ .....	

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

##### 3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

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

3.1.2 Serology  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ .....

3.1.3 Skin biopsy  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ .....

3.1.4 Other biopsy  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ .....

3.1.5 Bone marrow aspiration  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ .....

3.1.6 Parasite sp.  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ .....

#### 3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

3.2.1 PCR  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2.2 เพาะเชื้อ  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.3.3 อื่น ๆ ระบุ .....  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ .....  
วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

### 4. การรักษา

ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ไปรับการรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....

สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....

ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

ไม่ได้รับ  ได้รับ ระบุ 1. .... วันที่ได้รับ .....

2. .... วันที่ได้รับ .....

3. .... วันที่ได้รับ .....

### 5. ประวัติการสัมผัสโรค ก่อนวันเริ่มป่วย

อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยลิซมาเนีย หรือมีประวัติป่วยด้วยโรคลิซมาเนียมาก่อน

เคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

มีโรงเลี้ยงสัตว์หรือคอกสัตว์อยู่รอบบ้านผู้ป่วย

เคยเห็นรินฝอยทรายอยู่บริเวณบ้าน

เดินทางไปในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยลิซมาเนีย

บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคลิซมาเนีย

โดยอยู่ในรัศมี  0-25 เมตร  26-50 เมตร  51-100 เมตร  เกิน 100 เมตร

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน/เพื่อนร่วมงาน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการ คล้ายผู้ป่วย) ด้วยโรคพิษมาเนียมาก่อน 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 .....	

6.2 ประวัติเดินทางในพื้นที่ที่น่าสงสัยเป็นแหล่งโรคพิษมาเนียในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

1. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....
2. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....
3. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....

## 7. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- เคยถูกรังฝอยทรายกัด
- เคยได้รับเลือด ..... ครั้ง
- เคยเสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ..... ครั้ง
- เมื่อ ..... (เดือน/ปี)
- เมื่อ ..... (เดือน/ปี)
- เมื่อ ..... (เดือน/ปี)
- มี/เลี้ยงสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมในละแวกบ้าน ระบุ .....

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

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

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

## แบบสอบสวนโรคสครับไทฟัส (Scrub typhus)

### 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 .....

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

ไข้สูงเฉียบพลัน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ผื่น (maculopapular) <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	มีแผลเหมือนพุพอง (eschar) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยตัว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	สมองอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปอดบวม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตาแดง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ม้ามโต <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตาเหลือง/ตัวเหลือง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตับโต <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไอแห้ง <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 .....	ถ้ามี ระบุตำแหน่ง .....

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจ Rapid test (Immunochromatography test)  
 ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.2 การตรวจ Immuno Fluorescent Antibody Test (IFA)  
 ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.3 วิธี 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. ....  
การรักษารั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.
- ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....
- การวินิจฉัย.....
- ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
- Doxycyclin  ไม่ได้รับ  ได้รับ วันที่ ..... /...../..... ขนาดยา .....
- Tetracyclin  ไม่ได้รับ  ได้รับ วันที่ ..... /...../..... ขนาดยา .....
- Chloramphenical  ไม่ได้รับ  ได้รับ วันที่ ..... /...../..... ขนาดยา .....
- อื่น ๆ .....

### 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 5.1 ในช่วง 21 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปสถานที่ที่เป็นป่าหรือทุ่งหญ้าที่ไหนบ้าง  
 ไม่เคย  เคย ระบุ
1. กิจกรรมที่ทำ ..... สถานที่ ..... วันที่ ..... /...../.....
2. กิจกรรมที่ทำ ..... สถานที่ ..... วันที่ ..... /...../.....
- 5.2 บริเวณป่า/ไร่/สวน ที่ผู้ป่วยมีโอกาสจะไปรับเชื้อได้นั้น มีหนู/สัตว์ฟันแทะ เช่น กระแต กระต่าย อีเห็น ชะมด ชุกชุมหรือไม่  ไม่มี  มี
- 5.3 อาชีพที่ทำเป็นประจำ
- หาของป่า/ล่าสัตว์ ..... ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- ทำป่าไม้ ..... ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- นักสำรวจป่า/ธรรมชาติ ..... ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- ทหาร/ตำรวจ ตระเวนชายแดน ..... ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- ทำไร่ ..... ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- ทำสวน ..... ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- อื่น ๆ ระบุ .....

## 6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน) ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัส ในช่วง 21 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้ 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 .....