

## แบบสอบถามกลุ่มอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ/ใช้สมองอักเสบ

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□□  
 อายุ.....ปี เพศ  1 ชาย  2 หญิง อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ .....  
 ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน ..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
 1 ในเขตเทศบาลนคร  2 ในเขตเทศบาลเมือง  3 ในเขตเทศบาลตำบล  4 ในเขต อบต.  
 ภูมิลำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ..... ถนน ..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
 1 ในเขตเทศบาลนคร  2 ในเขตเทศบาลเมือง  3 ในเขตเทศบาลตำบล  4 ในเขต อบต.  
 ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่  1 ป่วย วินิจฉัย .....  2 ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)  
 วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... วันที่จำหน่าย.....  
 ผลการรักษา  1 กำลังรักษา  2 หาย  3 เสียชีวิต  4 ไม่สมัครอยู่  5 ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

### 2. อาการและอาการแสดง

#### ประวัติการได้รับวัคซีน

ได้ข้อมูลจาก.....

JE  1 ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....

2 ไม่ได้รับ

9 ไม่ทราบ

DTP  1 ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....

2 ไม่ได้รับ

9 ไม่ทราบ

BCG  1 ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....

2 ไม่ได้รับ

9 ไม่ทราบ

อื่นๆ ระบุ ..... ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....

ไข้	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดศีรษะรุนแรง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ชักแข็งเกร็ง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
คอแข็ง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
หลังแข็ง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ความรู้สึกสับสน (confusion)	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ไม่รู้สีกตัว	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ .....			

### 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 เจาะเลือด (C.B.C.) วันที่.....

ผลจำนวนเม็ดเลือดขาว..... ต่อ ลบ.มม.

Neutrophil.....%..(ค่าปกติ 55 - 75%) Lymphocyte.....%..(ค่าปกติ 20 - 35%)

Eosinophil.....%..(ค่าปกติ 1 - 3%) Monocyte.....%..(ค่าปกติ 2 - 6%)

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากโลหิต  1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ทำ

#### 3.2 เจาะน้ำไขสันหลัง (C.S.F.) วันที่.....

ลักษณะของน้ำไขสันหลัง  1 ชุ่น  2ใส

จำนวนเซลล์ (Blood Count).....ต่อ ลบ.มม. (Neutrophil.....%

Lymphocyte.....%)

น้ำตาล.....mg% protein.....mg%

ย้อมเชื้อจากน้ำไขสันหลัง  1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ทำ

ตรวจ Indian ink  1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ทำ

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากน้ำไขสันหลัง  1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ทำ

#### 3.3 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา

- HI test เจาะเลือด ระยะ Acute

เมื่อวันที่.....ผล.....

เจาะเลือดระยะ Convalescence

เมื่อวันที่.....ผล.....

- ELISA IgM น้ำเหลือง  1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ตรวจ

น้ำไขสันหลัง  1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ตรวจ

- IFA น้ำเหลือง  1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ตรวจ

น้ำไขสันหลัง  1 ทำวันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ตรวจ

### 4. การรักษา

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

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับจากการตรวจรักษาครั้งแรก .....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

- 1 ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์  2 ทำงานในโรงฆ่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา .....  
ทำมาเป็นระยะเวลา .....  
ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....
- 3 อื่น ๆ ( ระบุ ) .....

5.2 ประวัติการสัมผัสโรค

● เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

- |           |                            |     |                            |     |                            |             |
|-----------|----------------------------|-----|----------------------------|-----|----------------------------|-------------|
| หอยโข่ง   | <input type="checkbox"/> 1 | สุก | <input type="checkbox"/> 2 | ดิบ | <input type="checkbox"/> 3 | ดิบ ๆ สุก ๆ |
| หอยเชอรี่ | <input type="checkbox"/> 1 | สุก | <input type="checkbox"/> 2 | ดิบ | <input type="checkbox"/> 3 | ดิบ ๆ สุก ๆ |
| .....     | <input type="checkbox"/> 1 | สุก | <input type="checkbox"/> 2 | ดิบ | <input type="checkbox"/> 3 | ดิบ ๆ สุก ๆ |
| .....     | <input type="checkbox"/> 1 | สุก | <input type="checkbox"/> 2 | ดิบ | <input type="checkbox"/> 3 | ดิบ ๆ สุก ๆ |
| .....     | <input type="checkbox"/> 1 | สุก | <input type="checkbox"/> 2 | ดิบ | <input type="checkbox"/> 3 | ดิบ ๆ สุก ๆ |

● เกี่ยวกับการสัมผัส สัตว์เศรษฐกิจ และสัตว์อื่น ๆ ภายใน 30 วันก่อนป่วย

- |                   |                            |     |                            |        |                            |         |
|-------------------|----------------------------|-----|----------------------------|--------|----------------------------|---------|
| เลี้ยงสุกร        | <input type="checkbox"/> 1 | มี  | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่มี  | <input type="checkbox"/> 9 | ไม่ทราบ |
| ทำงานโรงฆ่าสัตว์  | <input type="checkbox"/> 1 | มี  | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่มี  | <input type="checkbox"/> 9 | ไม่ทราบ |
| ขายเนื้อสุกร      | <input type="checkbox"/> 1 | มี  | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่มี  | <input type="checkbox"/> 9 | ไม่ทราบ |
| ฆ่าสุกร           | <input type="checkbox"/> 1 | มี  | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่มี  | <input type="checkbox"/> 9 | ไม่ทราบ |
| ขนส่งสุกรมีชีวิต  | <input type="checkbox"/> 1 | มี  | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่มี  | <input type="checkbox"/> 9 | ไม่ทราบ |
| ได้สัมผัสกับสัตว์ |                            |     |                            |        |                            |         |
| หมู               | <input type="checkbox"/> 1 | เคย | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่เคย |                            |         |
| ม้า               | <input type="checkbox"/> 1 | เคย | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่เคย |                            |         |
| ค่างควา           | <input type="checkbox"/> 1 | เคย | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่เคย |                            |         |
| นกพิราบ           | <input type="checkbox"/> 1 | เคย | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่เคย |                            |         |
| อื่น ๆ ระบุ ..... |                            |     |                            |        |                            |         |

5.3 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

- สภาพบ้าน มีมุ้งลวดรอบบ้านหรือไม่  1 มี  2 ไม่มี  
นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่  1 มี  2 ไม่มี
- บริเวณรอบบ้าน มีทุ่งนาหรือไม่  1 มี  2 ไม่มี  
มีคอกสัตว์หรือไม่  1 มี ระบุชนิดสัตว์.....  2 ไม่มี
- ในหมู่บ้าน มีฟาร์ม/คอกสัตว์หรือไม่  1 มี ระบุชนิดสัตว์.....  2 ไม่มี  
มีค่างควากินผลไม้ชุกชุมหรือไม่  1 มี ระบุบริเวณ.....  2 ไม่มี  
มีนกพิราบ/นกเขาชุกชุมหรือไม่  1 มี ระบุบริเวณ.....  2 ไม่มี
- เคยเดินทางไปที่ไหน (ภายใน 30 วันก่อนป่วย) หรือไม่
  - ระบุ ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
สภาพพื้นที่  1 ทุ่งนา  2 คอกสัตว์  3 อื่น ๆ (ระบุ).....
  - ระบุ ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
สภาพพื้นที่  1 ทุ่งนา  2 คอกสัตว์  3 อื่น ๆ (ระบุ).....

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

6.1 ผู้ป่วยรายอื่น ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย

- มีสมาชิกในบ้านที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่บ้านติดกันและละแวกบ้านเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่โรงเรียน/ที่ทำงาน เดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

6.2 ผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....  
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....  
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....  
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....  
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....  
ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....