

แบบสอบสวนไข้เลือดออก

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน -

อายุ.....ปี เพศ 1 ชาย 2 หญิง อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วยที่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่.....

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

ถนน

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ 1 ป่วยวินิจฉัย 2 ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... วันที่จำหน่าย.....

ผลการรักษา 1 กำลังรักษา 2 หาย 3 เสียชีวิต 4 ไม่สมัครอยู่ 5 ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น

ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ไข้/ไข้สูงเฉียบพลัน	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	<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
ปวดกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดกระดูกหรือข้อต่อ	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ผื่นแดง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกตามผิวหนัง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกทางอวัยวะภายใน	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ตับโตมักกดเจ็บ	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
มีภาวะช็อก	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
Tourniquet test	<input type="checkbox"/> 1 ผลบวก	<input type="checkbox"/> 2 ผลลบ	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

- จำนวนเม็ดเลือดขาว < 5,000 เซล / ลูกบาศก์มิลลิเมตร
 1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี
- เกล็ดเลือด < 100,000 เซล / ลูกบาศก์มิลลิเมตร
 1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี
- ฮีมาโตคริต > 40
 1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

- PCR 1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี
- การแยกเชื้อ 1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี
- HI ตรวจน้ำเหลืองคู้ 1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี
ตรวจน้ำเหลืองเดี่ยว 1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี
- EIA 1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี
- อื่น ๆ ระบุ.....

4. การรักษา

- ไปรับการรักษาที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- การวินิจฉัย.....
- การรักษา.....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
 - ในบ้านผู้ป่วย CI =%
จำนวนภาชนะในบ้านที่สำรวจ ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย ภาชนะ
จำนวนภาชนะนอกบ้านที่สำรวจ..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย..... ภาชนะ
 - รอบบ้านผู้ป่วยในรัศมี 100 เมตร CI =% HI =% BI =%
จำนวนภาชนะในบ้านที่สำรวจ ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย ภาชนะ
จำนวนภาชนะนอกบ้านที่สำรวจ..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย..... ภาชนะ
จำนวนบ้านที่สำรวจ หลังคาเรือน พบลูกน้ำยุงลาย หลังคาเรือน
 - ในโรงเรียนที่ผู้ป่วยเรียน CI =%
จำนวนภาชนะภายในอาคาร..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย ภาชนะ
จำนวนภาชนะภายนอกอาคาร..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย ภาชนะ
 - ในวัด / ศูนย์เด็กเล็ก CI =%
จำนวนภาชนะทั้งหมดที่สำรวจ..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย ภาชนะ
 - แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอื่น ๆ นอกจากภาชนะที่มนุษย์ทำขึ้น เช่น น้ำขังบนกาบใบพืช CI =%
จำนวนแหล่งเพาะพันธุ์ทั้งหมดที่สำรวจ..... แหล่ง พบลูกน้ำยุงลาย แหล่ง

6. แหล่งรังโรค

6.1 ในช่วง 14 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง 1 เคย 2 ไม่เคย

1. ระบุ ช่วงวันที่
2. ระบุ ช่วงวันที่

6.2 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

1. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย.....

6.3 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครู ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

1. ชื่อ ที่อยู่..... วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ ที่อยู่..... วันเริ่มป่วย.....

6.4 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย
ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

1. ชื่อ ที่อยู่..... วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ ที่อยู่..... วันเริ่มป่วย.....

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

1. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย.....

7.2 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครู ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

1. ชื่อ ที่อยู่..... วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ ที่อยู่..... วันเริ่มป่วย.....

7.3 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย
ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

1. ชื่อ ที่อยู่..... วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ ที่อยู่..... วันเริ่มป่วย.....

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