

## แบบสอบถามโรคช็อคกุนยา

### 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

ไข้สูง	<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
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
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> 1	มี	<input type="checkbox"/> 2	ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9	ไม่ทราบ
บวมตามข้อ	<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
อื่น ๆ ระบุ .....						

### 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

- จำนวนเม็ดเลือดขาว

1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  2 ไม่มี

- เกล็ดเลือด

1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  2 ไม่มี

#### 3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

- PCR  1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  2 ไม่มี

- การแยกเชื้อ  1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  2 ไม่มี

- HI ตรวจน้ำเหลืองคู่  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

- แหล่งเพาะพันธุ์ยุ่งลาย

- ในบ้านผู้ป่วย CI = .....%

จำนวนภาชนะในบ้านที่สำรวจ ..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย ..... ภาชนะ

จำนวนภาชนะนอกบ้านที่สำรวจ..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย..... ภาชนะ

- รอบบ้านผู้ป่วยในรัศมี 100 เมตร CI = .....% HI = .....% BI = .....%

จำนวนภาชนะในบ้านที่สำรวจ ..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย ..... ภาชนะ

จำนวนภาชนะนอกบ้านที่สำรวจ..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย..... ภาชนะ

จำนวนบ้านที่สำรวจ ..... หลังคาเรือน พบลูกน้ำยุ่งลาย ..... หลังคาเรือน

- ในโรงเรียนที่ผู้ป่วยเรียน CI = .....%

จำนวนภาชนะภายในอาคาร..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย ..... ภาชนะ

จำนวนภาชนะภายนอกอาคาร..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย ..... ภาชนะ

- ในวัด / ศูนย์เด็กเล็ก CI = .....%

จำนวนภาชนะทั้งหมดที่สำรวจ..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย ..... ภาชนะ

- แหล่งเพาะพันธุ์ยุ่งลายอื่น ๆ นอกจากภาชนะที่มนุษย์ทำขึ้น เช่น น้ำขังบนกาบใบพืช CI = .....%

จำนวนแหล่งเพาะพันธุ์ทั้งหมดที่สำรวจ..... แหล่ง พบลูกน้ำยุ่งลาย ..... แหล่ง

## 6. แหล่งรังโรค

6.1 ในช่วง 12 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง  1 เคย  2 ไม่เคย

1. ระบุ ..... วันที่ .....

2. ระบุ ..... วันที่ .....

6.2 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคซิณุนกุนยาในช่วง 12 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

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

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

6.3 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครู ป่วยเป็นโรคซิณุนกุนยาในช่วง 12 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

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

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

6.4 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคซิณุนกุนยาในช่วง 12 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย  
ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

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

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

## 7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคซิณุนกุนยาในช่วง 12 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

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

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

7.2 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครู ป่วยเป็นโรคซิณุนกุนยาในช่วง 12 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

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

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

7.3 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคซิณุนกุนยาในช่วง 12 วัน หลังวันเริ่มป่วย  
ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

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

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

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....