

## แบบสอบถามไข้มาลาเรีย

### 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.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่.....

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

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.....

ในอดีตเคยเจ็บป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียบ้างหรือไม่.....

### 2. อาการและอาการแสดง

ไข้	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
تبโต/ม้ามโต	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
หนาวสั่น	<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
คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ตาเหลือง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ซีด	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปัสสาวะสีดํา	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ .....			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจ Thick film

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

3.2 การตรวจ Thin film

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

3.3 อื่น ๆ ระบุ.....

4.การรักษา

4.1 การใช้ยารักษาขั้นต้น

Fansidar  1 ใช้ วันที่ให้การรักษา.....  2 ไม่ใช่

Primaquine  1 ใช้ วันที่ให้การรักษา.....  2 ไม่ใช่

4.2 การใช้ยารักษาขั้นหายขาด

Mefloquine  1 ใช้ วันที่ให้การรักษา.....  2 ไม่ใช่

Primaquine  1 ใช้ วันที่ให้การรักษา.....  2 ไม่ใช่

Quinine  1 ใช้ วันที่ให้การรักษา.....  2 ไม่ใช่

Tetracyclin  1 ใช้ วันที่ให้การรักษา.....  2 ไม่ใช่

Artemether  1 ใช้ วันที่ให้การรักษา.....  2 ไม่ใช่

Artesunate  1 ใช้ วันที่ให้การรักษา.....  2 ไม่ใช่

Chloroquine  1 ใช้ วันที่ให้การรักษา.....  2 ไม่ใช่

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

1 หางของป่า/ล่าสัตว์  2 ทำป่าไม้ ทำมาเป็นระยะเวลา .....  
ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....  
ระบุสถานที่ที่ทำ.....

3 นักสำรวจป่า/ธรรมชาติ  4 ทหาร/ตำรวจ ตระเวนชายแดน  
ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ทำมาเป็นระยะเวลา .....  
ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....

5 อื่น ๆ ( ระบุ ) .....

5.2 งานอดิเรก

1 หางของป่า/ล่าสัตว์  2 ท่องเที่ยว  
ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....

## 6. แหล่งรังโรค

6.1 ในช่วง 60 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง  1 เคย ระบุ  2 ไม่เคย

1. ระบุ ..... วันที่ .....

2. ระบุ ..... วันที่ .....

6.2 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

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

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

6.3 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

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

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

6.4 มีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจากหมู่บ้านอื่นมาพักอาศัยร่วมบ้านหรือบ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ในช่วง 60 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

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

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

## 7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

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

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

7.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

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

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

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

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