

แบบสอบสวนโรคสครับไทฟัส

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

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

ไข้เฉียบพลัน	<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
ปวดเมื่อยตัว	<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
ตาแดง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ไอแห้ง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ผื่น (maculopapular)	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ต่อมน้ำเหลืองโตและเจ็บ	<input type="checkbox"/> 1 มี ระบุ ตำแหน่ง	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
มีแผล (eschar)	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
สมองอักเสบ	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปอดบวม	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจ Immuno Fluorescent Antibody Test (IFA)

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

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

3.2 การตรวจ Indirect Immuno Peroxidase Test (IIP)

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

3.3 การตรวจ Weil Felix to OX-K

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

3.3 การตรวจ PCR

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

3.4 อื่น ๆ ระบุ.....

4. การรักษา

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

Doxycyclin 1 ใช้ วันที่ให้การรักษา..... 2 ไม่ใช่

Tetracyclin 1 ใช้ วันที่ให้การรักษา..... 2 ไม่ใช่

Chloramphenical 1 ใช้ วันที่ให้การรักษา..... 2 ไม่ใช่

อื่นๆ.....

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 ทำไร่ ทำมาเป็นระยะเวลา 6 ทำสวน ทำมาเป็นระยะเวลา
ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....

7 อื่น ๆ (ระบุ)

5.2 งานอดิเรก

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

5.1 บริเวณป่า/ไร่/สวน ที่ผู้ป่วยมีโอกาสจะไปรับเชื้อได้นั้น มีหนูชุกชุมหรือไม่

1 ไม่มี 2 มี

6. แหล่งรังโรค

6.1 ในช่วง 21 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง 1 เคย ระบุ 2 ไม่เคย

1. ระบุ วันที่

2. ระบุ วันที่

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัสในช่วง 21 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

1. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย.....

2. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย.....

7.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัสในช่วง 21 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย

ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

1. ชื่อ ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

2. ชื่อ ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

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