

แบบสอบถามโรคคอติด

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□□
อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ..... ศาสนา.....
ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี).....
ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนซอย
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.
ที่อยู่ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนซอย
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.
กรณีเป็นนักเรียน โรงเรียนหมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนซอย
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ป่วย วินิจฉัย ไม่ป่วย
วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... วันที่จำหน่าย..... สถานที่รักษา.....
ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยเบื้องต้นของแพทย์.....

อาการ ไข้ มี วันที่ ไม่มี
เจ็บคอ มี วันที่ ไม่มี
แผ่นฝ้าขาว มี วันที่ ไม่มี
ตำแหน่งที่แผ่นเชื้อ ทอลซิล (tonsil) ซ้าย.....ขวา.....
 ลิ้นไก่ (Uvula)
 คอหอยส่วนหลัง (Posteria pharynx)
ต่อมน้ำเหลือง (Lymph node) ใต้มุมขากรรไกรโต มี ไม่มี
คอบวม (Neck swelling) มี ไม่มี
แผลที่ผิวหนังมีแผ่นเชื้อสีขาว (Skin ulcer) มี ไม่มี
ภาวะแทรกซ้อน
Airway obstruction มี วันที่เริ่มมีอาการ..... ไม่มี
Myocarditis มี วันที่เริ่มมีอาการ..... ไม่มี
Neuritis โดยมีอาการดังต่อไปนี้
ลำคอก้น้ำ มี วันที่เริ่มมีอาการ..... ไม่มี
กลืนลำบาก มี วันที่เริ่มมีอาการ..... ไม่มี
แขนขาอ่อนแรง มี วันที่เริ่มมีอาการ..... ไม่มี

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Nasal Swab (Nasal cavity) วันที่ส่งตรวจ.....ผลการตรวจ.....
Throat Swab (Tonsil, Posteria pharynx)วันที่ส่งตรวจ.....ผลการตรวจ.....
Skin Swab (Skin Ulcer) วันที่ส่งตรวจ.....ผลการตรวจ.....

4. การรักษา

Diphtheria Antitoxin มี ขนาด..... วันที่ให้การรักษา..... ไม่มี

Antibiotics มี ขนาด..... วันที่ให้การรักษา..... ไม่มี

5. ประวัติการได้รับท็อกซอยด์

เคยได้รับท็อกซอยด์ป้องกันโรคคอตีบ.....ครั้ง มีบัตรสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ มี ไม่มี

วันเดือนปี ที่ได้รับท็อกซอยด์ป้องกันโรคคอตีบ

ครั้งที่ 1/...../..... อายุ ครั้งที่ 2/...../..... อายุ

ครั้งที่ 3/...../..... อายุ ครั้งที่ 4/...../..... อายุ

ครั้งที่ 5/...../..... อายุ

6. แหล่งรังโรค/ผู้ป่วยรายอื่น

6.1 ในช่วง 5 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง มี ระบุ ... ไม่มี

ระบุ.....วันที่.....

6.2 ผู้ใกล้ชิดที่สงสัยว่าเป็นโรคคอตีบในช่วง 5 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

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

6.3 ที่โรงเรียน เพื่อน ครูที่สงสัยว่าป่วยเป็นโรคคอตีบในช่วง 15 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

มี ระบุ ... ไม่มี

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

6.4 ผู้ป่วยคอตีบรายอื่นที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกันและป่วยในช่วง 15 วันก่อนวันเริ่มป่วยของ

ผู้ป่วยรายนี้ ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....

7. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด ผู้สัมผัสใกล้ชิดในช่วง 15 วัน นับจากวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

(หมายถึง เพื่อสนิทที่เล่น กิน นอน ไปไหนมาไหนด้วยกัน/พ่อแม่ พี่น้อง คนที่อยู่ในบ้านเดียวกัน)

7.1 ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัว มี ระบุ ... ไม่มี

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

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

7.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดในโรงเรียน มี ระบุ ... ไม่มี

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

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

7.3 ผู้สัมผัสใกล้ชิดในชุมชนที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน มี ระบุ ... ไม่มี

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

ชื่อผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน..... วันที่สอบสวน