

แบบสอบถามโรคหัด

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.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ถนนตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น..... โรงเรียน.....

ตั้งอยู่หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ 1 ป่วย วินิจฉัย 2 ไม่ป่วย

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

ผลการรักษา 1 กำลังรักษา 2 หาย 3 เสียชีวิต 4 ไม่สมัครอยู่ 5 ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

2. ประวัติการเจ็บป่วยในครั้งนี้

ไข้	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
ไอ	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
ตาแดง	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
ผื่น	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
น้ำมูกไหล	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
ขณะมีผื่นยังมีไข้หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. มี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
อาการแทรกซ้อน ปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
อุจจาระร่วง	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
หูน้ำหนวก	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
สมองอักเสบ	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี

3. ปัจจัยเสี่ยง

3.1 เคยป่วยเป็นโรคหัดหรือไม่ 1. เคย เมื่อ..... สถานที่รักษา

2. ไม่เคย

3.2 เคยฉีดวัคซีนหัดหรือไม่ 1. เคย จำนวน เข็ม ครั้งสุดท้ายเมื่อ..... สถานที่ฉีดวัคซีน

2. ไม่เคย

3.3 น้ำหนัก.....ก.ก.

3.4 ผู้ป่วยมีภาวะขาดอาหารหรือไม่ 1. ขาดอาหารระดับที่ 1 2. ขาดอาหารระดับที่ 2

3. ขาดอาหารระดับที่ 3 4. ปกติ

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.1 เพื่อแยกเชื้อ [] Heparinized blood

[] Nasal swab/Throat swab

4.2 เพื่อตรวจแอนติบอดี [] Serum [] CSF
เจาะครั้งแรก วันที่.....
เจาะครั้งที่ 2 วันที่.....

5. แหล่งรังโรค / ผู้ป่วยรายอื่น

5.1 ในช่วง 1 - 2 สัปดาห์ สัมผัสกับผู้สงสัยป่วยเป็นโรคหัดหรือไม่ ระบุ

1. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....
2. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....

5.2 มีผู้ป่วยโรคหัดรายอื่น ๆ ในละแวกบ้านหรือไม่

1. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....
ประวัติการได้รับวัคซีน.....ที่อยู่.....
2. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....
ประวัติการได้รับวัคซีน.....ที่อยู่.....

6. ผู้สัมผัส

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน.....
2. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน.....

6.2 ผู้สัมผัสในชุมชน

1. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน.....
2. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน.....

6.3 ผู้สัมผัสในโรงเรียน

นักเรียนชั้นจำนวน.....คน
นักเรียนชั้นจำนวน.....คน
นักเรียนชั้นจำนวน.....คน

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