

แบบสอบถามโรคสุกใส

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/ชุมชนถนนตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.

ในกรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน 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. ข้อมูลการเจ็บป่วย

สถานที่รักษาในปัจจุบัน.....H.N.

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

ไข้ มี.....° C ไม่มี ไม่ทราบ

ผื่น มี ไม่มี

ลักษณะของผื่น ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ผื่นแดง(papule)

ตุ่มใส(vesicle)

แผลตกสะเก็ด(granular scab)

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ตรวจระดับ Neutralizing Antibody Titer ต่อ Varicella Zoster Virus

เจาะเลือดครั้งที่ 1 วันที่เจาะ..... ผล titer

เจาะเลือดครั้งที่ 2 วันที่เจาะ..... ผล titer

2. ELISA TEST เจาะเลือดวันที่.....ผลการตรวจ.....

3. TZANCK TEST ผลการตรวจพบ Multinucleated giant cell พบ ไม่พบ

4. ประวัติการรักษา

เมื่อป่วยด้วยโรคสุกใสครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

ไป ระบุชื่อสถานบริการ.....วันที่.....

ไม่เคยไป

ประวัติการรับวัคซีน

DOSE 1 ได้เมื่อ..... ไม่ได้ ไม่ทราบ

DOSE 2 ได้เมื่อ..... ไม่ได้ ไม่ทราบ

มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ มี ไม่มี

5. ประวัติการสัมผัสโรค (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

5.1 ในช่วง 17 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดสุกใสหรือไม่

เคย ไม่เคย

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

5.2 ในช่วง 17 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดสุกใสที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

มี ไม่มี

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

5.3 ในช่วง 17 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดสุกใสที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

มี ไม่มี

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

6. มีผู้สัมผัสใกล้ชิดในช่วง 5 วันที่ผ่านมา นับจากวันที่ผู้ป่วยรายนี้เริ่มมีตุ่มใสหรือไม่

มี ไม่มี

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

6.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

6.3 ผู้สัมผัสในชุมชน

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

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