

แบบสอบถามโรคไอกรน

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 ถนน ตำบล..... 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. ข้อมูลการเจ็บป่วย

สถานที่รักษาในปัจจุบัน.....H.N.

ระยะเวลาที่มีอาการไอมาแล้ว.....สัปดาห์

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

อาการคล้ายหัด มี ไม่มี

ไอเป็นชุด(paroxysms) มี ไม่มี

มีเสียงหายใจเข้าดังฮู้ปหลังอาการไอ(whoop after cough) มี ไม่มี

มีเลือดออกใต้เยื่อตาขาว(subconjunctival bleeding) มี ไม่มี

อาเจียนหลังการไอ(vomiting after cough) มี ไม่มี

ชัก (convulsion) มี ไม่มี

หายใจติดขัด(breathless spells) มี ไม่มี

หน้าเขียวเนื่องจากขาดออกซิเจน(cyanosis) มี ไม่มี

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Total WBC.....% Lymphocyte.....

เพาะเชื้อ ไม่ได้ทำ ทำ ผลเพาะเชื้อ ไม่พบเชื้อ พบเชื้อ

4. ประวัติการรักษา

เมื่อป่วยด้วยโรคไอกรนครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

ไป ระบุชื่อสถานบริการ วันที่.....

ไม่เคยไป

ประวัติการได้รับวัคซีน

- DPT 1 ได้เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ
- DPT 2 ได้เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ
- DPT 3 ได้เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ
- DPT 4 ได้เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ
- DPT 5 ได้เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ

มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ มี ไม่มี

การรักษา

- Antibiotic ใช้ ขนาด.....วันที่ให้การรักษา..... ไม่ใช่
- ผลการรักษา กำลังรักษา ไม่สมัครอยู่
- หาย ตาย เมื่อ.....

5. ประวัติการสัมผัสโรค (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบเป็นจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

5.1 ในช่วง 20 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย เคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไอกรนหรือไม่

มี ไม่มี

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

5.2 ในช่วง 20 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไอกรนที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

มี ไม่มี

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

5.3 ในช่วง 20 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไอกรนที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกัน

มี ไม่มี

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

6. มีผู้สัมผัสใกล้ชิดในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา นับจากวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้หรือไม่

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.....