

แบบสอบถามโรคพิษสุนัขบ้า

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน ----

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....

ถ้าเป็นนักเรียน ชั้น.....โรงเรียน.....ที่ตั้งโรงเรียน.....

ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี).....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

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

ผลการรักษา กำลังรักษา ที่..... ตาย ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ไข้	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ชาและเจ็บเสียว บริเวณที่ถูกสัตว์กัด	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คันอย่างรุนแรงที่แผล/ตามลำตัว	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลืนลำบาก ถ่มน้ำลาย	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	กลัวน้ำ กลัวลม	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
Myoedema	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อัมพาตของแขน ขา	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่นๆ (ระบุ).....							

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในคน

3.1 เนื้อสมอง ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล..... ไม่ได้ส่ง
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

3.2 น้ำลาย ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล..... ไม่ได้ส่ง
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

3.3 น้ำไขสันหลัง ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล..... ไม่ได้ส่ง
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

- 3.4 ปัสสาวะ ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล..... ไม่ได้ส่ง
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.5 ปมรากผม ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล..... ไม่ได้ส่ง
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.6 ผิวหนังบริเวณท้ายทอย ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล..... ไม่ได้ส่ง
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.7 เซลล์กระจกตา ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล..... ไม่ได้ส่ง
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

4. การปฏิบัติในช่วงที่ถูกสัตว์กัด (หรือเมื่อสัมผัสเชื้อ)

4.1 การดูแลบาดแผล

- การล้างแผล ล้างด้วยน้ำสบู่ ล้างด้วยน้ำเฉยๆ
 ไม่ได้ล้างแผล เพราะ..... ไม่ทราบ
- การเย็บแผล เย็บ ที่..... ไม่ได้เย็บ เพราะ..... ไม่ทราบ

4.2 ประวัติการฉีดซีรัม และวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้เสียชีวิต

- การฉีดซีรัม ฉีดจำนวน.....หน่วยสากล (IU) ระบุ ไม่ได้ฉีด ไม่ทราบ
 ซีรัมม้า (ERIG) ซีรัมคน (HRIG)
วันที่ฉีด.....สถานที่ฉีด.....ตำแหน่งที่ฉีด.....
วิธีการฉีด.....Lot. No.

- การฉีดวัคซีน ฉีด จำนวน.....ครั้ง ระบุ
 HDCV Lot. No. PCEC Lot. No.
 VERO – RAB Lot. No. PDRV Lot. No.

วันหมดอายุ..... วันที่เริ่มฉีดวัคซีน.....

ขนาดที่ใช้ ครั้งละ.....ซีซี

วิธีฉีด เข็มกล้ามเนื้อ (I.M.) ในผิวหนัง (I.D.)

ฉีดในวันที่ 0 3 7 14 30 อื่นๆ ระบุ.....

ปฏิกิริยาระหว่างฉีดวัคซีน

- มีอาการปกติ บวมที่บริเวณฉีด ปวดศีรษะ ไข้สูง
 ปัสสาวะลำบาก อัมพาต ถึงแก่กรรม
อื่นๆ ระบุ.....

5. ประวัติการสัมผัสโรค

5.1 วัน เดือน ปี และสถานที่รับเชื้อ

ถูกกัด/รับเชื้อ เมื่อวันที่..... ที่.....

เป็นหมู่บ้านชุมชนเมือง เป็นหมู่บ้านรอบๆ เขตเมือง เป็นหมู่บ้านในชนบท

5.2 ลักษณะของการรับเชื้อ

ถูกกัด ถูกข่วน ถูกน้ำลาย คลุกคลีใกล้ชิดสัตว์ ไม่ทราบ

5.3 สภาพของแผล

มีแผล จำนวน.....แผล ไม่มีแผล ไม่ทราบ

แผลลึก มีเลือดออก.....แผล ตำแหน่งแผล.....

แผลนั้งขาด มีเลือดออก.....แผล ตำแหน่งแผล.....

แผลถูกข่วน มีเลือดออก.....แผล ตำแหน่งแผล.....

แผลถูกข่วน ไม่มีเลือดออก.....แผล ตำแหน่งแผล.....

อื่นๆ ระบุ.....

5.4 รายละเอียดของสัตว์ที่กัด

ชนิดสัตว์ สุนัข แมว ไม่ทราบ อื่นๆ ระบุ.....

ลักษณะของสัตว์ อายุ ประมาณ.....ปี.....เดือน มีเจ้าของ ไม่มีเจ้าของ ไม่ทราบ

ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครั้งสุดท้ายในสัตว์

น้อยกว่า 1 เดือน ภายใน 1-6 เดือน

มากกว่า 6-12 เดือน มากกว่า 1 ปี

ไม่เคย ไม่ทราบ

ถ้าสัตว์เคยได้รับวัคซีน ได้รับจาก

คลินิกสัตว์ โรงพยาบาลสัตว์ รถหน่วยปศุสัตว์

อาสาสมัคร เจ้าของสัตว์ฉีดเอง ไม่ทราบแน่ชัดว่าจากที่ใด

การส่งหัวสัตว์ตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์

ส่ง ไม่ได้ส่ง ไม่ทราบ

ส่งไปตรวจที่..... ผลการตรวจ.....

6. ผู้สัมผัสโรครายอื่น

6.1 ผู้สัมผัสโรคจากสัตว์ตัวเดียวกัน

มีผู้ถูกกัด.....คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว.....คน

มีผู้ถูกน้ำลาย.....คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว.....คน

มีผู้ถึงแก่กรรมจากสัตว์ตัวเดียวกันนี้กัด

มี ชื่อ-สกุล.....

ไม่มี

6.2 ผู้สัมผัสโรคจากผู้ป่วยรายนี้

สัมผัสน้ำลายโดยไม่มีแผล.....คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว.....คน
สัมผัสน้ำลายโดยมีแผลหรือถูกผู้ป่วยกัด.....คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว.....คน

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรค (Incubation period) ที่เชื่อถือได้สั้นที่สุด 7 วัน ยาวนานที่สุด 3 ปี
(โดยเฉลี่ย 30-90 วัน)

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