

แบบสอบถามโรคเมลิออยโตสิส

1. ข้อมูลทั่วไป

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

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ.....

มีอาการป่วยหรือไม่ มี ไม่มี (ถ้าไม่มีข้ามไปตอบข้อ 5)

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.

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

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

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย ตาย ส่งต่อ

ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไอมีเสมหะเล็กน้อย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ไอมีเสมหะปนเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ทางเดินปัสสาวะหรือไตอักเสบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ฝีที่ผิวหนัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> อาการของฝีในปอด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาการของฝีในตับ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> อาการของฝีในตำแหน่งอื่นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ระบุ.....
ข้อค	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ (ระบุ).....	

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 ย้อมสีแกรม ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล..... ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.2 ตรวจ IHA ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล..... ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.3 ตรวจ IFA ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล..... ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.4 เพาะเชื้อแบคทีเรีย ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล..... ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

4. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ยาปฏิชีวนะที่ได้รับจากการตรวจรักษาครั้งแรก.....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 โรคเรื้อรังที่พบก่อน ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

การติดเชื้อทางเดินหายใจ เรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	การติดเชื้อวัณโรค	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
การติดเชื้อเรื้อรังอื่น ๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มะเร็ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เบาหวาน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
โรคไต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ระบุ.....	โรคเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ระบุ.....

5.2 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

- ทำนา ทำมาเป็นระยะเวลา..... ทำสวน ทำมาเป็นระยะเวลา.....
ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....
- ทำไร่ ทำมาเป็นระยะเวลา..... อาชีพเก็บขยะ ทำมาเป็นระยะเวลา.....
ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....
- ขุดลอกท่อระบายน้ำ/สระ/คู/คลอง จับสัตว์น้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา.....
ทำมาเป็นระยะเวลา..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....
ระบุสถานที่ที่ทำ.....
- ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ ทำงานในโรงฆ่าสัตว์
ทำมาเป็นระยะเวลา..... ทำมาเป็นระยะเวลา.....
ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....

- ว่ายน้ำ ระบุที่ ดื่มน้ำที่ไม่ได้ผ่านการต้มสุก
 เดินลุยน้ำ ระบุที่..... มักมีบาดแผลจากการประกอบอาชีพ
 เคยทำอาชีพเกษตรกรรมในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อ ถึง.....
 อื่น ๆ ระบุ.....

6. การค้นหาผู้ป่วยโรคmelioidosisเฉียบพลัน (Acute Melioidosis) รายอื่น

6.1 ในระยะเวลา 10 วัน ก่อน(ป่วย) มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกัน หรือสถานที่ประกอบอาชีพที่เดียวกันหรือไม่

- มี ระบุ ไม่มี
 ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....
 ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....
 ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

6.2 ในระยะเวลา 10 วัน หลังวันเริ่มป่วย มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกัน หรือสถานที่ประกอบอาชีพที่เดียวกัน หรือไม่

- มี ระบุ ไม่มี
 ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....
 ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....
 ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

หมายเหตุ : ระยะเวลาฟักตัวของโรค รายเฉียบพลันอยู่ภายใน 2 วัน แต่ถ้าติดเชื้อแบบเรื้อรัง จะนานเป็นเดือนจนถึงหลายปี

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