

แบบสอบถามโรคเลปโตสไปโรซิส

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.

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

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

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย ตาย ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ไข้เฉียบพลัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ	หนาวสั่น	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ	กดเจ็บตามกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ
ปวดศีรษะอย่างรุนแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ	คอแข็ง	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ
ตาแดง(Conjunctival suffusion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ	ตาเหลือง ตัวเหลือง (Jaundice)	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ
ไอแห้งๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ	ไอมีเสมหะปนเลือด	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ
ไอเป็นเลือดสดๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ	หายใจหอบ	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ
อาเจียนเป็นเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ	ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ
ปัสสาวะสีเข้ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ	ปัสสาวะออกน้อย	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 Latex agglutination test ทำ ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล..... ไม่ทำ
 ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.2 ตรวจ IFA ทำ ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล..... ไม่ทำ
 ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.3 ตรวจ ELISA ทำ ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล..... ไม่ทำ
 ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.4 ตรวจ MAT ทำ ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล..... ไม่ทำ
 ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.5 เพาะเชื้อแบคทีเรีย ทำ ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล..... ไม่ทำ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.6 วิธีอื่น ระบุ..... ทำ ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล..... ไม่ทำ
 ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

4. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
 ได้รับการวินิจฉัยว่า
 ยาที่ใช้.....เริ่มวันที่.....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ภูมิภาคและสิ่งแวดล้อมรอบๆ บริเวณหมู่บ้านที่พักอาศัยของผู้ป่วยมีลักษณะ

- เป็นที่ราบ ระบุ ไม่เป็น

นาข้าว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> สวนยางพารา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนปาล์ม/น้ำมัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง /อ้อย/ข้าวโพด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนผลไม้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไร่อ้อย/ถั่วเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อื่นๆ อธิบาย.....			

เป็นที่ลาดเนิน/ป่าเขา ระบุ ไม่เป็น

นาข้าว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> สวนยางพารา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนปาล์ม/น้ำมัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไร่มันเทศ/มันสำปะ หลัง/อ้อย/ข้าวโพด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนผลไม้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไร่ถั่วลิสง/ถั่วเห ลือ่ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อื่น ๆ อธิบาย.....			

มีสระน้ำ/หนอง/บึง ระบุ ไม่มี

การปล่อยโค กระบือ	<input type="checkbox"/> ปล่อยให้ลงได้	<input type="checkbox"/> ไม่ปล่อยให้ลง
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ).....		

มีคู/คลอง/เหมือง/ฝาย/ลำน้ำไหล ระบุ ไม่มี

การปล่อยโค กระบือ	<input type="checkbox"/> ปล่อยให้ลงได้	<input type="checkbox"/> ไม่ปล่อยให้ลง
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ).....		

5.2 ลักษณะบ้านพักอาศัย

- บริเวณบ้านพักอาศัย เป็นชุมชนแออัดในเขตเมือง เป็นบ้านที่ตั้งอยู่กระจัดกระจาย
- น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ มี ไม่มี
- การเลี้ยงสัตว์ มี ระบุชนิดสัตว์..... ไม่มี
- หนูชุกชุม พบ ไม่พบ
- อื่น ๆ อธิบาย.....

5.3 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ

- น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ มี ไม่มี
- การเลี้ยงสัตว์ มี ระบุชนิดสัตว์..... ไม่มี
- หนูชุกชุม พบ ไม่พบ
- หอยเชอร์รี่ ชุกชุม ไม่ชุกชุม
- อื่น ๆ อธิบาย.....

5.4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเลปโตสไปโรซิสที่ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ในช่วง 30 วัน ก่อนป่วย

-การสัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นแฉะ สัมผัส ระบุ ไม่มีการสัมผัส

ลักษณะการสัมผัส

- แชน้ำ เดินลุยน้ำ
 ว่ายน้ำ กลื่นน้ำ/ล้มลงในน้ำ

ลักษณะแหล่งน้ำที่สัมผัส

- น้ำนิ่ง น้ำไหลเอื่อย
 น้ำไหลแรง พื้นดินชื้นแฉะ

ระยะเวลาการสัมผัส

- น้อยกว่า 6 ชั่วโมง/วัน มากกว่า 6 ชั่วโมง/วัน

-การป้องกันตนเอง

- สวมรองเท้าแตะ สวมรองเท้าหุ้มส้น
 สวมรองเท้าบูทครึ่งแข้ง สวมรองเท้าบูทถึงเข่า
 ไม่สวมรองเท้า

-การเกิดบาดแผล

- มีบาดแผล ระบุ ไม่มีบาดแผล

ตำแหน่งบาดแผล

- มือ แขน ขา เท้า ลำตัว

ลักษณะบาดแผล

- มีเลือดออก ไม่มีเลือดออก

การสัมผัสน้ำ

- บาดแผลสัมผัสน้ำโดยตรง มีพลาสติกหรือปิด

-อาหารค้างมือที่ไม่ได้เก็บไว้ในตู้กับข้าวที่มิดชิด

- กิน ไม่ได้กิน

-เครื่องในสัตว์ดิบๆ สุกๆ

- กิน ไม่ได้กิน

5.5 ข้อมูลพฤติกรรมเชิงต่อการติดเชื้อเฮปโตสไปโรซิส (ในช่วง 30 วัน ก่อนป่วย)

วิธีการบันทึก ชักประวัติ และบันทึกวันที่ตามปฏิทิน โดยนับตั้งแต่วันที่แรกที่มีอาการใช้เป็นเวลา 4 สัปดาห์ จนครบ โดยทำเครื่องหมายในช่องๆ ช่องช่องแต่ละช่วงสัปดาห์ ถ้ามีพฤติกรรมตามที่ระบุ ใส่ " ✓ " พร้อมทั้งระบุสถานที่ที่ทำงาน แต่ถ้าไม่มีพฤติกรรม ใส่ " X "

วันที่ตามปฏิทิน (ระหว่างวันที่)	-----	-----	-----	-----
พฤติกรรม	Wk.1 ก่อนป่วย	Wk.2 ก่อนป่วย	Wk.3 ก่อนป่วย	Wk.4 ก่อนป่วย
1.1 การทำนา -ไถนา/ตัดหญ้า/ถางหญ้าตามคันนา -หว่านกล้า/ถอนหญ้า/ดำนา/ พรวนปุ๋ย -กำจัดวัชพืช/เดินหาฝู๋ หอย ปู ปลา ไนนา -เกี่ยวข้าว/เก็บข้าวในนา ระบุสถานที่ที่ทำงาน				
1.2 การหาปลา -ตักปลา/วางล่าย/ทอดแห -ปักเบ็ด/ตั้งเบ็ด -จับปลา ระบุสถานที่ที่ทำงาน				
1.3 การออกไปล่าหูกอนกลางคืน ระบุสถานที่ที่ทำงาน				

วันที่ตามปฏิทิน (ระหว่างวันที่)	-----	-----	-----	-----
พฤติกรรม	Wk.1 ก่อนป่วย	Wk.2 ก่อนป่วย	Wk.3 ก่อนป่วย	Wk.4 ก่อนป่วย
1.4 การลอกสาร/คู/คลอง ระบุสถานที่ที่ทำงาน				
1.5 การเก็บเคลื่อนย้ายสิ่งของ ก่อน/หลังน้ำท่วม ระบุสถานที่ที่ทำงาน				
1.6 การไปขยน้ำ/ดำน้ำ ระบุสถานที่ที่ทำงาน				
1.7 การเลี้ยงดูและโค กระบือ สุกร ระบุสถานที่ที่ทำงาน				
1.8 การทำงานในโรงฆ่าสัตว์ ระบุสถานที่ที่ทำงาน				
1.9 การลอกท่อน้ำโสโครก ระบุสถานที่ที่ทำงาน				
1.10 อื่นๆ ระบุ..... ระบุสถานที่ที่ทำงาน				

สรุป : สงสัยว่าวิธีการติดโรคเกิดจากพฤติกรรม.....

แหล่งโรคน่าจะเป็น.....

เมื่อวันที่.....

