

แบบสอบสวนโรคเยื่อตาอักเสบ

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

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

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

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

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ที่อยู่ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

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

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

กรณีเป็นนักเรียน โรงเรียน หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

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

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ป่วย วินิจฉัย | <input type="checkbox"/> ไม่ป่วย |
| วันเริ่มป่วย..... | วันที่มาโรงพยาบาล..... | วันที่จำหน่าย..... |
| ผลการรักษา <input type="checkbox"/> | กำลังรักษา <input type="checkbox"/> | หาย <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> ส่งต่อ ระบุ..... |

2. อาการและอาการแสดง

| | | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ตาแดง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | มี | ไม่มี | ไม่ทราบ | ซีด | มี | ไม่มี | ไม่ทราบ |
| เลือดออกที่เยื่อตา | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | มี | ไม่มี | ไม่ทราบ | ปวดตา | มี | ไม่มี | ไม่ทราบ |
| กล้ามเนื้ออ่อนแรง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | มี | ไม่มี | ไม่ทราบ | | มี | ไม่มี | ไม่ทราบ |

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

| สิ่งส่งตรวจ | วิธีการตรวจ | วันที่ส่ง | สถานที่ตรวจ | ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ |
|-------------------|-----------------|-----------|-------------|----------------------------|
| น้ำเหลืองครั้ง1 | | | | |
| น้ำเหลืองครั้ง2 | | | | |
| Conjunctival swab | Virus isolation | | | |
| | | | | |

4. การรักษา

| สถานที่รักษา | ยาที่ให้ | วันที่เริ่มให้ | ผลการรักษา |
|--------------|----------|----------------|------------|
| | | | |
| | | | |

5. ปัจจัยเสี่ยง/ พฤติกรรมเสี่ยง

| | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| อาศัยอยู่กับผู้ป่วยตาแ ดง | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ใช้ห้องร่วมกัน | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |

6. ประวัติการสัมผัสโรค/ผู้ป่วยรายอื่น

6.1 ในระยะ วัน ก่อนวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในบ้าน ละแวกบ้านเดียวกัน หรือโรงเรียน และมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ ... ไม่มี

| ชื่อ-นามสกุล | อายุ | เพศ | ที่อยู่ | วันเริ่มป่วย |
|--------------|------|-----|---------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

6. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด

7.1 ในระยะเวลา วันหลังวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในบ้านเดียวกัน สัมผัสกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ ... ไม่มี

| ชื่อ-นามสกุล | อายุ | เพศ | ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย | มีอาการหรือไม่ (บรรยาย) | วันเริ่มป่วย |
|--------------|------|-----|----------------------------|-------------------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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