

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบที่เฝ้าระวัง

ส่วนที่ 1

วันที่สอบสวน.....

ชื่อ ผู้สอบสวน.....หน่วยงาน.....

1. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล เพศ () ชาย () หญิง อายุ ปี

ที่อยู่ เลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

สัญชาติ..... อาชีพ

2. ข้อมูลการป่วยจากการสัมภาษณ์

- 2.1 วันเริ่มป่วย วันที่.....เดือน.....พศ.....
- 2.2 อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล.....
- 2.3 อาการผู้ป่วยตั้งแต่วันเริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน

อาการ	วันเริ่มป่วย		วันที่หลังวันเริ่มป่วย											
	0		1		2		3		4		5		6	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไข้ (ระบุอุณหภูมิ)														
ไอ														
เจ็บคอ														
มีน้ำมูก														
มีเสมหะ														
หนาวสั่น														
หายใจลำบาก														
หอบเหนื่อย														
ปวดกล้ามเนื้อ														
ปวดศีรษะ														
ถ่ายเหลว														

อาการอื่น ๆ ระบุ.....

วันที่รับการรักษา..... วันที่นอนโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หรือโรคประจำตัว(ถ้ามี) ระบุ.....

3 ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคปอดอักเสบ

- ในช่วง 10 วันก่อนวันเริ่มป่วยบุคคลในบ้านท่านมีใครป่วยเป็นปอดอักเสบหรือไม่ มี ไม่มี
- ในช่วง 10 วันก่อนวันเริ่มป่วยเพื่อนหรือคนรู้จักของท่านมีผู้ใดป่วยเป็นปอดอักเสบหรือไม่ มี ไม่มี
- ในช่วง 10 วันก่อนวันเริ่มป่วยท่านได้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบหรือไม่ มี ไม่มี
- ในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วยท่านพักอาศัยในตำบลที่มีสัตว์ป่วยตายผิดปกติหรือไม่ มี ไม่มี
- ในช่วง 7 วันก่อนวันเริ่มป่วยท่านได้สัมผัสสัตว์ที่สงสัยว่าป่วยหรือเพิ่งตายหรือไม่ มีระบุวันที่..... ไม่มี
ระบุลักษณะการสัมผัส.....

4. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC: วันที่..... ผล.....

CBC: วันที่..... ผล.....

Sputum gram stain วันที่..... ผล.....

Sputum culture วันที่..... ผล.....

Hemo-culture วันที่..... ผล.....

CXR : วันที่..... ผล.....

CXR : วันที่..... ผล.....

CXR : วันที่..... ผล.....

Quick test สำหรับใช้หัดใหญ่วันที่..... ผล.....

5. การเก็บวัสดุตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ () ไม่เก็บ () เก็บ ระบุตัวอย่างที่เก็บ

ก. Nasopharyngeal swab หรือ throat swab 2 ตัวอย่าง วันที่เก็บ.....

ข. ซึ่ม 7-10 มล. เก็บครั้งที่ 1 วันที่..... ครั้งที่ 2 วันที่.....

6. การวินิจฉัยเบื้องต้น การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย.....

7. ในกรณีที่ผู้ป่วยตาย ได้ทำ autopsy หรือไม่

- ไม่ทำ ทำ ถ้าทำกรุณาแจ้งผล.....

8. การค้นหาผู้แพร่โรคและผู้สัมผัส

รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระบะป่วย ระบุลักษณะการสัมผัสใกล้ชิด วันที่และระยะเวลาการสัมผัส ถ้ามีอาการป่วย ระบุอาการด้วย

ชื่อ – สกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่ / เบอร์โทรศัพท์	ลักษณะการสัมผัส, วันที่สัมผัสและอาการ

วันที่..... ส่งรายงานการสอบสวนให้กับ สำนักควบคุมป้องกันโรคที่.....
 วันที่..... ส่งรายงานการสอบสวนให้กับสำนักระบาดวิทยา
 สำนักระบาดวิทยา โทรศัพท์: 0-2590-1882, 0-25901895 โทรสาร: 0-2591-8579, 0-2590-1784 E-mail: outbreak@health.moph.go.th

ส่วนที่ 2: การติดตามลักษณะอาการผู้ป่วยหลังการสอบสวน

	วันแรกรับ		วันที่หลังวันนอนโรงพยาบาล																									
	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12			
อาการ /การตรวจร่างกาย	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไอ																												
เจ็บคอ																												
มีน้ำมูก																												
มีเสมหะ																												
หนาวสั่น																												
หายใจลำบาก																												
หอบเหนื่อย																												
ปวดกล้ามเนื้อ																												
ปวดศีรษะ																												
ถ่ายเหลว																												
อุณหภูมิร่างกายสูงสุด																												
อัตราการหายใจสูงสุด																												
ชีพจรสูงสุด																												
Oxygen saturation																												

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่าผิดปกติ		
สิ่งที่ตรวจ	วันที่เก็บ	ผลตรวจ
CBC		
CXR		
Sputum gram stain		
Sputum culture		
Hemoculture		
อื่นๆ		

การตรวจหาเชื้อ ปอดอักเสบ	วันที่เก็บ	ผลตรวจ
Influenza A		
Influenza B		
Adeno virus		
Respiratory syncytial virus		
Corona virusครั้งที่ 1		
Corona virusครั้งที่ 2		
Clamydia		
Mycoplasma		
Legionella		