

## แบบสอบถามไข้แอนเทอริค, ไข้ทัยฟอยด์, ไข้พาราทัยฟอยด์

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย..... เลขที่บัตรประชาชน ----

อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง

อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....สถานที่ทำงาน.....

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น.....โรงเรียน.....ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

วันเริ่มอาการ..... วันที่มาโรงพยาบาล.....

ผลการรักษา  กำลังรักษา ที่.....  หาย  เสียชีวิต วันที่.....

ไม่สมัครใจอยู่  ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

● ประวัติการรับวัคซีนป้องกันไข้ทัยฟอยด์  ไม่เคยได้รับ  เคยได้รับเมื่อ .....  ไม่ทราบ

### 2. อาการและอาการแสดง

ไข้สูงลอย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ปวดท้อง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ท้องอืด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หนาวสั่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ท้องผูก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เบื่ออาหาร	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ถ่ายเป็นเลือด
อาการช็อค	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ถ่ายเหลว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เยื่อหูช่องท้องอักเสบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ถ่ายเป็นน้ำสีเขียว
ตับโต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ม้ามโต <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ห้องปฏิบัติการที่ตรวจระบุ .....

● CBC วันที่ตรวจ ..... ผล WBC ..... ลบ./มม.

● Widal test วันที่ตรวจ ..... ผล .....

● เพาะเชื้อจาก :-

สิ่งส่งตรวจ	วันที่ส่งเพาะเชื้อ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น					อื่น ระบุ	
			Ampi	Tetra	Norflo	Cotri	Doxy		Cipro
อุจจาระ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							
ปัสสาวะ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							
เลือด		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							
น้ำไขสันหลัง		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							

(ต่อ)

สิ่งส่งตรวจ	วันที่ส่งเพาะเชื้อ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						อื่น ระบุ
			Ampi	Tetra	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro	
ไขกระดูก		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							
อื่น ๆ ระบุ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							

- ส่งตรวจตัวอย่างอาหาร น้ำดื่ม นม อาหารอื่น ๆ ที่สงสัย

ชนิดของตัวอย่างส่งตรวจ	แหล่ง	วันที่เก็บ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						
				Ampi	Tetra	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro	อื่น ระบุ
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							

#### 4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 ได้พบแพทย์       พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข       อื่น ๆ ระบุ .....
- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค     Typhoid     Paratyphoid     อื่น ๆ ระบุ.....
- ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ .....
- ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ..... x ..... ครั้ง ..... วัน
- ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ

#### 5. ปัจจัยเสี่ยง

- ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยเดินทางไปไหนบ้าง  
 เดินทาง  
 1. ไปสถานที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด.....วันที่.....  
 2. ไปสถานที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด.....วันที่.....  
 ไม่ได้เดินทาง       จำไม่ได้
- ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้มีผู้มาเยี่ยมเยียนหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่  
 มีผู้มาเยี่ยม       มีผู้มาพักอาศัย       ไม่มี
- ผู้ที่มาเยี่ยมเยียนหรือมาพักอาศัย มีใครมีอาการป่วยเหมือนผู้ป่วย  
 มีอาการป่วย       ไม่มีอาการป่วย       ไม่ทราบ

- พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม) ภายใน 3 สัปดาห์ ก่อนการป่วยครั้งนี้ โดยปกติรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำที่ไหน

มื้ออาหาร	สถานที่					
	บ้าน	โรงเรียน	ร้านอาหาร	รถเข็น	ทาบเร่	อื่นๆ ระบุ
เช้า						
กลางวัน						
เย็น						

น้ำดื่ม ระบุประเภท .....แหล่งน้ำดื่มระบุ .....  ต้ม  ไม่ต้ม  กรอง  ขวดปิดสนิท

- โอกาสสัมผัส/แพร่โรค
  - ผู้ประกอบอาหารในครอบครัว มีอาการป่วยเช่นเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่
    - ไม่มีอาการป่วย  มีอาการป่วยก่อนผู้ป่วย ..... วัน  ป่วยหลังผู้ป่วย
    - ไปรับการรักษาที่ .....  ไม่ได้รักษา
  - ในการสอบสวนโรคได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ rectal swab ในผู้ประกอบอาหารหรือไม่
    - ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ  ทำการเพาะเชื้อ  พบเชื้อระบุ .....  ไม่พบเชื้อ

หมายเหตุ “ในครอบครัว” ให้หมายถึงสถานเลี้ยงดูเด็ก สถานสงเคราะห์หรืออื่นๆ ซึ่งมีการอยู่อาศัยร่วมกันจำนวนมาก

#### 6. การค้นหาผู้ป่วยหัยฟอยด์, พาราหัยฟอยด์รายอื่น

- การเพาะเชื้อจากอุจจาระของคนในครอบครัว หรือในสถานที่ที่อยู่อาศัยร่วมกันจำนวนมาก เพื่อตรวจหาเชื้อ S.Typhi, S.Paratyphi

ชื่อ - สกุล	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันที่เก็บอุจจาระ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						อาการป่วย	
				Ampi	Tetra	Nokflox	Cotri	Doxy	Cipro	มี	ไม่มี
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ								
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ								
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ								
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ								
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ								

หมายเหตุ ระยะเวลาฟักตัวขึ้นกับจำนวนเชื้อที่ได้รับ ตั้งแต่ 3 วัน - 3 เดือน ปกติ 1 - 3 สัปดาห์ สำหรับ paratyphoid gastroenteritis 1 - 10 วัน

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