

แบบสอบถามโรคบิด

1. ข้อมูลทั่วไป

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

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....สถานที่.....

(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.
ภูมิสำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

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

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต วันที่.....

ไม่สมัครใจอยู่ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

1. อาการและอาการแสดง

ไข้	<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
ปวดท้องทั่วไป	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ถ่ายเป็นน้ำ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดท้องมากบริเวณ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ถ่ายเป็นมูกเลือด
ท้องน้อยด้านขวา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> คลื่นไส้, อาเจียน
ปวดแบ่งเวลาถ่ายอุจจาระ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายกระปริดกระปรอย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ห้องปฏิบัติการที่ตรวจระบุ

- ตรวจอุจจาระ (stool examination)
 - ตรวจวันที่ ผล WBCcell/HPF ไม่ได้ตรวจ
- ตรวจอุจจาระสด
 - พบ trophozoites ของ *Entamoeba histolytica* ไม่ได้ตรวจ ตรวจแต่ไม่พบ
- ทำ sigmoidoscope หรือ proctoscope เพื่อดูรอยโรคและเก็บอุจจาระสดตรวจหา trophozoites ของ *Entamoeba histolytica*
 - ทำพบ trophozoites ไม่ได้ทำ ทำแต่ไม่พบ

- เพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ rectal swab ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ
 - พบเชื้อ *Shigella* พบเชื้อ *E.coli* พบเชื้ออื่น ๆ ระบุ
 - ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ
- กรณีพบเชื้อ *Shigella* ได้ทดสอบเชื้อต่อยาปฏิชีวนะหรือไม่
 - ไม่ได้ทำการทดสอบ ทำการทดสอบพบว่าเชื้อต่อยา.....
- กรณีเพาะเชื้อจากอุจจาระ/rectal swab และพบเชื้อ *Shigella* ได้ทดสอบการตอบสนองของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะหรือไม่

<input type="checkbox"/> ผลการทดสอบการตอบสนองของเชื้อที่เพาะขึ้นต่อยาปฏิชีวนะ						
Tetra.	Cotri.	Ampi.	Norflo.	Doxy.	Cipro.	อื่น ๆ ระบุ
<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำการทดสอบ						

- การตรวจตัวอย่างน้ำ ส่งตรวจ ไม่ได้ส่งตัวอย่างนั้นตรวจ

ชนิดตัวอย่างน้ำ	แหล่ง	วันที่เก็บ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						
				Ampi	Tetra	Norflo	Cotri	Doxy	Cipro	อื่น ๆ 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							

ไม่ได้ส่งตัวอย่างน้ำตรวจ

4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่..... วันที่ เดือนพ.ศ.....
 - ได้พบแพทย์ พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่น ๆ ระบุ
- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค บิด Amoebiasis บิด Shigellosis (bacillary dysentery) โรคอื่น ๆ ระบุ.....
- ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ระบุ
- ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ x ครั้ง x วัน
- ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ

- ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่ ได้รับ ไม่ได้รับ
- ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ได้รับ ไม่ได้รับ
- ได้ซื้อยาฆ่าเชื้อ (ปฏิชีวนะ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่
 ซื้อยากินเอง ระบุ ไม่ได้ซื้อยากินเอง

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- ช่วง 1 วัน - 1 เดือน ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีการเดินทางไปไหนบ้าง
 เดินทาง
 ไปสถานที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด ระหว่างวันที่
 ไปสถานที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด ระหว่างวันที่
 ไม่ได้เดินทาง จำไม่ได้
- ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้มีผู้มาเยี่ยมเยียนหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่
 มีผู้มาเยี่ยม มีผู้มาพักอาศัย ไม่มี
- ผู้ที่มาเยี่ยมเยียนหรือมาพักอาศัย มีใครมีอาการป่วยเหมือนผู้ป่วย
 มี ไม่มี ไม่ทราบ
- พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม) ภายในช่วง 1 สัปดาห์ (ระยะฟักตัวของShigellosis) จนถึง 4 เดือน (ระยะฟักตัวของ Amoebiasis) ก่อนการป่วยครั้งนี้ โดยปกติรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำที่ไหน

มื้ออาหาร	สถานที่					
	บ้าน	โรงเรียน	ร้านอาหาร	รถเข็น	หาบเร่	อื่นๆ ระบุ
เช้า						
กลางวัน						
เย็น						
น้ำดื่ม	ระบุประเภท แหล่งน้ำดื่ม ระบุ <input type="checkbox"/> ต้ม <input type="checkbox"/> ไม่ต้ม <input type="checkbox"/> กรอง <input type="checkbox"/> ขวดปิดสนิท					

- โอกาสสัมผัส/แพร่โรค
 - ผู้ประกอบอาหารในครอบครัว มีอาการป่วยเช่นเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่
 ไม่มีอาการป่วย มี ป่วยก่อนผู้ป่วย วัน มี ป่วยหลังผู้ป่วย วัน
 ไปรับการรักษาที่ ไม่ได้รักษา
 - ในการสอบสวนโรคได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ rectal swab ในผู้ประกอบอาหารหรือไม่
 ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ ทำการเพาะเชื้อ พบเชื้อ ระบุ
 ไม่พบเชื้อ

หมายเหตุ “ในครอบครัว” ให้หมายรวมถึงสถานเลี้ยงดูเด็ก สถานสงเคราะห์หรืออื่นๆ ซึ่งมีการอาศัยร่วมกันจำนวนมาก

6. การค้นหาผู้ป่วยโรคบิด

โดยเก็บอุจจาระสดตรวจเพื่อหาเชื้อ *E.histolytica* หรือเพาะเชื้อจากอุจจาระ หรือ rectal swab เพื่อหาเชื้อ *Shigella spp.*

ชื่อ - สกุล	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันเก็บอุจจาระ	พบ cysts	พบ trophozoites	พบเชื้อ <i>Shigella</i>	พบเชื้ออื่นระบุ...	อาการป่วย	
							มี	ไม่มี

หมายเหตุ ระยะฟักตัวของบิด Amoebiasis จาก *Entamoeba histolytica* ประมาณ 2 - 3 วัน จนถึงหลายเดือนหรืออาจเป็นปี ๆ ปกติ 2 - 4 เดือน
 ระยะฟักตัวของบิด Shigellosis จาก *Shigella* ประมาณ 12 - 96 ชั่วโมง (ปกติ 1 - 3 วัน) จนถึง 1 สัปดาห์ (หากเป็น *S.dysenteriae* 1)

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