

แบบสอบถามโรคอาหารเป็นพิษ

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

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

วันเริ่มอาการ.....เวลา.....น. วันที่มาโรงพยาบาล.....เวลา.....น.

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต วันที่.....

ไม่สมัครใจอยู่ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ถ่ายเป็นน้ำ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายเหลว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายมีมูก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ตะคริวที่ท้อง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายมีเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ปวดมวนท้อง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดท้อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ตะคริวที่ขา <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ท้องผูก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คลื่นไส้อาเจียน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตต่ำ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาหารไม่ย่อย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> อัมพาต <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปากแห้ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> เห็นภาพซ้อน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เหงื่อออกตัวเย็น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อาการอื่นๆ ระบุ.....

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ ระบุวันที่ส่งตรวจ.....

- อาหารที่ส่งเพาะเชื้อระบุ เพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ เพาะเชื้อไม่ขึ้น ไม่ได้เพาะเชื้อ
- เพาะเชื้อจากอุจจาระ เพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ เพาะเชื้อไม่ขึ้น ไม่ได้เพาะเชื้อ
- เพาะเชื้อจาก rectal swab เพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ เพาะเชื้อไม่ขึ้น ไม่ได้เพาะเชื้อ
- เพาะเชื้อจากอาเจียน เพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ เพาะเชื้อไม่ขึ้น ไม่ได้เพาะเชื้อ
- ทดสอบการสร้างสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น พบสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น ไม่พบสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น
- ไม่ได้ทดสอบ

4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
 - ได้พบแพทย์ พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่นๆ ระบุ
- ยาปฏิชีวนะ
 - ได้รับ ระบุ
 - ไม่ได้รับ ไม่ทราบ
- ป่วยครั้งนี้ได้ซื้อยามาซื้อ (ปฏิชีวนะ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่
 - ซื้อ ระบุ
 - ไม่ได้ซื้อ
- ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่ ได้รับ ไม่ได้รับ ไม่ทราบ
- ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ได้รับ ไม่ได้รับ ไม่ทราบ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหาร/อาหารว่าง/ขนม/นมสดหรืออื่นๆ) ช่วง 3 วัน ก่อนป่วย

<input type="checkbox"/> กินเนื้อสัตว์ดิบ ระบุชนิด	<input type="checkbox"/> กินเนื้อสัตว์สุกๆ ดิบๆ ระบุชนิด.....
<input type="checkbox"/> กินอาหารทะเลดิบ ระบุชนิด.....	<input type="checkbox"/> กินอาหารทะเลสุกๆ ดิบๆ ระบุชนิด
<input type="checkbox"/> กินอาหารค้างมือโดยไม่ได้อุ่น ระบุ	<input type="checkbox"/> กินอาหารอื่นๆ ระบุ
<input type="checkbox"/> ดื่มนมสดระบุชนิดของนม.....	แหล่งผลิตนมระบุ
<input type="checkbox"/> ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ	
<input type="checkbox"/> ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี <input type="checkbox"/> ต้ม <input type="checkbox"/> พาสเจอร์ไรส์ <input type="checkbox"/> สเตอริไลซ์	
<input type="checkbox"/> กินขนมระบุ	<input type="checkbox"/> กินอาหารหมักดอง ระบุ
<input type="checkbox"/> ปกติดื่ม น้ำ <input type="checkbox"/> ต้ม <input type="checkbox"/> ไม่ต้ม <input type="checkbox"/> กรอง <input type="checkbox"/> ขวดปิดสนิท	

- ประวัติการรับประทานอาหารช่วง 3 วันก่อนเริ่มป่วย

	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			

อาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วยครั้งนี้ (ระบุ)
วันที่รับประทาน เวลา น. ชื่อจากแหล่ง ระบุ

● จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหารที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ คน

มีอาการเหมือนผู้ป่วย..... คน ไม่มีใครมีอาการป่วย

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น : ในสถานที่เดียวกันและช่วงเวลาใกล้เคียงกัน กับการป่วยของผู้ป่วย

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง			วันที่เริ่มมีอาการป่วยคล้ายผู้ป่วย	ไม่มีอาการ
		อุจจาระ/...../.....	Rectal swab/...../.....	อาเจียน/...../.....		
1.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
2.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
3.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
4.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
5.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
6.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		

หมายเหตุ ระยะเวลาฟักตัวของ *Staphylococcus aureus* 30 นาที - 8 ชั่วโมง โดยปกติ 2 - 4 ชั่วโมง

ระยะเวลาฟักตัวของ *Clostridium perfringens* 6 - 24 ชั่วโมง โดยปกติ 10 - 12 ชั่วโมง

ระยะเวลาฟักตัวของ *Bacillus cereus* 1 - 6 ชั่วโมง ในรายที่มีอาการอาเจียน ส่วนในรายที่มีอาการท้องเสีย

ระยะเวลาฟักตัวอยู่ในช่วง 6 - 24 ชั่วโมง

ระยะเวลาฟักตัวของ *Vibrio parahaemolyticus* 12 - 24 ชั่วโมง หรือในช่วง 3 - 30 ชั่วโมง

ระยะเวลาฟักตัวของ *Vibrio vulnificus* 12 ชั่วโมง - 3 วัน ภายหลังจากกินอาหารทะเลที่ไม่ได้ทำให้สุกก่อน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเรื้อรังอยู่ก่อน เกิดปัญหา septicemia

ระยะเวลาฟักตัวของ *Clostridium botulinum* สำหรับอาการทางระบบประสาท 12 - 36 ชั่วโมงหรืออาจหลายวัน ส่วนใหญ่ระยะฟักตัวสั้น

