

แบบแจ้งผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

จากหน่วยงาน/โรงพยาบาล.....

วันที่รายงาน (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อ.....นามสกุล..... เพศ () ชาย () หญิง

อายุ.....ปี อาชีพ..... สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....

ที่อยู่ในประเทศไทย/ที่ติดตามได้ () บ้าน () อื่นๆ ระบุ.....

เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

โทรศัพท์ บ้าน..... ที่ทำงาน..... มือถือ.....

สถานที่รักษาโรงพยาบาล..... จังหวัด.....

ข้อมูลเบื้องต้น

วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี)

วันที่เข้ารับรักษา (วัน/เดือน/ปี).....

อุณหภูมิสูงสุด.....องศา

() ไข้ () หายใจลำบาก () หอบเหนื่อย

() มีน้ำมูก () มีเสมหะ () อื่นๆ ระบุ.....

เอ็กซเรย์ปอด () ไม่ได้ทำ

() ทำเมื่อวันที่..... ระบุผล.....

ประเภทผู้ป่วย () ผู้ป่วยนอก วันที่.....

() ผู้ป่วยใน วันที่.....

การวินิจฉัยเบื้องต้น

() Pneumonia ที่มีประวัติเสี่ยง

() Viral pneumonia

() ไข้หวัดใหญ่ (Influenza)

() ผู้ป่วยตายจากโรกระบบทางเดินหายใจ

- | | | |
|---|------------|---------|
| ● ผู้ป่วยมีประวัติ สงสัยสัมผัสกับสัตว์ป่วยหรือเพิ่งตายใหม่ๆ | () ไม่ใช่ | () ใช่ |
| ● อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกตายมากผิดปกติ | () ไม่ใช่ | () ใช่ |

ผู้รายงาน.....หน่วยงาน/โรงพยาบาล.....

โทรศัพท์.....

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคไข้วัดใหญ่และปอดอักเสบที่เฝ้าระวัง

ส่วนที่ 1

วันที่สอบสวน.....ชื่อ ผู้สอบสวน.....หน่วยงาน.....

1. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ-สกุลเพศ ()ชาย ()หญิง อายุ ปี

สัญชาติ.....อาชีพ.....

ที่อยู่ เลขที่ หมู่ที่..... ซอย ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

2. ข้อมูลการป่วยจากการสัมภาษณ์

2.1 วันเริ่มป่วยของการเจ็บป่วยครั้งนี้ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

2.2 อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล.....

2.3 อาการผู้ป่วยตั้งแต่วันเริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน

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

อาการอื่น ๆ ระบุ.....

วันรับการรักษา..... วันนอนโรงพยาบาล วันที่กลับจากโรงพยาบาล.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หรือโรคประจำตัว(ถ้ามี) ระบุ.....

3. ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคปอดอักเสบ

- ในช่วง 7 วันก่อนวันเริ่มป่วยบุคคลในบ้านท่านมีใครป่วยเป็นปอดอักเสบหรือไม่ มี ไม่มี
- ในช่วง 7 วันก่อนวันเริ่มป่วยเพื่อนหรือคนรู้จักของท่านมีผู้ใดป่วยเป็นปอดอักเสบหรือไม่ มี ไม่มี
- ในช่วง 7 วันก่อนวันเริ่มป่วยท่านได้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบ หรือไม่ มี ไม่มี
- ในช่วง 7 วันก่อนวันเริ่มป่วยท่านพักอาศัยในตำบลที่มีสัตว์ป่วยตายผิดปกติหรือไม่ มี ไม่มี
- ในช่วง 7 วันก่อนวันเริ่มป่วยท่านได้สัตว์ที่สงสัยว่าป่วยหรือเพิ่งตายหรือไม่ 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.....

5. การเก็บวัสดุตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณี Avian flu () ไม่เก็บ () เก็บ ระบุตัวอย่างที่เก็บ

ก. Direct specimen 2 ตัวอย่าง วันที่เก็บ.....

- Nasopharyngeal swab
- Throat swab
- Nasal swab

ข. เลือด 5 มล. เก็บในหลอดที่มี EDTA วันที่เก็บ.....

ค. Clot blood 5 มล. หรือซีรัม 3 มล. เก็บ ครั้งที่ 1 วันที่.....ครั้งที่ 2 วันที่.....

6. การวินิจฉัยเบื้องต้น การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย.....

7. ในกรณีที่ผู้ป่วยตาย ได้ทำ autopsy หรือไม่

ไม่ทำ ทำ ถ้าทำกรุณาแจ้งผล.....

8. การค้นหาผู้แพร่โรคและผู้สัมผัส

รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระยะป่วย ระบุลักษณะการสัมผัสใกล้ชิด วันที่และระยะเวลาการสัมผัส ถ้ามีอาการป่วยระบุอาการด้วย

| ชื่อ - สกุล | เพศ | อายุ | ที่อยู่ / เบอร์โทรศัพท์ | ลักษณะการสัมผัส/วันที่สัมผัสและอาการ |
|-------------|-----|------|-------------------------|--------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

วันที่..... ส่งรายงานการสอบสวนให้กับ สำนักควบคุมป้องกันโรคที่.....

วันที่..... ส่งรายงานการสอบสวนให้กับสำนักระบาดวิทยา

งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 042-222442 ต่อ114

สำนักระบาดวิทยา โทรศัพท์: 0-2590-1882, 0-25901895 โทรสาร: 0-2591-8579, 0-2590-1784

E-mail: outbreak@health.moph.go.th