แบบสอบสวนโรคเลปโตสไปโรซีส

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ – สกุล……..……เลขที่บัตรประชาชน - - - -

อายุ……..ปี เพศ ○ชาย ○ หญิง อาชีพ…….…… ลักษณะงานที่ทำ……...……

มีอาการป่วยหรือไม่ ○ มี ○ ไม่มี (ถ้าไม่มีข้ามไปตอบข้อ 5)

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่……..……หมู่ที่……ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน……..ซอย

……..……ถนน……..……ตำบล……..……..อำเภอ

……..……จังหวัด……..……

○ ในเขตเทศบาลนคร ○ ในเขตเทศบาลเมือง ○ ในเขตเทศบาลตำบล ○ ในเขต อบต.

ชื่อ – สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)……..

วันเริ่มป่วย……..วันที่มาโรงพยาบาล……..วันที่จำหน่าย……

ผลการรักษา ○ กำลังรักษา ○ หาย ○ ตาย ○ ส่งต่อ ระบุ……

2. อาการและอาการแสดง

ไข้เฉียบพลัน	○ มี ○ไม่มี ○ ไม่ทราบ	หนาวสั่น	○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง	○ มี ○ไม่มี ○ ไม่ทราบ	กดเจ็บตามกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง	○ มี ไม่มี ไม่ทราบ
ปวดศีรษะอย่างรุนแรง	○ มี ○ไม่มี ○ ไม่ทราบ	คอแข็ง	○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่ทราบ
ตาแดง(Conjunctival suffusion)	○ มี ○ไม่มี ○ ไม่ทราบ	ตาเหลือง ตัวเหลือง (Jaundice)	○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่ทราบ
ไอแห้งๆ	○ มี ○ไม่มี ○ ไม่ทราบ	ไอมีเสมหะปนเลือด	○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่ทราบ
ไอเป็นเลือดสดๆ	○ มี ○ไม่มี ○ ไม่ทราบ	หายใจหอบ	○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่ทราบ
อาเจียนเป็นเลือด	○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่ทราบ	ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ	○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่ทราบ
ปัสสาวะสีเข้ม	○ มี ○ไม่มี ○ ไม่ทราบ	ปัสสาวะออกน้อย	○ มี ○ ไม่มี ○ ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 Latex agglutination test ○ ทำ ครั้งที่ 1 วันที่……..……ผล……..

ครั้งที่ 2 วันที่……..…..ผล……

○ ไม่ทำ

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ……..

3.2 ตรวจ IFA ○ ทำ ครั้งที่ 1 วันที่……..…..ผล……

ครั้งที่ 2 วันที่……..……ผล……

○ ไม่ทำ

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ……..

3.3 ตรวจ ELISA ○ทำ ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล.....
ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....
○ ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

3.4 ตรวจ MAT ○ทำ ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล.....
ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....
○ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

3.5 เพาะเชื้อแบคทีเรีย ○ ทำ ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล.....
ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....
○ ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

3.6 วิธีอื่น ระบุ..... ○ทำ ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล.....
ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....
○ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

4. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....
ได้รับการวินิจฉัยว่า .....
ยาที่ใช้.....เริ่มวันที่.....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ภูมิประเทศและสิ่งแวดล้อมรอบๆ บริเวณหมู่บ้านที่พักอาศัยของผู้ป่วยมีลักษณะ

○ เป็นที่ราบ ระบุ ..... ○ ไม่เป็น

นาข้าว	○มี ○ไม่มี	สวนยางพารา	○มี ○ไม่มี
สวนปาล์มน้ำมัน	○มี ○ไม่มี	ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง/อ้อย/ข้าวโพด	○มี ○ไม่มี
สวนผลไม้	○มี ○ไม่มี	ไร่ถั่วลิสง/ถั่วเหลือง	○มี ○ไม่มี
อื่นๆ อธิบาย			

○ เป็นที่ลาดเนิน/ป่าเขา ระบุ.....

○ไม่เป็น

นาข้าว	○มี ○ ไม่มี	สวนยางพารา	○ ไม่มี ○ มี
สวนปาล์มน้ำมัน	○มี ○ ไม่มี	ไร่มันเทศ/มัน/สำปะหลัง/อ้อย/ข้าวโพด	○ ไม่มี ○ มี
สวนผลไม้	○มี ○ไม่มี	ไร่ถั่วลิสง/ถั่วเหลือง	○ ไม่มี ○ มี
อื่นๆ อธิบาย			

○ มีสระน้ำ/หนอง/บึง ระบุ..... ○ ไม่มี

การปล่อยโค กระบือ	○ ปล่อยให้ลงได้	○ ไม่ปล่อยให้ลง
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ).....		

○มีคู/คลอง/เหมือง/ฝาย/ลำน้ำไหล ระบุ..... ○ ไม่มี

การปล่อยโค กระบือ	○ ปล่อยให้ลงได้	○ ไม่ปล่อยให้ลง
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ).....		

5.2 ลักษณะบ้านพักอาศัย

บริเวณบ้านพักอาศัย ○ เป็นชุมชนแออัดในเขตเมือง ○ เป็นบ้านที่ตั้งอยู่กระจัดกระจาย

น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ ○ มี ○ ไม่มี

การเลี้ยงสัตว์ ○ มี ระบุชนิดสัตว์ ○ ไม่มี

.....

หนูชุกชุม ○ พบ ○ ไม่พบ

อื่นๆ อธิบาย.....

.....

5.3 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ

น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ ○ มี ○ ไม่มี

การเลี้ยงสัตว์ ○ มี ระบุชนิดสัตว์ ○ ไม่มี

.....

หนูชุกชุม ○ พบ ○ ไม่พบ

หอยเชอร์รี่ ○ ชุกชุม ○ ไม่ชุกชุม

อื่นๆ อธิบาย.....

.....

5.4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเลปโตสไปโรซีสที่ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ในช่วง 30 วัน ก่อนป่วย

-การสัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นแฉะ ○ สัมผัส ระบุ..... ○ไม่มีการสัมผัส

ลักษณะการสัมผัส ○ แช่น้ำ ○ เดินลุยน้ำ ○ ว่ายน้ำ ○ กลืนน้ำ/สำลักน้ำ

ลักษณะแหล่งน้ำที่สัมผัส ○ น้ำนิ่ง ○น้ำไหลเอื่อย ○น้ำไหลแรง ○พื้นดินชื้นแฉะ

ระยะเวลาการสัมผัส ○ น้อยกว่า 6 ชั่วโมง/วัน ○ มากกว่า 6 ชั่วโมง/วัน

-การป้องกันตนเอง ○ สวมรองเท้าแตะ ○ สวมรองเท้าหุ้มส้น

○ สวมรองเท้าบู๊ทครึ่งแข้ง ○ สวมรองเท้าบู๊ทถึงเข่า

○ ไม่สวมรองเท้า

-การเกิดบาดแผล ○ มีบาดแผล ระบุ ○ ไม่มีบาดแผล

ตำแหน่งบาดแผล ○ มือ ○แขน ○ ขา ○ เท้า ○ลำตัว

ลักษณะบาดแผล ○ มีเลือดออก ○ ไม่มีเลือดออก

การสัมผัสน้ำ ○ บาดแผลสัมผัสน้ำโดยตรง ○ มีพลาสเตอร์ปิด

-อาหารค้างมื้อที่ไม่ได้เก็บไว้ในตู้กับข้าวที่มิดชิด ○ กิน ○ ไม่ได้กิน

-เครื่องในสัตว์ดิบๆ สุกๆ ○ กิน ○ ไม่ได้กิน

5.5 หน้าขวาง แยกไฟล์นะ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ในสถานที่ซึ่งคาดว่าเป็นแหล่งติดโรคที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซีสรายนี้มีผู้สัมผัสรายอื่นด้วยหรือไม่

○ มี ระบุ ..... ○ ไม่มี

ลำดับ	ชื่อ	บ้านเลขที่	อายุ	เพศ	อาการป่วย			หมายเหตุ
					มีอาการป่วย		ไม่มี	
					ระบุอาการ	วันเริ่มป่วย		
1								
2								
3								
4								

แผนที่แสดงสถานที่ซึ่งคาดว่าเป็นแหล่งติดโรคที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซีส

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรค (Incubation period) 2-30 วัน (โดยเฉลี่ย 10 วัน)

ชื่อผู้สอบสวน……..……..ตำแหน่ง……..……

ที่ทำงาน……..…….

วันที่สอบสวน……โทรศัพท์……

วันที่รับแจ้ง……รับแจ้งจาก……..……

งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โทรศัพท์ 042-240482