

## แบบสอบถามใช้เลือดออก

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน -

อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง อาชีพ.....

ลักษณะงานที่ทำ .....

ที่อยู่ขณะป่วยที่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน .....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร  2 ในเขตเทศบาลเมือง  3 ในเขตเทศบาลตำบล  4 ในเขต อบต.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่.....

.....

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร  2 ในเขตเทศบาลเมือง  3 ในเขตเทศบาลตำบล  4 ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่  1 ป่วยวินิจฉัย .....  2 ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

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

ผลการรักษา  1 กำลังรักษา  2 หาย  3 เสียชีวิต  4 ไม่สมัครอยู่  5 ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น

ระบุ.....

### 2. อาการและอาการแสดง

ไข้/ไข้สูงเฉียบพลัน	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดกระดูกหรือข้อต่อ	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ผื่นแดง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกตามผิวหนัง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกทางอวัยวะภายใน	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ตับโตมักกดเจ็บ	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
มีภาวะช็อก	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
Tourniquet test	<input type="checkbox"/> 1 ผลบวก	<input type="checkbox"/> 2 ผลลบ	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ .....			

### 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

- จำนวนเม็ดเลือดขาว < 5,000 เซล / ลูกบาศก์มิลลิเมตร  
 1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  2 ไม่มี
- เกล็ดเลือด < 100,000 เซล / ลูกบาศก์มิลลิเมตร  
 1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  2 ไม่มี
- ฮีมาโตคริต > 40  
 1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  2 ไม่มี

#### 3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

- PCR  1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  2 ไม่มี
- การแยกเชื้อ  1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  2 ไม่มี
- HI ตรวจน้ำเหลืองคู้  1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  2 ไม่มี  
ตรวจน้ำเหลืองเดี่ยว  1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  2 ไม่มี
- EIA  1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  2 ไม่มี
- อื่น ๆ ระบุ  
.....  
.....

### 4. การรักษา

- ไปรับการรักษาที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
- การวินิจฉัย  
.....  
.....
- การรักษา  
.....  
.....

### 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- แหล่งเพาะพันธุ์ยุ่งลาย
  - ในบ้านผู้ป่วย CI = .....%  
จำนวนภชนะในบ้านที่สำรวจ ..... ภชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย ..... ภชนะ  
จำนวนภชนะนอกบ้านที่สำรวจ..... ภชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย..... ภชนะ
  - รอบบ้านผู้ป่วยในรัศมี 100 เมตร CI = .....% HI = .....% BI = .....%  
จำนวนภชนะในบ้านที่สำรวจ..... ภชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย ..... ภชนะ  
จำนวนภชนะนอกบ้านที่สำรวจ..... ภชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย..... ภชนะ  
จำนวนบ้านที่สำรวจ ..... หลังคาเรือน พบลูกน้ำยุ่งลาย ..... หลังคาเรือน
  - ในโรงเรียนที่ผู้ป่วยเรียน CI = .....%  
จำนวนภชนะภายในอาคาร..... ภชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย ..... ภชนะ  
จำนวนภชนะภายนอกอาคาร..... ภชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย ..... ภชนะ

- ในวัด / ศูนย์เด็กเล็ก CI = .....%  
จำนวนภาษาทั้งหมดที่สำรวจ.....ภาษา พบลูกน้ำยุงลาย .....ภาษา
- แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอื่น ๆ นอกจากภาษาที่มนุษย์ทำขึ้น เช่น น้ำขังบนกาบใบพืช CI = .....%  
จำนวนแหล่งเพาะพันธุ์ทั้งหมดที่สำรวจ.....แหล่ง พบลูกน้ำยุงลาย .....แหล่ง

## 6. แหล่งรังโรค

6.1 ในช่วง 14 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง  1 เคย  2 ไม่เคย

1. ระบุ.....ช่วงวันที่ .....

2. ระบุ.....ช่วงวันที่ .....

6.2 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... วันเริ่มป่วย.....

2. ชื่อ ..... อายุ ..... วันเริ่มป่วย.....

6.3 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครู ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

1. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

2. ชื่อ .....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

6.4 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

1. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

2. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

## 7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

1. ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

2. ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

7.2 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครู ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

1. ชื่อ.....ที่อยู่.....  
วันเริ่มป่วย.....

2. ชื่อ .....ที่อยู่.....  
วันเริ่มป่วย.....

7.3 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย

ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

1. ชื่อ..... ที่อยู่.....  
วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ..... ที่อยู่.....  
วันเริ่มป่วย.....

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....

วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....

วันที่ได้รับแจ้ง.....ผู้แจ้ง.....

งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โทร 042-240482