

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
- ซีมาโตคริต > 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 พบลูกน้ำยุงลายภาษา
- แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอื่น ๆ นอกจากภาษาที่มนุษย์ทำขึ้น เช่น น้ำขังบนกาบใบพืช CI =%
จำนวนแหล่งเพาะพันธุ์ทั้งหมดที่สำรวจ.....แหล่ง พบลูกน้ำยุงลายแหล่ง

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. ชื่อที่อยู่.....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. ชื่อที่อยู่.....
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