

แบบสอบถามโรคอาหารเป็นพิษ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... เลขที่บัตรประชาชน

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....

สถานที่ทำงาน.....

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง.....

เกี่ยวข้องกับ.....

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น.....โรงเรียน.....ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

วันเริ่มอาการ.....เวลา.....น.

วันที่มาโรงพยาบาล.....เวลา.....น.

ผลการรักษา กำลักรักษา หาย เสียชีวิต วันที่.....

ไม่สมัครใจอยู่ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

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

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :

ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ ระบุ วันที่ส่งตรวจ.....

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

4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- ได้พบแพทย์ พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่นๆ ระบุ
- ยาปฏิชีวนะ
- ได้รับ ระบุ ไม่ได้รับ ไม่ทราบ
- ป่วยครั้งนี้ได้ซื้อยามาเชื้อ (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="radio"/> กินเนื้อสัตว์ดิบ ระบุชนิด	<input type="radio"/> กินเนื้อสัตว์สุกๆ ดิบๆ ระบุชนิด
<input type="radio"/> กินอาหารทะเลดิบ ระบุชนิด	<input type="radio"/> กินอาหารทะเลสุกๆ ดิบๆ ระบุชนิด
<input type="radio"/> กินอาหารค้างมือโดยไม่ได้อุ่น ระบุ	<input type="radio"/> กินอาหารอื่นๆ ระบุ
<input type="radio"/> ดื่มนมสดระบุชนิดของนม	แหล่งผลิตนมระบุ
<input type="radio"/> ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ	<input type="radio"/> ต้ม <input type="radio"/> พาสเจอร์ไรส์ <input type="radio"/> สเตอริไลซ์
<input type="radio"/> ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี	
กินนมระบุ	
กินอาหารหมักดอง ระบุ	
<input type="radio"/> ปกติดื่มน้ำ <input type="radio"/> ต้ม <input type="radio"/> ไม่ต้ม <input type="radio"/> กรอง <input type="radio"/> 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. ชื่อจาก

แหล่ง ระบุ

- จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหารที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ คน

มีอาการเหมือนผู้ป่วย..... คน

ไม่มีใครมีอาการป่วย

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น : ในสถานที่เดียวกันและช่วงเวลาใกล้เคียงกัน กับการป่วยของผู้ป่วย

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง			วันที่เริ่มมีอาการป่วยคล้ายผู้ป่วย	ไม่มีอาการ
		อุจจาระ/...../.....	Rectal swab/...../.....	อาเจียน/...../.....		
1.		พบเชื้อ ไม่พบ	พบเชื้อ ไม่พบ	พบเชื้อ ไม่พบ		
2.		พบเชื้อ ไม่พบ	พบเชื้อ ไม่พบ	พบเชื้อ ไม่พบ		
3.		พบเชื้อ ไม่พบ	พบเชื้อ ไม่พบ	พบเชื้อ ไม่พบ		
4.		พบเชื้อ ไม่พบ	พบเชื้อ ไม่พบ	พบเชื้อ ไม่พบ		
5.		พบเชื้อ ไม่พบ	พบเชื้อ ไม่พบ	พบเชื้อ ไม่พบ		
6.		พบเชื้อ ไม่พบ	พบเชื้อ ไม่พบ	พบเชื้อ 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 – 8 ชั่วโมง ในรายที่มีอาการอาเจียน ส่วนในรายที่มีอาการท้องเสีย
 ระยะเวลาฟักตัวอยู่ในช่วง 6- 24 ชั่วโมง
 ระยะเวลาฟักตัวของ *Vibrio parahaemolyticus* 12 – 24 ชั่วโมง หรือในช่วง 3- 30 ชั่วโมง
 ระยะเวลาฟักตัวของ *Vibrio vulnificus* 12 ชั่วโมง – 3 วัน ภายหลังกินอาหารทะเลที่ไม่ได้ทำให้สุกก่อน โดย
 เฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเรื้อรังอยู่ก่อน เกิดปัญหา septicemia
 ระยะเวลาฟักตัวของ *Clostridium botulinum* สำหรับอาการทางระบบประสาท 12 – 36 ชั่วโมงหรืออาจหลายวัน ส่วน
 ใหญ่ระยะเวลาฟักตัวสั้น

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....
 ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน..... โทรศัพท์.....

