

แบบสอบถามโรคช็อคกุนยา

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

| | | | |
|---------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| ไข้สูง | <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 |
| 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 |
| ปวดกระบอกตา | <input type="checkbox"/> 1 มี | <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ |
| บวมตามข้อ | <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 |
| อื่น ๆ ระบุ | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

- จำนวนเม็ดเลือดขาว
 1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี
- เกล็ดเลือด
 1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

- PCR 1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี
- การแยกเชื้อ 1 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี
- HI ตรวจน้ำเหลืองคู่ 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 =%
จำนวนภาชนะในบ้านที่สำรวจ ภาชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย..... ภาชนะ
จำนวนภาชนะนอกบ้านที่สำรวจ..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย..... ภาชนะ
 - รอบบ้านผู้ป่วยในรัศมี 100 เมตร CI =% HI =% BI =%
จำนวนภาชนะในบ้านที่สำรวจ ภาชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย ภาชนะ
จำนวนภาชนะนอกบ้านที่สำรวจ..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย..... ภาชนะ
จำนวนบ้านที่สำรวจ หลังคาเรือน พบลูกน้ำยุ่งลาย หลังคาเรือน
 - ในโรงเรียนที่ผู้ป่วยเรียน CI =%
จำนวนภาชนะภายในอาคาร..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย ภาชนะ
จำนวนภาชนะภายนอกอาคาร..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุ่งลาย ภาชนะ

- ในวัด / ศูนย์เด็กเล็ก CI =%
- จำนวนภาชนะทั้งหมดที่สำรวจ.....ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลายภาชนะ
- แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอื่น ๆ นอกจากภาชนะที่มนุษย์ทำขึ้น เช่น น้ำขังบนกาบใบพืช CI =%
- จำนวนแหล่งเพาะพันธุ์ทั้งหมดที่สำรวจ.....แหล่ง พบลูกน้ำยุงลายแห่ง

6. แหล่งรังโรค

6.1 ในช่วง 12 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง 1 เคย 2 ไม่เคย

1. ระบุ วันที่

2. ระบุ วันที่

3. ระบุ วันที่

6.2 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคชิคุนคุนยาในช่วง 12 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

1. ชื่อ อายุ
- วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ อายุ
- วันเริ่มป่วย.....

6.3 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครู ป่วยเป็นโรคชิคุนคุนยาในช่วง 12 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

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

6.4 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคชิคุนคุนยาในช่วง 12 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

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

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคชิคุนคุนยาในช่วง 12 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

1. ชื่อ อายุ
- วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ อายุ
- วันเริ่มป่วย.....

7.2 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครู ป่วยเป็นโรคซิคุนคุนย่าในช่วง 12 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ..... 2 ไม่มี

- ชื่อ..... ที่อยู่.....
วันเริ่มป่วย.....
- ชื่อ..... ที่อยู่.....
วันเริ่มป่วย.....

7.3 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคซิคุนคุนย่าในช่วง 12 วัน หลังวันเริ่มป่วย
ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

- ชื่อ..... ที่อยู่.....
วันเริ่มป่วย.....
- ชื่อ..... ที่อยู่.....
วันเริ่มป่วย.....

ชื่อผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....

วันที่สอบสวน..... โทรศัพท์.....

วันที่รับแจ้ง..... รับแจ้งจาก.....

งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โทร 042-240482