

## แบบสอบถามกลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล ..... เลขที่บัตรประชาชน

อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ.....อาชีพ.....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร  2 ในเขตเทศบาลเมือง  3 ในเขตเทศบาลตำบล  4 ในเขต อบต.

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

ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร  2 ในเขตเทศบาลเมือง  3 ในเขตเทศบาลตำบล  4 ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่

1 ป่วย วินิจฉัยว่าเป็นโรค  1 ไข้หวัดใหญ่  2 ปอดอักเสบ (pneumonia)  3 อื่นๆ ระบุ.....

2 ไม่ป่วย (ข้ามไปถามข้อ 2 (อาการและอาการแสดง) และ ข้อ 4 (ประวัติการสัมผัสโรค))

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

ผลการรักษา  1 กำลังรักษา  2 หาย  3 ตาย  4 ส่งต่อ ระบุ.....

### 2. อาการและอาการแสดง

#### 2.2 อาการและอาการแสดงสำคัญที่พบในผู้ป่วย

ไข้ <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ	คัดจมูก <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ
ไอ <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ	อ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ
หอบ <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ
หายใจเร็ว <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ	ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ
ชายโครงบวม <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ	เยื่อตาอักเสบ <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ
เจ็บหน้าอก <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ	หนาวสั่น <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ
เจ็บคอ <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ	อื่นๆ(ระบุ).....
	.....
	.....
มีเสียง crepitation หรือ bronchial breath sound ในปอด <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ	
เอกซเรย์ปอดพบ infiltration หรือ consolidation <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ	

### 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 เสมหะ เพาะเชื้อแบคทีเรีย

ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ..... เชื้อที่พบ.....

ไม่ได้ส่งตรวจ

#### 3.2 Throat swab culture

ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ..... เชื้อที่พบ.....

ไม่ได้ส่งตรวจ

#### 3.3 เลือด (ระดับภูมิคุ้มกันในซีรัม)

ส่งตรวจ ระยะเฉียบพลัน วันที่ส่งตรวจ..... ผล titer.....

ระยะพักฟื้น วันที่ส่งตรวจ..... ผล titer.....

ไม่ได้ส่งตรวจ

### 4. ประวัติการสัมผัสโรค

#### 4.1 ในระยะ 3 วันก่อน(ป่วย) มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในครอบครัวหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

#### 4.2 ในระยะ 3 วันก่อน(ป่วย) มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่บ้านติดกัน/ละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

#### 4.3 ในระยะ 3 วันก่อน(ป่วย) มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในห้องเรียนหรือสถานที่ทำงานเดียวกันหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

5. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

5.1 ในระยะเวลา 7 วันหลังวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในครอบครัวหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

5.2 ในระยะเวลา 7 วันหลังวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่บ้านติดกัน/ละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

5.3 ในระยะเวลา 7 วันหลังวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในห้องเรียนหรือสถานที่ทำงานเดียวกันหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....

วันที่สอบสวน..... โทรศัพท์.....