

## แบบสอบสวนโรคไขหวัดใหญ่

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล ..... เลขที่บัตรประชาชน ----

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

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

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ภูมิลำเนาบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีเด็กอายุ <15 ปี).....

### 2. ประวัติการเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... ชื่อโรงพยาบาล.....

การวินิจฉัยโรค  ปอดอักเสบ (pneumonia)  อื่น ๆ ระบุ.....

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย วันที่จำหน่าย.....

ตาย วันที่.....  ส่งต่อ ระบุ.....

### 3. อาการและอาการแสดง อาการและอาการแสดงสำคัญที่พบในผู้ป่วย

ไข้	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	หนาวสั่น	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี
ไอ	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี
เจ็บคอ	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี
คัดจมูก	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี
		เยื่อบุตาอักเสบ	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี

### 4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ	ว/ด/ป/ที่เก็บตัวอย่าง	ผลการตรวจ
Throat swab culture		
Serology		
ซีรัมระยะเฉียบพลัน		
ซีรัมระยะพักฟื้น		

## 5. ประวัติการสัมผัสโรค

5.1 ในระยะ 3 วันก่อนป่วย มีผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในครอบครัว หรืออยู่บ้านติดกัน/ สะแวกบ้านเดียวกัน หรืออยู่ในห้องเรียนหรือสถานที่ทำงานเดียวกัน หรือไม่

2 ไม่มี

1 มี ระบุ

1. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
2. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
3. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
4. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
5. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

5.2 ในระยะ 3 วันก่อนป่วยมีการเดินทางไปพักแรมที่อื่นหรือไม่

2 ไม่มี

1 มี สถานที่ไปพัก.....จังหวัด.....ประเทศ.....

วันที่เดินทางกลับ.....เดินทางโดยพาหนะ.....

มีผู้เดินทางหรือพักร่วมในกลุ่มเดียวกันที่มีอาการระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน หรือไม่

2 ไม่มี

1 มี จำนวน.....คน ดังนี้

1. ชื่อ.....อายุ.....ที่อยู่.....
2. ชื่อ.....อายุ.....ที่อยู่.....
3. ชื่อ.....อายุ.....ที่อยู่.....
4. ชื่อ.....อายุ.....ที่อยู่.....
5. ชื่อ.....อายุ.....ที่อยู่.....

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 ในระยะ 7 วันหลังวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในครอบครัว หรืออยู่บ้านติดกัน/ สะแวกบ้านเดียวกัน หรืออยู่ในห้องเรียนหรือสถานที่ทำงานเดียวกัน หรือไม่

2 ไม่มี

1 มี ระบุ

1. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
2. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
3. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
4. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
5. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

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

## แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคทางเดินหายใจที่มีสาเหตุจาก

## ไวรัสอินฟลูเอนซา ไวรัสพาราอินฟลูเอนซา ไวรัสอาร์-เอส ไวรัสอะดีโน

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 โทรสาร 0-2591-2153

(หมายเลขวิเคราะห์.....)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ..... เพศ  ชาย  หญิง อายุ.....ปี .....เดือน.....วัน  
ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....  
วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย..... วัน/เดือน/ปี ที่รับไว้..... วัน/เดือน/ปี ที่จำหน่าย.....  
รับการรักษาที่ ร.พ. .... อำเภอ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์..... HN..... แพทย์ผู้รักษา.....

## ประวัติการรับวัคซีน

ไม่เคย  เคย เมื่ออายุ ..... ปี ..... เดือน, พ.ศ. ....  ฉีดทุกปี

## อาการและการตรวจพบ

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ไข้ อุณหภูมิ ..... °ซ   | <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ     | <input type="checkbox"/> ปวด เมื่อยตามตัว แขน ขา |
| <input type="checkbox"/> มีเสมหะ                 | <input type="checkbox"/> น้ำมูก       | <input type="checkbox"/> หनावสัน                 |
| <input type="checkbox"/> จาม                     | <input type="checkbox"/> ไอ           | <input type="checkbox"/> เจ็บคอ                  |
| <input type="checkbox"/> อาเจียน                 | <input type="checkbox"/> ท้องเดิน     | <input type="checkbox"/> หอบ                     |
| <input type="checkbox"/> ทอนซิลอักเสบ            | <input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบ | <input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบ            |
| <input type="checkbox"/> ปอดอักเสบ               | <input type="checkbox"/> ปอดบวม       | <input type="checkbox"/> Reye's syndrome         |
| <input type="checkbox"/> Guillain Barre syndrome | <input type="checkbox"/> Croup        |  |
| <input type="checkbox"/> อาการอื่น ๆ .....       |                                       |  |

การวินิจฉัย ..... ชื่อ/ชนิดไวรัสที่ต้องการตรวจ .....

## วัตถุประสงค์อย่างส่งตรวจ

เพื่อแยกเชื้อ  throat swab  nasal swab  nasopharyngeal aspirationเพื่อตรวจหาแอนติบอดี  เจาะเลือดครั้งแรก วัน/เดือน/ปี ...../...../..... เจาะเลือดครั้งที่ 2 วัน/เดือน/ปี ...../...../.....

วัน/เดือน/ปี ที่ส่งตัวอย่าง ...../...../.....

ชื่อและที่อยู่ของผู้นำส่งตัวอย่าง	ชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ต้องทราบผล
ชื่อ.....	ชื่อ.....
ที่อยู่.....	ที่อยู่.....
.....	.....
.....	.....
โทรศัพท์ .....	โทรศัพท์ .....
โทรสาร.....	โทรสาร.....

## แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS)

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 โทรสาร 0-2591-2153

(หมายเลขวิเคราะห์.....)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ..... เพศ  ชาย  หญิง อายุ.....ปี ..... เดือน.....วัน  
ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....  
วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย..... วัน/เดือน/ปี ที่รับไว้ ..... วัน/เดือน/ปี ที่จำหน่าย.....  
รับการรักษาที่ ร.พ. .... อำเภอ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์..... HN..... แพทย์ผู้รักษา.....

## อาการและการตรวจพบ

- ไข้สูง อุณหภูมิ .....°ซ  ปวดศีรษะ  ปวดเมื่อยตามตัว แขน ขา  
 ไอ  เจ็บคอ  
 หอบ  หายใจลำบาก

## ผลการเอ็กซเรย์ปอด (Chest X-ray)

- ปอดอักเสบ  ปอดบวม

อาการอื่น ๆ .....  
.....

ประวัติการเดินทางต่างประเทศ : เดินทางกลับจากเมือง.....ประเทศ.....  
เมื่อวันที่..... ถึงประเทศไทยเมื่อวันที่.....

ประวัติการสัมผัสโรค : ใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยเป็นโรคปอดบวมหรือ SARS ที่ .....  
ประเทศ..... ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

## ตัวอย่างส่งตรวจ

- throat swab  nasopharyngeal swab  nasopharyngeal aspiration  
 bronchoalveolar lavage  tracheal aspirate จำนวน.....หลอดเก็บเมื่อ.....  
 clot blood (หรือซีรัม) และ เลือดใน EDTA เก็บครั้งแรก วันที่ .....  
 clot blood (หรือซีรัม) และ เลือดใน EDTA เก็บครั้งที่ 2 วันที่ .....  
 fixed tissues จาก..... เก็บเมื่อวันที่.....  
 fresh frozen tissue จาก..... เก็บเมื่อวันที่.....

วัน/เดือน/ปี ที่ส่งตัวอย่าง ...../...../.....

ชื่อและที่อยู่ของผู้นำส่งตัวอย่าง	ชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ต้องทราบผล
ชื่อ.....	ชื่อ.....
ที่อยู่.....	ที่อยู่.....
.....	.....
.....	.....
โทรศัพท์ .....	โทรศัพท์ .....
โทรสาร.....	โทรสาร.....