

แบบสอบถามไข้เอนเทอริก, ไข้ไทฟอยด์, ไข้พาราไทฟอยด์

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..... วันที่มาโรงพยาบาล.....

ผลการรักษา กำลังรักษา ที่..... หาย เสียชีวิต วันที่.....

ไม่สมัครใจอยู่ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

● ประวัติการรับวัคซีนป้องกันไข้ไทฟอยด์ ไม่เคยได้รับ เคยได้รับเมื่อ

ไม่ทราบ

2. อาการและอาการแสดง

ไข้สูงลอย	<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
ปวดศีรษะ	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	ท้องอืด	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
หนาวสั่น	<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
เบื่ออาหาร	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	ถ่ายเป็นเลือด	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
อาการช็อค	<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
เยื่อช่องท้องอักเสบ	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	ถ่ายเป็นน้ำสี เขียว	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
ตับโต	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	ม้ามโต	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :

ห้องปฏิบัติการที่ตรวจระบุ

.....

- CBC วันที่ตรวจ ผล WBC ลบ./มม.
Widal test วันที่ตรวจ ผล

- เพาะเชื้อจาก :-

สิ่งส่งตรวจ	วันที่ส่งเพาะเชื้อ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						อื่น ระบุ
			Ampi	Tetra	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro	
อุจจาระ		พบเชื้อ ระบุ ไม่พบ							
ปัสสาวะ		พบเชื้อ ระบุ ไม่พบ							
เลือด		พบเชื้อ ระบุ ไม่พบ							
น้ำไขสันหลัง		พบเชื้อ ระบุ ไม่พบ							
ไขกระดูก		พบเชื้อ ระบุ ไม่พบ							
อื่น ๆ ระบุ		พบเชื้อ ระบุ ไม่พบ							

- ส่งตรวจตัวอย่างอาหาร น้ำดื่ม นม อาหารอื่นๆ ที่สงสัย

ชนิดของตัวอย่างส่งตรวจ	แหล่ง	วันที่เก็บ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						อื่น ระบุ
				Ampi	Tetra	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro	
			พบเชื้อ ระบุ ไม่พบ							
			พบเชื้อ ระบุ ไม่พบ							
			พบเชื้อ ระบุ ไม่พบ							
			พบเชื้อ ระบุ ไม่พบ							

4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

- ได้พบแพทย์ ○ พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ○ อื่นๆ ระบุ

- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค ○ Typhoid ○ Paratyphoid ○ อื่นๆ ระบุ.....

- ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

.....

- ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ x ครั้ง วัน

- ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ

5. ปัจจัยเสี่ยง

- ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยเดินทางไปไหนบ้าง

- เดินทาง

1. ไปสถานที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด.....วัน
 ที่.....

2. ไปสถานที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด.....วันที่

- ไม่ได้เดินทาง ○ จำไม่ได้

- ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ มีผู้มาเยี่ยมเยือนหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่

- มีผู้มาเยี่ยม ○ มีผู้มาพักอาศัย ○ ไม่มี

- ผู้ที่มาเยี่ยมเยือนหรือมาพักอาศัย มีใครมีอาการป่วยเหมือนผู้ป่วย

- มีอาการป่วย ○ ไม่มีอาการป่วย ○ ไม่ทราบ

- พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม) ภายใน 3 สัปดาห์

ก่อนการป่วยครั้งนี้ โดยปกติ รับประทานอาหารหรือน้ำดื่มที่ไหน

มื้ออาหาร	สถานที่					
	บ้าน	โรงเรียน	ร้านอาหาร	รถเข็น	หาบเร่	อื่นๆ ระบุ
เช้า						
กลางวัน						
เย็น						
น้ำดื่ม ระบุประเภท แหล่งน้ำดื่มระบุ						
<input type="radio"/> ดื่ม <input type="radio"/> ไม่ดื่ม <input type="radio"/> กรอง <input type="radio"/> ขวดปิดสนิท						

- โอกาสสัมผัส/แพร่โรค
 - ผู้ประกอบอาหารในครอบครัว มีอาการป่วยเช่นเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่
 - ไม่มีอาการป่วย มีอาการป่วยก่อนผู้ป่วย วัน ป่วยหลังผู้ป่วย
 - ไปรับการรักษาที่ ไม่ได้รักษา
 - ในการสอบสวนโรคได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ rectal swab ในผู้ประกอบอาหารหรือไม่
 - ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ ทำการเพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ
ไม่พบเชื้อ

หมายเหตุ “ในครอบครัว” ให้หมายถึงสถานเลี้ยงดูเด็ก สถานสงเคราะห์หรืออื่นๆ ซึ่งมีการอยู่อาศัยร่วมกันจำนวนมาก

6. การค้นหาผู้ป่วยทัยฟอยด์, พาราทัยฟอยด์รายอื่น

- การเพาะเชื้อจากอุจจาระของคนในครอบครัว หรือในสถานที่ที่ที่อยู่อาศัยร่วมกันจำนวนมาก เพื่อตรวจหาเชื้อ S.Typhi S.Paratyphi

ชื่อ - สกุล	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันที่เก็บอุจจาระ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						อาการป่วย		
				Ampi	Tetra	Nokflox	Cotri	Doxy	Cipro	มี	ไม่มี	
			พบเชื้อ ระบุ..... ไม่พบ									
			พบเชื้อ ระบุ..... ไม่พบ									
			พบเชื้อ ระบุ..... ไม่พบ									
			พบเชื้อ ระบุ..... ไม่พบ									
			พบเชื้อ ระบุ..... ไม่พบ									

หมายเหตุ ระยะฟักตัวขึ้นกับจำนวนเชื้อที่ได้รับ ตั้งแต่ 3 วัน – 3 เดือน ปกติ 1 – 3 สัปดาห์

สำหรับ paratyphoid gastroenteritis 1 – 10 วัน

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....

วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....