

## แบบสอบถามโรคบิด

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย..... เลขที่บัตรประชาชน

อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง

อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....สถานที่.....

(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.

วันเริ่มมีอาการ..... วันที่มาโรงพยาบาล.....

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต วันที่.....

ไม่สมัครใจอยู่  ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

### 1. อาการและอาการแสดง

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
ปวดท้องทั่วไป <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	ถ่ายเป็นน้ำ <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
ปวดท้องมากบริเวณ <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	ถ่ายเป็นมูกเลือด <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
ท้องน้อยด้านขวา	คลื่นไส้, อาเจียน <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
ปวดบ่งเวลาถ่ายอุจจาระ <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	ซັก <input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
ถ่ายกระปริดกระปรอย <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

### 2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ห้องปฏิบัติการที่ตรวจระบุ

- ตรวจอุจจาระ (stool examination)

ตรวจวันที่..... ผล WBC .....cell/HPF  ไม่ได้ตรวจ

- ตรวจอุจจาระสด

พบ trophozoites ของ *Entamoeba histolytica*  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจแต่ไม่พบ

• ทำ sigmoidoscope หรือ proctoscope เพื่อดูรอยโรคและเก็บอุจจาระสดตรวจหา trophozoites ของ *Entamoeba histolytica*

ทำพบ trophozoites  ไม่ได้ทำ  ทำแต่ไม่พบ

• เพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ rectal swab ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ

พบเชื้อ *Shigella*  พบเชื้อ *E.coli*  พบเชื้ออื่นๆ ระบุ .....

ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ

• กรณีพบเชื้อ *Shigella* ได้ทดสอบเชื้อคือต่อยาปฏิชีวนะหรือไม่

ไม่ได้ทำการทดสอบ  ทำการทดสอบพบว่าเชื้อคือต่อยา

• กรณีเพาะเชื้อจากอุจจาระ/rectal swab และพบเชื้อ *Shigella* ได้ทดสอบการตอบสนองของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะหรือไม่

<input type="radio"/> ผลการทดสอบการตอบสนองของเชื้อที่เพาะขึ้นต่อยาปฏิชีวนะ						
Tetra.	Cotri.	Ampi.	Norflo.	Doxy.	Cipro.	อื่นๆ ระบุ
<input type="radio"/> ไม่ได้ทำการทดสอบ						

• การตรวจตัวอย่างน้ำ  ส่งตรวจ  ไม่ได้ส่งตัวอย่างน้ำตรวจ

ชนิดตัวอย่างน้ำ	แหล่ง	วันที่เก็บ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						
				Ampi	Tetra	Norflo	Cotri	Doxy	Cipr o	อื่นๆ ระบุ
			พบเชื้อ ระบุ ..... ไม่พบ							
			พบเชื้อ ระบุ ..... ไม่พบ							
			พบเชื้อ ระบุ ..... ไม่พบ							
			พบเชื้อ ระบุ ..... ไม่พบ							

4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....
  - ได้พบแพทย์
  - พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
  - อื่นๆ ระบุ .....
- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค  บิด Amoebiasis  บิด Shigellosis (bacillary dysentery)  
โรคอื่นๆระบุ.....
- ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ระบุ.....

ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ..... x ..... ครั้ง x ..... วัน

ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ

- ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่  ได้รับ  ไม่ได้รับ
- ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ  ได้รับ  ไม่ได้รับ
- ได้ซื้อยามาซื้อ (ปฏิชีวนะ) กินเองก่อนไปรับการรักษาหรือไม่
  - ซื้อยากินเอง ระบุ .....
  - ไม่ได้ซื้อยากินเอง

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- ช่วง 1 วัน – 1เดือน ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีการเดินทางไปไหนบ้าง
  - เดินทาง  
ไปสถานที่.....ตำบล ..... อำเภอ .....
  - จังหวัด.....ระหว่างวันที่.....
  - ไปสถานที่.....ตำบล ..... อำเภอ .....
  - จังหวัด.....ระหว่างวันที่.....
- ไม่ได้เดินทาง  จำไม่ได้
- ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้มีผู้มาเยี่ยมเยือนหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่
  - มีผู้มาเยี่ยม
  - มีผู้มาพักอาศัย
  - ไม่มี
- ผู้ที่มาเยี่ยมเยือนหรือมาพักอาศัย มีใครมีอาการป่วยเหมือนผู้ป่วย
  - มี
  - ไม่มี
  - ไม่ทราบ
- พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม) ภายในช่วง 1 สัปดาห์ (ระยะฟักตัวของ Shigellosis) จนถึง 4 เดือน (ระยะฟักตัวของ Amoebiasis) ก่อนการป่วยครั้งนี้ โดยปกติรับประทานอาหารหรือน้ำดื่มที่ไหน

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

- โอกาสสัมผัส/แพร่โรค
- ผู้ประกอบอาหารในครอบครัว มีอาการป่วยเช่นเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่
  - ไม่มีอาการป่วย      ○ มี ป่วยก่อนผู้ป่วย ..... วัน      ○ มี ป่วยหลังผู้ป่วย..... วัน
  - ไปรับการรักษาที่ .....      ○ ไม่ได้รักษา
- ในการสอบสวนโรคได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ rectal swab ในผู้ประกอบอาหารหรือไม่
  - ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ      ○ ทำการเพาะเชื้อ  พบเชื้อ ระบุ .....  
 ไม่พบเชื้อ

หมายเหตุ “ในครอบครัว” ให้หมายรวมถึงสถานเลี้ยงดูเด็ก สถานสงเคราะห์หรืออื่นๆ ซึ่งมีการอาศัยร่วมกันจำนวนมาก

### 6. การค้นหาผู้ป่วยโรคบิด

โดยเก็บอุจจาระสดตรวจเพื่อหาเชื้อ *E.histolytica* หรือเพาะเชื้อจากอุจจาระ หรือ rectal swab เพื่อหาเชื้อ *Shigella spp.*

ชื่อ - สกุล	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันเก็บอุจจาระ	พบ cysts	พบ trophozoites	พบเชื้อ Shigella	พบเชื้ออื่น ระบุ...	อาการป่วย	
							มี	ไม่มี

หมายเหตุ ระยะฟักตัวของบิด Amoebiasis จาก *Entamoeba histolytica* ประมาณ 2- 3 วัน จนถึงหลายเดือนหรืออาจเป็นปี ๆ ปกติ 2- 3 เดือน  
 ระยะฟักตัวของบิด Shigellosis จาก *Shigella* ประมาณ 12 – 96 ชั่วโมง (ปกติ 1- 3 วัน ) จนถึง 1 สัปดาห์ (หากเป็น *S.dysenteriae* 1)

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