

แบบสอบถามโรคพิษสุนัขบ้า

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน - - - - -
 อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....
 ถ้าเป็นนักเรียน ชั้น.....โรงเรียน.....ที่ตั้งโรงเรียน.....
 ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี).....
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.
 ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.
 วันเริ่มป่วย.....วันที่มาโรงพยาบาล.....วันที่จำหน่าย.....
 ผลการรักษา กำลังรักษา ที่..... ตาย ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ไข้	<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
ชาและเจ็บเสียวบริเวณที่ถูกสัตว์กัด	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	คันอย่างรุนแรงที่แผล/ตามลำตัว	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
กลืนลำบาก ถ่มน้ำลาย	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	กลัวน้ำ กลัวลม	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
Myoedema	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	อัมพาตของแขนขา	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ (ระบุ).....			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในคน

3.1 เนื้อสมอง ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล.....
 ไม่ได้ส่ง
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
 3.2 น้ำลาย ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล.....
 ไม่ได้ส่ง
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
 3.3 น้ำไขสันหลัง ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล.....
 ไม่ได้ส่ง
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

- 3.4 ปัสสาวะ ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล.....
 ไม่ได้ส่ง
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.5 ปมรากผม ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล.....
 ไม่ได้ส่ง
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.6 ผิวหนังบริเวณท่ายทอย ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล.....
 ไม่ได้ส่ง
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.7 เซลล์กระจกตา ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล.....
 ไม่ได้ส่ง
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

4. การปฏิบัติในช่วงที่ถูกสัตว์กัด (หรือเมื่อสัมผัสเชื้อ)

4.1 การดูแลบาดแผล

- การล้างแผล ล้างด้วยน้ำสบู่ ล้างด้วยน้ำเฉยๆ
 ไม่ได้ล้างแผล เพราะ.....
ไม่ทราบ

การเย็บแผล เย็บ ที่..... ไม่ได้เย็บ เพราะ..... ไม่ทราบ

4.2 ประวัติการฉีดซีรัม และวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้เสียชีวิต

- การฉีดซีรัม ฉีดจำนวน.....หน่วยสากล (IU) ระบุ.....
 ไม่ได้ฉีด ไม่ทราบ
 ซีรัมม้า (ERIG) ซีรัมคน (HRIG)

วันที่ฉีด.....สถานที่ฉีด.....ตำแหน่งที่ฉีด.....

วิธีการฉีด.....Lot. No.

การฉีดวัคซีน

ฉีด จำนวน.....ครั้ง ระบุ.....

- HDCV Lot. No. PCEC Lot. No.
 VERO – RAB Lot. No. PDRV Lot. No.

วันหมดอายุ.....วันที่เริ่มฉีดวัคซีน.....

ขนาดที่ใช้ ครั้งละ.....ซีซี

วิธีฉีด เข็มกล้ามเนื้อ (I.M.) ในผิวหนัง (I.D)

ฉีดในวันที่ 0 3 7 14 30 อื่นๆ ระบุ.....

ปฏิกริยาระหว่างฉีดวัคซีน

- มีอาการปกติ บวมที่บริเวณฉีด ปวดศีรษะ ไข้สูง
 ปัสสาวะลำบาก อัมพาต ถึงแก่กรรม
อื่นๆ ระบุ.....

5. ประวัติการสัมผัสโรค

5.1 วัน เดือน ปี และสถานที่รับเชื้อ

ถูกกัด/รับเชื้อ เมื่อวันที่..... ที่

- เป็นหมู่บ้านชุมชนเมือง
- เป็นหมู่บ้านรอบๆ เขตเมือง
- เป็นหมู่บ้านในชนบท

5.2 ลักษณะของการรับเชื้อ

- ถูกกัด
- ถูกข่วน
- ถูกน้ำลาย
- คลุกคลีใกล้ชิดสัตว์
- ไม่ทราบ

5.3 สภาพของแผล

- มีแผล จำนวน.....แผล
- ไม่มีแผล
- ไม่ทราบ

แผลลึก มีเลือดออก.....แผล ตำแหน่งแผล.....

- แผลหนังขาด มีเลือดออก.....แผล ตำแหน่งแผล.....

- แผลถูกข่วน มีเลือดออก.....แผล ตำแหน่งแผล.....

- แผลถูกข่วน ไม่มีเลือดออก.....แผล ตำแหน่งแผล.....

อื่นๆ ระบุ.....

5.4 รายละเอียดของสัตว์ที่กัด

ชนิดสัตว์ สุนัข แมว ไม่ทราบ อื่นๆ ระบุ.....

ลักษณะของสัตว์ อายุ ประมาณ.....ปี.....เดือน มีเจ้าของ ไม่มีเจ้าของ ไม่ทราบ

ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครั้งสุดท้ายในสัตว์

- น้อยกว่า 1 เดือน
- ภายใน 1-6 เดือน

- มากกว่า 6-12 เดือน
- มากกว่า 1 ปี

- ไม่เคย
- ไม่ทราบ

ถ้าสัตว์เคยได้รับวัคซีน ได้รับจาก

- คลินิกสัตว์
- โรงพยาบาลสัตว์
- รถหน่วยปศุสัตว์

- อาสาสมัคร
- เจ้าของสัตว์ฉีดเอง
- ไม่ทราบแน่ชัดว่าจากที่ใด

การส่งหัวสัตว์ตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์

- ส่ง
- ไม่ได้ส่ง
- ไม่ทราบ

ส่งไปตรวจที่.....

ผลการตรวจ.....

6. ผู้สัมผัสโรครายอื่น

6.1 ผู้สัมผัสโรคจากสัตว์ตัวเดียวกัน

มีผู้ถูกกัด.....คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว.....คน

มีผู้ถูกน้ำลาย.....คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว.....คน

มีผู้ถึงแก่กรรมจากสัตว์ตัวเดียวกันนี้กัด

- มี ชื่อ-สกุล.....

- ไม่มี

6.2 ผู้สัมผัสโรคจากผู้ป่วยรายนี้

สัมผัสน้ำลายโดยไม่มีแผล.....คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว.....คน

สัมผัสน้ำลายโดยมีแผลหรือถูกผู้ป่วยกัด.....คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว.....คน

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรค (Incubation period) ที่เชื่อถือได้สั้นที่สุด 7 วัน ยาวนานที่สุด 3 ปี
(โดยเฉลี่ย 30-90 วัน)

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