

## แบบสอบถามโรคสุกใส

### 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน -  
อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ.....  
ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....  
.....จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร  2 ในเขตเทศบาลเมือง  3 ในเขตเทศบาลตำบล  4 ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร  2 ในเขตเทศบาลเมือง  3 ในเขตเทศบาลตำบล  4 ในเขต อบต.

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น..... โรงเรียน.....  
ตั้งอยู่หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่  1 ป่วย วัคซีน.....  2 ไม่ป่วย

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

ผลการรักษา  1 กำลังรักษา  2 หาย  3 เสียชีวิต  4 ไม่สมัครอยู่  5 ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

### 2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

สถานที่รักษาในปัจจุบัน.....H.N. ....

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

ไข้  มี.....°C  ไม่มี  ไม่ทราบ

ผื่น  มี  ไม่มี

ลักษณะของผื่น ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ผื่นแดง(papule)

ตุ่มใส(vesicle)

แผลตกสะเก็ด(granular scab)

### 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ตรวจระดับ Neutralizing Antibody Titer ต่อ Varicella Zoster Virus

เจาะเลือดครั้งที่ 1 วันที่เจาะ..... ผล titer .....

เจาะเลือดครั้งที่ 2 วันที่เจาะ..... ผล titer .....

2. ELISA TEST เจาะเลือดวันที่.....ผลการตรวจ.....

3. TZANCK TEST ผลการตรวจพบ Multinucleated giant cell  พบ  ไม่พบ

4. ประวัติการรักษา

เมื่อป่วยด้วยโรคสุกใสครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

- ไป ระบุชื่อสถานบริการ.....วันที่.....
- ไม่เคยไป

ประวัติการรับวัคซีน

DOSE 1  ได้เมื่อ.....  ไม่ได้  ไม่ทราบ

DOSE 2  ได้เมื่อ.....  ไม่ได้  ไม่ทราบ

มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่  มี  ไม่มี

5. ประวัติการสัมผัสโรค (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

5.1 ในช่วง 17 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดสุกใสหรือไม่

เคย  ไม่เคย

1. ชื่อ .....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....  
ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ .....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....  
ประวัติการรับวัคซีน .....

5.2 ในช่วง 17 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

มี  ไม่มี

1. ชื่อ .....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....  
ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ .....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....  
ประวัติการรับวัคซีน .....

5.3 ในช่วง 17 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

มี  ไม่มี

1. ชื่อ .....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....  
ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ .....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....  
ประวัติการรับวัคซีน .....

6. มีผู้สัมผัสใกล้ชิดในช่วง 5วันที่ผ่านมา นับจากวันที่ผู้ป่วยรายนี้เริ่มมีตุ่มใสหรือไม่

มี  ไม่มี

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ชื่อ .....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....  
ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ .....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....  
ประวัติการรับวัคซีน .....

6.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน

1. ชื่อ .....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....  
ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ .....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....  
ประวัติการรับวัคซีน .....

6.3 ผู้สัมผัสในชุมชน

1. ชื่อ .....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....  
ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ .....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....  
ประวัติการรับวัคซีน .....

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....  
ที่ทำงาน.....  
วันที่ได้รับแจ้ง.....ผู้แจ้ง.....  
วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....

งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 042-240482