

แบบสอบถามกลุ่มอาการอุจจาระร่วงอย่างแรง

แบบ E.I. 1/30

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย..... เลขที่บัตรประชาชน

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....

สถานที่ทำงาน.....

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น..... โรงเรียน..... ที่ตั้งของโรงเรียน.....

ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด.....

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

หากย้ายภูมิลำเนา ณ ที่อยู่ปัจจุบันนี้ เป็นเวลา.....ปี.....เดือน

วันเริ่มอาการท้องเสีย.....เวลา.....น.

วันที่มาโรงพยาบาล.....เวลา.....น.

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

ไม่สมัครใจอยู่ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

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
คลื่นไส้	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	เหงื่อออกมาก	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
อาเจียน	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	แน่นหน้าอก	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
ตะคริว	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	ใจสั่น	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
ถ่ายอุจจาระเหลว	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	ซารอบปาก/เพดาน	<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	น้ำลายไหล	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
ถ่ายมีมูก	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	รู้สึกสับสน	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
ถ่ายมีเลือด	<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
ไข้	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	อาการอื่นๆ ระบุ.....	
หนาวสั่น	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ		

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ ระบุ.....

- ตรวจอุจจาระอย่างง่ายและรวดเร็ว (screening test) ด้วยกล้องจุลทรรศน์
 - พบเชื้อ ระบุ.....
 - ไม่พบเชื้อ
 - ไม่ได้ตรวจ
- เพาะเชื้อจากอุจจาระ หรือ rectal swab
 - ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ
 - ไม่ได้เพาะเชื้อ
 - เชื้อที่เพาะขึ้น ระบุ.....
 - ไม่พบเชื้อ
 - ไวต่อยาปฏิชีวนะ.....
 - หลังให้ยาปฏิชีวนะครบแล้ว
 - ไม่ได้เพาะเชื้อ
 - เชื้อที่เพาะขึ้น ระบุ.....
 - ไม่พบเชื้อ
 - ไวต่อยาปฏิชีวนะ.....
- ผลการตรวจจากอาหาร น้ำ และสิ่งแวดล้อม

ชนิดตัวอย่าง	แหล่ง	วันที่เก็บ	เชื้อที่เพาะขึ้น (ระบุ)	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ					
				Tetra	Bactrim	Ampi	Norfox	Doxy	
			เชื้อ..... ไม่พบ						
			เชื้อ..... ไม่พบ						
			เชื้อ..... ไม่พบ						
			เชื้อ..... ไม่พบ						
			เชื้อ..... ไม่พบ						

4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 - ได้พบแพทย์
 - พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - อื่นๆ ระบุ.....
- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค.....
- ยาปฏิชีวนะ.....
 - ได้รับ ระบุ.....ขนาด..... Xครั้ง วัน
 - ไม่ได้รับยา
 - ไม่ทราบ
- ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่ ได้รับ ไม่ได้รับ
- ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ได้รับ ไม่ได้รับ
- ได้ซื้อยามาซื้อ (ปฏิชีวนะ) กินเองก่อนไปรับการรักษาหรือไม่
 - ซื้อ ระบุ.....
 - ไม่ได้ซื้อ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- ประวัติการรับประทานอาหารและน้ำช่วง 5 วันก่อนเริ่มป่วย

	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น
วันที่.....			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
วันที่.....			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหาร			
วันที่.....			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหาร			
วันที่.....			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหาร			
วันที่.....			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหาร			
วันที่.....			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			

น้ำดื่ม : ระบุแหล่งน้ำ..... ไม่ดื่ม ดื่ม
 กรอง ขวดปิดสนิท

น้ำใช้ : ระบุแหล่งน้ำ.....

ส้วม : ที่บ้านใช้ส้วม ระบุ..... ไม่มีส้วมใช้ มีส้วมแต่ไม่ใช้

- อาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วยครั้งนี้

ระบุ.....
วันที่รับประทาน.....เวลา.....น.
ชื่อจากแหล่ง ระบุ.....

- ผู้ประกอบอาหารมือที่สงสัยนั้น
ระบุ.....
สถานที่รับประทาน.....
- จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหารมือที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ..... คน
 - มีอาการป่วยเหมือนผู้ป่วย..... คน
 - ไม่มีใครมีอาการป่วย
- ในช่วง 5 วัน ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีการเดินทางไปไหนบ้าง
 - การเดินทาง
 - 1) ไปสถานที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
วันที่กลับ.....
 - 2) ไปสถานที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
วันที่กลับ.....
 - ไม่ได้เดินทาง จำไม่ได้
- ในช่วง 5 วัน ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ มีผู้มาเยี่ยมเยียนหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่
 - มีผู้มาเยี่ยม มีผู้มาพักอาศัย ไม่มี
- ผู้มาเยี่ยม/พักอาศัย มีใครป่วยด้วยอาการท้องเสียบ้างหรือไม่
 - มีอาการท้องเสีย ไม่มีอาการท้องเสีย ไม่ทราบ

6. การค้นหาและติดตามผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง (ในช่วง 5 วันก่อนการเริ่มป่วย จนถึง 10 วันหลังการป่วยของผู้ป่วยรายนี้)

- การค้นหาผู้สัมผัส/ผู้ป่วยรายอื่นในครอบครัว โดยการเก็บอุจจาระเพาะเชื้อ/ rectal swab

ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันที่เก็บอุจจาระ	เชื้อที่เพาะขึ้น (ระบุ)	ยาปฏิชีวนะที่ให้		อาการป่วย	
				ชื่อยา	ขนาดที่ให้	มี (ระบุวันเริ่มป่วย)	ไม่มี
			เชื้อ ไม่พบ		/...../.....	
			เชื้อ ไม่พบ		/...../.....	
			เชื้อ ไม่พบ		/...../.....	
			เชื้อ ไม่พบ		/...../.....	
			เชื้อ ไม่พบ		/...../.....	
			เชื้อ ไม่พบ		/...../.....	
			เชื้อ ไม่พบ		/...../.....	
			เชื้อ ไม่พบ		/...../.....	

- การค้นหาผู้สัมผัส/ผู้ป่วยรายอื่นในสถานที่เรียน/ทำงานร่วมกัน และในชุมชน

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันที่เก็บอุจจาระ	เชื้อที่เพาะขึ้น (ระบุ)	ยาปฏิชีวนะที่ให้		อาการป่วย	
					ชื่อยา	ขนาดที่ให้	มี (ระบุวันเริ่มป่วย)	ไม่มี
1				เชื้อ..... ไม่พบ		/...../... ...	
2				เชื้อ..... ไม่พบ		/...../... ...	
3				เชื้อ..... ไม่พบ		/...../... ...	
4				เชื้อ..... ไม่พบ		/...../... ...	
5				เชื้อ..... ไม่พบ		/...../... ...	

หมายเหตุ : ระยะเวลาฟักตัวของ Severe diarrhea จาก *Vibrio cholerae* serogroup 01 ตั้งแต่ 2-3 ชั่วโมง จนถึง 5 วัน

ปกติ 2-3 วัน

-ระยะเวลาฟักตัวของเชื้อ E.coli

- Enterohemorrhagic E.coli (EHEC) 2-8 วัน
- Enterotoxigenic E.coli (ETEC) 10-12 ชั่วโมง โดยปกติ 24-72 ชั่วโมง
- Enteroinvasive E.coli (EIEC) 10-18 ชั่วโมง
- Enteropathogenic E.coli (EPEC) 9-12 ชั่วโมง
- Enteroaggregative (EaggEC) 20-48 ชั่วโมง
- Diffuse – Adherence E.coli (DAEC) ยังไม่ทราบแน่ชัด

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....

วันที่สอบสวน..... โทรศัพท์.....

งานระบาดวิทยา กลุ่มสนับสนุนงานวิชาการ 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โทรศัพท์ 042-240482