

แบบสอบถามโรคแอนแทรกซ์

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน - - - - -

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ..... ศาสนา.....

มีอาการป่วยหรือไม่ มี ไม่มี (ถ้าไม่มีข้ามไปตอบข้อ 5 และ ข้อ 6)

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี).....

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

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย ตาย ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

2.1 ระบบทางเดินอาหาร เริ่มมีอาการ วันที่..... เวลา.....

ไข้	<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
คลื่นไส้	<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
ท้องร่วง	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ (ระบุ).....	
ถ่ายเป็นเลือด	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	

2.2 Oro - pharynx เริ่มมีอาการ วันที่..... เวลา.....

คอบวม	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	กลืนลำบาก	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
เสียงแหบ	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	หายใจลำบาก	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
อื่นๆ (ระบุ).....			
.....			

2.3 ผิวหนัง เริ่มมีอาการ วันที่..... เวลา.....

ตุ่มหนอง	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	แผล eschar	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ
ต่อมน้ำเหลือง	<input type="radio"/> บวม <input type="radio"/> ไม่บวม <input type="radio"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ (ระบุ).....	
	ถ้าบวม ตำแหน่ง.....	
	

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 ย้อมสีกรัม ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล.....
 ไม่ทำ

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

3.2 เพาะเชื้อแบคทีเรีย ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล.....
 ไม่ทำ

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

4. การรักษา

ซื้อยากินเอง ชื่อยา..... รักษาด้วยยาสมุนไพร
 ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล ที่.....วันที่.....เดือน.....ปี.....

ยาปฏิชีวนะที่ใช้..... เริ่มวันที่.....

5. ประวัติการสัมผัสโรค

5.1 ในระยะ 7 วัน ก่อนมีการ สัมผัสซาก เนื้อ หรือผลิตภัณฑ์ของสัตว์ที่สงสัยว่าตายด้วยโรคแอนแทรกซ์ หรือไม่

มี ระบุ..... ไม่มี
ฆ่าและซากสัตว์ ระบุชนิดสัตว์..... วันที่.....เดือน.....ปี.....เวลา.....

สถานที่ฆ่าและ.....

ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์.....

เป็นสัตว์ในท้องที่ นำมาจาก.....

หั่นเนื้อประกอบอาหาร ระบุชนิดสัตว์.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....เวลา.....

รับประทาน ระบุชนิดสัตว์.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....เวลา.....

ระบุวิธีประกอบอาหาร.....

5.2 ในระยะ 7 วัน ก่อน(ป่วย) มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกัน หรือไม่

มี ระบุ ไม่มี

ชื่อ.....ที่อยู่.....

วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....ที่อยู่.....

วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

5.3 ในระยะ 7 วัน หลังวันเริ่มป่วย มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกัน หรือไม่

มี ระบุ ไม่มี

ชื่อ.....ที่อยู่.....

วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....ที่อยู่.....
วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 ผู้ที่ร่วมชำแหละซากสัตว์

ชื่อ.....
ที่อยู่.....

บุคคลที่ได้รับแจก/ซื้อเนื้อสัตว์ตัวเดียวกัน

ชื่อ.....
ที่อยู่.....

ชื่อ.....
ที่อยู่.....

6.2 ผู้ที่ร่วมชำแหละซากสัตว์

ชื่อ.....
ที่อยู่.....

บุคคลที่ได้รับแจก/ซื้อเนื้อสัตว์ตัวเดียวกัน

ชื่อ.....
ที่อยู่.....

ชื่อ.....
ที่อยู่.....

6.3 ผู้ที่ร่วมชำแหละซากสัตว์

ชื่อ.....
ที่อยู่.....

บุคคลที่ได้รับแจก/ซื้อเนื้อสัตว์ตัวเดียวกัน

ชื่อ.....
ที่อยู่.....

ชื่อ.....
ที่อยู่.....

หมายเหตุ : ระยะเวลาฟักตัวของโรค (Incubation period) 1-7 วัน

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....

โทรศัพท์.....