

แบบสอบถามโรคเยื่อตาอักเสบ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน

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

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

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

ซอย..... ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ที่อยู่ภูมิลำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย..... ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

กรณีเป็นนักเรียน โรงเรียน..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย..... ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ป่วย วินิจฉัย..... ไม่ป่วย

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

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ตาแดง	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ	ขี้ตา	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ
เลือดออกที่เยื่อตา	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ	ปวดตา	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ		<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	วันที่ส่ง	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
น้ำเหลืองครั้ง1				
น้ำเหลืองครั้ง2				
Conjunctival swab	Virus isolation			

4. การรักษา

สถานที่รักษา	ยาที่ให้	วันที่เริ่มให้	ผลการรักษา

5. ปัจจัยเสี่ยง/ พฤติกรรมเสี่ยง

อาศัยอยู่กับผู้ป่วยตาแดง	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ
ใช้ของร่วมกัน	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ

6. ประวัติการสัมผัสโรค/ผู้ป่วยรายอื่น

6.1 ในระยะ วัน ก่อนวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในบ้าน ละแวกบ้านเดียวกัน หรือ โรงเรียน และมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ที่อยู่	วันเริ่มป่วย

6. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด

7.1 ในระยะเวลา วันหลังวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในบ้านเดียวกัน สัมผัสกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	มีอาการหรือไม่ (บรรยาย)	วันเริ่มป่วย

ชื่อผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....

วันที่สอบสวน..... โทรศัพท์.....

งานระบาดวิทยา กลุ่มสนับสนุนวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โทรศัพท์ 042-240482