

แบบสอบถามใช้กาฬหลังแอ่น

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

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ 1 ป่วย วินิจฉัย

2 ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

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

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

2. อาการและอาการแสดง

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย.....^oC ชีพจร.....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต..... ม.ม./ปรอท

การรู้สึกตัว

ผิวหนัง

หู คอ จมูก

ปอด

หัวใจ

ท้อง

ตับ คลำได้ ขนาด..... ไม่ได้

ม้าม คลำได้ ไม่ได้

คอแข็ง (stiff neck) มี ไม่มี

อื่น ๆ

ไข้	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
หนาวสั่น	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
อาเจียน	<input type="checkbox"/> 1 มี ลักษณะอาเจียนพุ่ง.	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ผื่น (skin rash)	<input type="checkbox"/> 1 มี ระบุลักษณะ	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
.....			
กระสับกระส่าย	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
เพ้อ (delirium)	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
เขียว (cyanosis)	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
จ้ำเลือด (purpura)	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ช็อค	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ.....			
.....			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 CBC (วันที่.....) WBC=..... N=.....%, L=.....%, Eo=.....%

Mo=.....% Ba.....% plt=..... RBC=.....

3.2 hemoculture (วันที่.....) ผล.....

3.3 ปัสสาวะ (วันที่.....) ผล.....

3.4 CSF Gram stain (วันที่.....) ผล.....

3.5 CSF culture (วันที่.....) ผล.....

ผล serogroup

3.6 drug sensitivity ผล.....

.....

3.7 อื่น ๆ

.....

4. การรักษา

ซื้อยารับประทานเอง เมื่อวันที่.....

ได้แก่ยาอะไรบ้าง.....

ไปคลินิก..... เมื่อวันที่.....

ได้แก่ยาอะไรบ้าง.....

ไปโรงพยาบาล เมื่อวันที่.....

ได้แก่ยาอะไรบ้าง.....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ประวัติการสัมผัสโรค (10 วันก่อนป่วย)

- การไปเที่ยวสถานเริงรมย์ เคย ที่..... .. 2 ไม่เคย
- การไปทำพิธีฮัจน์ (ตนเอง/บุคคลในครอบครัว) เคย ที่..... .. 2 ไม่เคย
- เคยเดินทางไปไหน (10 วันก่อนป่วย) หรือไม่
ระบุตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
สภาพพื้นที่ 1 ชุมชนแออัด 2 ทუნา 3 อื่น ๆ ระบุ.....
มีผู้มาเยี่ยมหรือไม่ 1 ไม่มี 2 มี ระบุ.....
มีการสัมผัสใกล้ชิดกับชาวต่างชาติ 1 มี ชาติ..... 2 ไม่มี

5.2 บุคคลที่ผู้ป่วยไปสัมผัสก่อนป่วย

ผู้สัมผัสในบ้าน

อันดับ	ชื่อ	อายุ (ปี)	เพศ	กิจกรรมที่ทำ	วันที่	อาการป่วย	หมายเหตุ
1							
2							
3							
4							
5							

ผู้สัมผัสที่.....

อันดับ	ชื่อ	อายุ (ปี)	เพศ	กิจกรรมที่ทำ	วันที่	อาการป่วย	หมายเหตุ
1							
2							
3							
4							
5							

5.3 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

- สภาพบ้าน/โรงเรียน/เรือนจำ 1 ไปร่ง 2 แออัด
สภาพการถ่ายเทอากาศ 1 ถ่ายเท 2 ไม่ถ่ายเท
- สภาพที่ทำงาน 1 ไปร่ง 2 แออัด
สภาพการถ่ายเทอากาศ 1 ถ่ายเท 2 ไม่ถ่ายเท

- อื่น ๆ ระบุ

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น/ผู้สัมผัส

อันดับ	ชื่อ	อายุ (ปี)	เพศ	ทำกิจกรรมเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร	ทำ THROAT/ NASOPHARYNGEAL SWAB CULTURE	ผล	หมายเหตุ
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....

วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....

งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โทร 042-240482