

แบบสอบถามกลุ่มอาการเชื้อหุ้มสมองอักเสบ/ใช้สมองอักเสบ

1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ

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

อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

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

อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ป่วย วินิจฉัย ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

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

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ไม่สมัครอยู่ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ประวัติการได้รับวัคซีน ได้ข้อมูลจาก

JE ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไม่ได้รับ

ไม่ทราบ

DTP ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไม่ได้รับ

ไม่ทราบ

BCG ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไม่ได้รับ

ไม่ทราบ

อื่น ๆ ระบุ ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไข้	<input type="checkbox"/> 1	มี	<input type="checkbox"/> 2	ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9	ไม่ทราบ
ปวดศีรษะรุนแรง	<input type="checkbox"/> 1	มี	<input type="checkbox"/> 2	ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9	ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> 1	มี	<input type="checkbox"/> 2	ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9	ไม่ทราบ
ชักแข็งเกร็ง	<input type="checkbox"/> 1	มี	<input type="checkbox"/> 2	ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9	ไม่ทราบ
คอแข็ง	<input type="checkbox"/> 1	มี	<input type="checkbox"/> 2	ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9	ไม่ทราบ
หลังแข็ง	<input type="checkbox"/> 1	มี	<input type="checkbox"/> 2	ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9	ไม่ทราบ
ความรู้สึกสับสน (confusion)	<input type="checkbox"/> 1	มี	<input type="checkbox"/> 2	ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9	ไม่ทราบ
ไม่รู้สึกรู้ตัว	<input type="checkbox"/> 1	มี	<input type="checkbox"/> 2	ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9	ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ						

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 เจาะเลือด (C.B.C.) วันที่.....

ผลจำนวนเม็ดเลือดขาว..... ต่อ ลบ.มม.

Neutrophil.....%..(ค่าปกติ 55 - 75%) Lymphocyte.....%..(ค่าปกติ 20 - 35%)

Eosinophil.....%..(ค่าปกติ 1 - 3%) Monocyte.....%..(ค่าปกติ 2 - 6%)

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากโลหิต 1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ทำ

3.2 เจาะน้ำไขสันหลัง (C.S.F.) วันที่.....

ลักษณะของน้ำไขสันหลัง 1 ชุ่น 2ใส

จำนวนเซลล์ (Blood Count).....ต่อ ลบ.มม.

Neutrophil.....%

Lymphocyte.....%

น้ำตาล.....mg% protein.....mg%

ย้อมเชื้อจากน้ำไขสันหลัง 1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ทำ

ตรวจ Indian ink 1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ทำ

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากน้ำไขสันหลัง 1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ทำ

3.3 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา

● HI test เจาะเลือด ระยะ Acute เมื่อวันที่.....

ผล.....

เจาะเลือดระยะ Convalescence เมื่อวันที่.....

ผล.....

● ELISA IgM น้ำเหลือง 1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ตรวจ

น้ำไขสันหลัง 1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ตรวจ

● IFA น้ำเหลือง 1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ตรวจ

น้ำไขสันหลัง 1 ทำวันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ตรวจ

4. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งที่..... วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับจากการตรวจรักษาครั้งแรก

.....
.....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

- 1 ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ 2 ทำงานในโรงฆ่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา
ทำมาเป็นระยะเวลา
ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....
- 3 อื่น ๆ (ระบุ)

5.2 ประวัติการสัมผัสโรค

● เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

- | | | | | | | |
|-------------|----------------------------|-----|----------------------------|-----|----------------------------|-------------|
| หอยโข่ง | <input type="checkbox"/> 1 | สุก | <input type="checkbox"/> 2 | ดิบ | <input type="checkbox"/> 3 | ดิบ ๆ สุก ๆ |
| หอยเชอร์รี่ | <input type="checkbox"/> 1 | สุก | <input type="checkbox"/> 2 | ดิบ | <input type="checkbox"/> 3 | ดิบ ๆ สุก ๆ |
| | <input type="checkbox"/> 1 | สุก | <input type="checkbox"/> 2 | ดิบ | <input type="checkbox"/> 3 | ดิบ ๆ สุก ๆ |
| | <input type="checkbox"/> 1 | สุก | <input type="checkbox"/> 2 | ดิบ | <input type="checkbox"/> 3 | ดิบ ๆ สุก ๆ |
| | <input type="checkbox"/> 1 | สุก | <input type="checkbox"/> 2 | ดิบ | <input type="checkbox"/> 3 | ดิบ ๆ สุก ๆ |

● เกี่ยวกับการสัมผัส สัตว์เศรษฐกิจ และสัตว์อื่น ๆ ภายใน 30 วันก่อนป่วย

- | | | | | | | |
|------------------|----------------------------|----|----------------------------|-------|----------------------------|---------|
| เลี้ยงสุกร | <input type="checkbox"/> 1 | มี | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 | ไม่ทราบ |
| ทำงานโรงฆ่าสัตว์ | <input type="checkbox"/> 1 | มี | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 | ไม่ทราบ |
| ขายเนื้อสุกร | <input type="checkbox"/> 1 | มี | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 | ไม่ทราบ |
| ฆ่าสุกร | <input type="checkbox"/> 1 | มี | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 | ไม่ทราบ |
| ขนส่งสุกรมีชีวิต | <input type="checkbox"/> 1 | มี | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 | ไม่ทราบ |

ได้สัมผัสกับสัตว์

- | | | | | |
|-------------------|----------------------------|-----|----------------------------|--------|
| หมู | <input type="checkbox"/> 1 | เคย | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่เคย |
| ม้า | <input type="checkbox"/> 1 | เคย | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่เคย |
| ค่างคาว | <input type="checkbox"/> 1 | เคย | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่เคย |
| นกพิราบ | <input type="checkbox"/> 1 | เคย | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่เคย |
| อื่น ๆ ระบุ | | | | |

5.3 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

- สภาพบ้าน มีมุ้งลวดรอบบ้านหรือไม่ 1 มี 2 ไม่มี
นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่ 1 มี 2 ไม่มี
- บริเวณรอบบ้าน มีทุ่งนาหรือไม่ 1 มี 2 ไม่มี
มีคอกสัตว์หรือไม่ 1 มี ระบุชนิดสัตว์..... 2 ไม่มี
- ในหมู่บ้าน มีฟาร์ม/คอกสัตว์หรือไม่ 1 มี ระบุชนิดสัตว์..... 2 ไม่มี
มีค่างคาวกินผลไม้ชุกชุมหรือไม่ 1 มี ระบุบริเวณ..... 2 ไม่มี
มีนกพิราบ/นกเขาชุกชุมหรือไม่ 1 มี ระบุบริเวณ..... 2 ไม่มี
- เคยเดินทางไปไหน (ภายใน 30 วันก่อนป่วย) หรือไม่
 - ระบุ ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
สภาพพื้นที่ 1 ทุ่งนา 2 คอกสัตว์ 3 อื่น ๆ (ระบุ).....

▪ ระบุ ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
สภาพพื้นที่ 1 หุ่นา 2 คอกสัตว์ 3 อื่น ๆ (ระบุ).....

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

6.1 ผู้ป่วยรายอื่น ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย

- มีสมาชิกในบ้านที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่บ้านติดกันและละแวกบ้านเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่โรงเรียน/ที่ทำงาน เดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

6.2 ผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

ชื่อ..... อายุ..... เพศ.....

ชื่อ..... อายุ..... เพศ.....

ชื่อ..... อายุ..... เพศ.....

ชื่อ..... อายุ..... เพศ.....

ชื่อผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....

วันที่สอบสวน..... โทรศัพท์.....