

แบบสอบสวนโรคคางทูม

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน ----

อายุ.....ปี เพศ 1 ชาย 2 หญิง อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนถนนตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น.....โรงเรียน.....

ตั้งอยู่หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ 1 ป่วย วินิจฉัย 2 ไม่ป่วย

2. ประวัติการเจ็บป่วย

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

ผลการรักษา 1 กำลังรักษา 2 หาย 3 เสียชีวิต วันที่.....

4 ไม่สมัครอยู่ 5 ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

สถานที่รักษาในปัจจุบัน.....H.N.

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

ปวดบวมที่บริเวณต่อมน้ำลาย ① มี วันที่ ระบุข้าง ② ไม่มี

ประเภทของต่อมน้ำลายที่บวมปวด

- ต่อมน้ำลายหน้าหู (parotid gland)
- ต่อมน้ำลายใต้ลิ้น (sublingual gland)
- ต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกร (submaxillary gland)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

- อัมพาตอวัยวะ รังไข่อักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ สมองอักเสบ
- ภาวะหูหนวก.....ข้าง เส้นประสาทอักเสบ ข้ออักเสบ ไทรอยด์อักเสบ
- เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกัน

	วันที่เจาะ	วันที่ส่ง	titer
เจาะเลือดครั้งที่ 1
เจาะเลือดครั้งที่ 2

การตรวจด้วยวิธี ELISA TEST

วันที่เจาะเลือด.....ผลการตรวจ.....

การแยกเชื้อไวรัสคางทูม

เก็บตัวอย่างจาก น้ำลาย เลือด ปัสสาวะ น้ำไขสันหลัง

วันที่เก็บตัวอย่าง.....

ผลการตรวจ.....

4. ประวัติการได้รับวัคซีน

MMR 1 ได้ ไม่ได้ ไม่ทราบ วันที่ได้รับวัคซีน.....
MMR 2 ได้ ไม่ได้ ไม่ทราบ วันที่ได้รับวัคซีน.....
มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ ① มี ② ไม่มี

5. ประวัติการสัมผัสโรค (ประวัติการรับวัคซีน ให้ตอบเป็นจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

5.1 ในช่วง 25 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีผู้ที่ป่วยด้วยโรคคางทูมที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

① มี ระบุ ② ไม่มี

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่.....โทร.....
2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่.....โทร.....

5.2 ในช่วง 25 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีผู้ที่ป่วยด้วยโรคคางทูมที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

① มี ระบุ ② ไม่มี

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่.....โทร.....
2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่.....โทร.....

6. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ก่อนที่ผู้ป่วยรายนี้จะมีอาการปวดบวมที่ต่อมน้ำลายและ 9 วันหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการปวดบวมที่ต่อมน้ำลายหรือไม่ (จุดมุ่งหมายเพื่อทราบรายชื่อบุคคลที่อาจติดเชื้อจากผู้ป่วยรายนี้)

① มี ระบุ ② ไม่มี

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่.....โทร.....
2. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่.....โทร.....

6.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่.....โทร.....
2. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่.....โทร.....

6.3 ผู้สัมผัสในชุมชน

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่.....โทร.....
2. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่.....โทร.....

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ๆ (จุดมุ่งหมายเพื่อทราบว่า มีผู้ป่วยรายอื่นในชุมชนหรือไม่)

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่.....โทร.....
2. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่.....โทร.....

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....
ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคคางทูม (Mump)

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 โทรสาร 0-2591-2153

(หมายเลขวิเคราะห์.....)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี เดือน.....
วัน

ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย..... วัน/เดือน/ปี ที่รับไว้ วัน/เดือน/ปี ที่จำหน่าย.....

รับการรักษาที่ ร.พ. อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์..... HN..... แพทย์ผู้รักษา.....

ประวัติการรับวัคซีน

ไม่เคย เคย เมื่ออายุ ปี เดือน พ.ศ.

อาการและการตรวจพบ

ไข้ ° ซ ไตอักเสบ (Nephritis)

ต่อมไทรอยด์อักเสบ ตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis)

อัมพาตอักเสบ/รังไข่อักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningo encephalitis)

อาการอื่น ๆ ระบุ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เม็ดเลือดขาว/มล. PMN% L..... %

เม็ดเลือดแดง/มล.

การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ

วัน/เดือน/ปี ที่เจาะเลือดครั้งแรก/...../.....

วัน/เดือน/ปี ที่เจาะเลือดครั้งที่ 2/...../.....

วัน/เดือน/ปี ที่ส่งตัวอย่าง/...../.....

ชื่อและที่อยู่ของผู้นำส่งตัวอย่าง	ชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ต้องทราบผล
ชื่อ.....	ชื่อ.....
ที่อยู่.....	ที่อยู่.....
.....
.....
โทรศัพท์	โทรศัพท์
โทรสาร.....	โทรสาร.....