

## แบบสอบถามวันโรคปอด

### 1. ข้อมูลทั่วไป

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

อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ ..... อาชีพ .....

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่

ป่วย วินิจฉัยว่าเป็นโรค  วันโรคปอด  วันโรคของอวัยวะอื่น (ระบุ).....

ไม่ป่วย {ข้ามไปตามข้อ 2 (อาการและอาการแสดง) และ ข้อ 4 (ประวัติการสัมผัสโรค)}

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

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  ตาย  ส่งต่อ ระบุ.....

### 2. อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงสำคัญที่พบในผู้ป่วย

ไอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มีทราบ	ไอมีเสมหะปนเลือด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มีทราบ
ไอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มีทราบ	อ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มีทราบ
เจ็บหน้าอก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มีทราบ	เหงื่อออกกลางคืน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มีทราบ
น้ำหนักลด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่มีทราบ	อื่นๆ(ระบุ).....

### 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 ตรวจเสมหะวิธี direct smear (AFB)

ส่งตรวจ ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

ครั้งที่ 3 วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

ไม่ได้ส่งตรวจ

#### 3.2 เพาะเชื้อจากเสมหะ

ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ..... เชื้อที่พบ.....

ไม่ได้ส่งตรวจ

#### 3.3 เพาะเชื้อจากแหล่งอื่นๆ ได้แก่

เลือด  ไม่ได้ส่งตรวจ  ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

น้ำใจสั่นหลัง  2 ไม่ได้ส่งตรวจ  1 ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

.....

น้ำจากช่องเยื่อหุ้มปอด  2 ไม่ได้ส่งตรวจ  1 ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

.....

น้ำล้างกระเพาะอาหาร  2 ไม่ได้ส่งตรวจ  1 ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

.....

ปัสสาวะ  2 ไม่ได้ส่งตรวจ  1 ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

.....

อุจจาระ  2 ไม่ได้ส่งตรวจ  1 ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

.....

#### 4. ประวัติการสัมผัสโรค

4.1 ในระยะ 1- 3เดือนก่อน (ป่วย) มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในครอบครัวหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

4.2 ในระยะ 1-3 เดือนก่อน(ป่วย) มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่บ้านติดกัน/ละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

4.3 ในระยะ 1- 3เดือนก่อน (ป่วย) มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในห้องเรียนหรือสถานที่ทำงานเดียวกันหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

รักษาที่.....

5. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

5.1 ในระยะเวลา 12 เดือนหลังวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในครอบครัวหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

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

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

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

5.2 ในระยะเวลา 12 เดือนหลังวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่บ้านติดกัน/ละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

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

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

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

5.3 ในระยะเวลา 12 เดือนหลังวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในห้องเรียนหรือสถานที่ทำงานเดียวกันหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

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

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

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

ชื่อผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

วันที่สอบสวน..... วันรับรายงาน.....