

แบบสอบถามโรคหัด

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 ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.

ในกรณีเป็นผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น..... โรงเรียน.....

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

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ 1 ป่วย วินิจฉัย 2 ไม่ป่วย

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

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

2. ประวัติการเจ็บป่วยในครั้งนี้

ไข้	1. มี เริ่มวันที่.....	2. ไม่มี
ไอ	1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
ตาแดง	1. มี เริ่มวันที่.....	2. ไม่มี
ผื่น	1. มี เริ่มวันที่.....	2. ไม่มี
น้ำมูกไหล	1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
ขณะมีผื่นยังมีไข้หรือไม่	1. มี	2. ไม่มี
อาการแทรกซ้อน ปวดอักเสบ	1. มี เริ่มวันที่.....	2. ไม่มี
อุจจาระร่วง	1. มี เริ่มวันที่.....	2. ไม่มี
หูน้ำหนวก	1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
สมองอักเสบ	1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี

3. ปัจจัยเสี่ยง

3.1 เคยป่วยเป็นโรคหัดหรือไม่ 1. เคย เมื่อ..... สถานที่รักษา

2. ไม่เคย

3.2 เคยฉีดวัคซีนหัดหรือไม่ 1. เคย จำนวน เข็ม ครั้งสุดท้ายเมื่อ..... สถานที่ฉีดวัคซีน

2. ไม่เคย

3.3 น้ำหนัก.....ก.ก.

- 3.4 ผู้ป่วยมีภาวะขาดอาหารหรือไม่
- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. ขาดอาหารระดับที่ 1 | 2. ขาดอาหารระดับที่ 2 |
| 3. ขาดอาหารระดับที่ 3 | 4. ปกติ |

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 4.1 เพื่อแยกเชื้อ [] Heparinized blood
 [] Nasal swab/Throat swab
- 4.2 เพื่อตรวจแอนติบอดี [] Serum [] CSF
 เจาะครั้งแรก วันที่.....
 เจาะครั้งที่ 2 วันที่.....

5. แหล่งรังโรค / ผู้ป่วยรายอื่น

- 5.1 ในช่วง 1- สัปดาห์ สัมผัสกับผู้สงสัยป่วยเป็นโรคหัดหรือไม่ ระบุ
1. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....
 2. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....
- 5.2 มีผู้ป่วยโรคหัดรายอื่น ๆ ในละแวกบ้านหรือไม่
- 1 ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....
 ประวัติการได้รับวัคซีน.....ที่อยู่.....
 2. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....
 ประวัติการได้รับวัคซีน.....ที่อยู่.....

6. ผู้สัมผัส

- 6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน
- 1ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน.....
 2ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน.....
- 6.2 ผู้สัมผัสในชุมชน
- 1ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน.....
 2ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน.....
- 6.3 ผู้สัมผัสในโรงเรียน
- นักเรียนชั้นจำนวน.....คน
 นักเรียนชั้นจำนวน.....คน
 นักเรียนชั้นจำนวน.....คน

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