

แบบสอบถามโรคหัดเยอรมันในครรภ์มารดา

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.

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน 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. ประวัติการรักษา

เมื่อป่วยด้วยหัดเยอรมันครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

ไป ระบุชื่อสถานบริการ..... วันที่.....

ไม่เคยไป

3. ข้อมูลการเจ็บป่วย

สถานที่รักษาในปัจจุบัน.....H.N.

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

น้ำหนักน้อย หัวใจพิการ ตาเป็นต้อข้างเดียว ตาเป็นต้อ 2 ข้าง

ตับโต ม้ามโต ตัวเหลือง ผื่นที่ผิวหนัง

มารดาของผู้ป่วยมีประวัติออกผื่นขณะตั้งครรภ์.....เดือน

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจเพื่อหา Specific Rubella IgM Antibody

วันที่เจาะเลือด.....ผลการตรวจ.....

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....

วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....

งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โทร 042-240482