

## แบบสอบสวนโรคหัดเยอรมัน

### 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.

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 ข้อมูลการเจ็บป่วย

สถานที่รักษาในปัจจุบัน..... H.N. ....

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

ไข้  ไม่มี  มี..... องศา ซ วันที่เริ่มมีไข้.....

ผื่นแดงเฉียบพลัน  ไม่มี  มี

ตำแหน่งที่มีผื่น  ทั้งตัว  ที่บริเวณ(ระบุ).....

ระยะเวลาที่ผื่นขึ้นจนถึงผื่นหาย..... วัน

ต่อมน้ำเหลืองโต  หลังหู  ท้ายทอย

ปวดข้อ  ไม่มี  มี

ข้ออักเสบ  ไม่มี  มี

เยื่อบุตาอักเสบ  ไม่มี  มี

กรณีเป็นผู้ป่วยมีครรภ์ขณะนี้ตั้งครรภ์..... เดือน

### 3 ประวัติโรคหัดเยอรมัน

เมื่อป่วยด้วยหัดเยอรมันครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

1. ไป ระบุชื่อสถานบริการ..... วันที่.....  2. ไม่เคยไป

MMR 1  ได้ เมื่อ .....  ไม่ได้  ไม่ทราบ

MMR 2  ได้ เมื่อ .....  ไม่ได้  ไม่ทราบ

มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่  มี  ไม่มี

#### 4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกันด้วยวิธี HI TEST

	วันที่เจาะ	วันที่ส่ง	titer
เจาะเลือดครั้งที่ 1	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
เจาะเลือดครั้งที่ 2	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

การตรวจเพื่อหา Specific Rubella IgM Antibody

วันที่เจาะเลือด.....ผลการตรวจ.....

การแยกเชื้อไวรัสหัดเยอรมันจาก  สิ่งส่งตรวจจากช่องคอ  น้ำกัวค

ผลการตรวจ.....

#### 4. ประวัติการสัมผัสโรค (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

5.1 ในช่วง 23 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันหรือไม่

เคย  ไม่เคย

1. ชื่อ ..... อายุ..... เพศ.....

วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน .....

2. ชื่อ ..... อายุ..... เพศ.....

วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน .....

5.2 ในช่วง 23 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

มี  ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ..... เพศ.....

วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน .....

2. ชื่อ ..... อายุ..... เพศ.....

วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน .....

5.3 ในช่วง 23 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกัน

หรือไม่

มี  ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ..... เพศ.....

วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน .....

2. ชื่อ ..... อายุ..... เพศ.....

วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน .....

6. มีผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายนี้ในช่วง 7 วันก่อนมีผื่นขึ้นและ 4 วันหลังมีผื่นขึ้น

มี  ไม่มี

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

- ชื่อ ..... อายุ..... เพศ.....  
วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน .....
- ชื่อ ..... อายุ..... เพศ.....  
วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน .....

6.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน

- ชื่อ ..... อายุ..... เพศ.....  
วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน .....
- ชื่อ ..... อายุ..... เพศ.....  
วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน .....

6.3 ผู้สัมผัสในชุมชน

- ชื่อ ..... อายุ..... เพศ.....  
วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน.....  
.....
- ชื่อ ..... อายุ..... เพศ.....  
วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน.....  
.....
- ชื่อ ..... อายุ..... เพศ.....  
วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน.....  
.....
- ชื่อ ..... อายุ..... เพศ.....  
วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน.....  
.....

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