

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

เยื่อตาอักเสบ 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 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันหรือไม่

เคย ไม่เคย

1. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....

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

2. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....

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

5.2 ในช่วง 23 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

มี ไม่มี

1. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....

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

2. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....

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

5.3 ในช่วง 23 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกัน

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

1. ชื่อ อายุ..... เพศ.....
วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน
2. ชื่อ อายุ..... เพศ.....
วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

6.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน

1. ชื่อ อายุ..... เพศ.....
วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน
2. ชื่อ อายุ..... เพศ.....
วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

6.3 ผู้สัมผัสในชุมชน

1. ชื่อ อายุ..... เพศ.....
วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน.....
.....
2. ชื่อ อายุ..... เพศ.....
วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน.....
.....
3. ชื่อ อายุ..... เพศ.....
วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน.....
.....
4. ชื่อ อายุ..... เพศ.....
วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน.....
.....

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