

แบบสอบสวนกลุ่มอาการไวรัสตับอักเสบเฉียบพลัน

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....เลขที่บัตรประชาชน ---

อายุ.....ปี    วันเดือนปีเกิด...../...../.....    เพศ ① ชาย ② หญิง

อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....สถานที่.....

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น.....โรงเรียน.....ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

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

เป็นผู้ป่วย ① ผู้ป่วยนอก ② ผู้ป่วยใน วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ผลการรักษา ① กำลักรักษา ② หาย ③ เสียชีวิต วันที่..... สาเหตุการเสียชีวิต.....

④ ไม่สมัครใจอยู่ ⑤ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

ประวัติการเจ็บป่วย/การรับวัคซีน/ปัจจัยเสี่ยง

● เคยป่วยเป็นโรคดีซ่าน ① เคย ② ไม่เคย

● ประวัติการตรวจเลือดเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบ

① ไม่ได้ตรวจ ② ตรวจ เมื่อ พ.ศ..... ผลการตรวจ .....

พบ anti HAV IgM

พบ anti HCV

พบ HBs Ag

พบ anti HB IgM

พบ anti HDV IgG

พบ HCV RNA

พบ anti HB IgG

พบ anti HEV IgM

อื่น ๆ ระบุ.....

● ประวัติการรับวัคซีนป้องกันตับอักเสบนิต เอ

① ไม่ได้รับ

② ได้รับ เมื่อวันที่ .....

● ประวัติการรับวัคซีนป้องกันตับอักเสบนิต บี

① ไม่ได้รับ

② ได้รับเข็ม 1 เมื่อวันที่ .....

ได้รับเข็ม 2 เมื่อวันที่ .....

ได้รับเข็ม 3 เมื่อวันที่ .....

● ประวัติการรับเลือด ① เคย เมื่อไร .....

② ไม่เคย

● ประวัติการสัก หรือเจาะหู เจาะฝังเครื่องประดับร่างกาย

① เคยสัก

② เคยเจาะหู

③ ไม่เคยสัก

④ ไม่เคยเจาะหู

2. อาการและอาการแสดง

ตัวเหลือง ตาเหลือง	①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	ซีมลง	①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ
ไข้ > 38°C	①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	อาเจียน	①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ
อ่อนเพลีย	①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	ปวดแน่นท้อง/ท้องอืด	①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ
ครั่นเนื้อ ครั่นตัว	①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม	①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ
เบื่ออาหาร	①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	จุดแน่นบริเวณใต้ชายโครงขวา	①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ
คลื่นไส้	①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	บวม ท้องมาน	①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ
อะอะ ไวยวาย	①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	Prothrom time > 4 วินาที	
สับสน	①มี ②ไม่มี ③ไม่ทราบ	อื่น ๆ .....	

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ห้องปฏิบัติการที่ตรวจระบุ .....

- ซีรั่ม เจาะเลือดครั้งแรก วันที่ ..... ผลการตรวจ ..... ทราบผลวันที่ .....
- เจาะเลือดครั้งสอง วันที่ ..... ผลการตรวจ ..... ทราบผลวันที่ .....
- ผลการตรวจตัวอย่างน้ำ

ชนิดตัวอย่างน้ำ	แหล่งที่เก็บ	วันที่เก็บ	ผลการตรวจเพาะเชื้อ	วันที่ทราบผล
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	

4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
- ① ได้พบแพทย์ ② พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ③ อื่น ๆ ระบุ .....
- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค .....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- ร่วมงานเลี้ยง/เทศกาล ① ร่วม ระบุงาน.....สถานที่.....วันที่...../...../.....
- ② ไม่รวม

- ประวัติการรับประทานอาหาร นม และน้ำโดยปกติหรือในช่วง 1 เดือน

① ดื่มนมสดระบุชนิดของนม..... แหล่งผลิตนมระบุ .....
① ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ
② ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี ① ต้ม ② พาสเจอร์ไรส์ ③ สเตอริไลซ์
② กินผักดิบระบุ .....
③ กินไอศกรีม แหล่งที่ซื้อ ระบุ .....
④ ปกติดื่ม น้ำ ระบุ .....แหล่งน้ำดื่ม .....
① ต้ม ② ไม่ต้ม ③ กรอง ④ ขวดปิดสนิท
⑤ หอยนางรมดิบ ① เคยกิน ② ไม่เคยกิน



## แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคไวรัสตับอักเสบ

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 โทรสาร 0-2591-2153

(หมายเลขวิเคราะห์.....)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ..... เพศ  ชาย  หญิง อายุ.....ปี .....เดือน.....วัน  
ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....  
วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย..... วัน/เดือน/ปี ที่รับไว้..... วัน/เดือน/ปี ที่จำหน่าย.....  
รับการรักษาที่ ร.พ. .... อำเภอ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์..... HN..... แพทย์ผู้รักษา.....

ประวัติเดิม  เคย/เคยป่วย ด้วยโรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด..... เมื่อ วัน/เดือน/ปี .....  
 ไม่เคย/เคยรับเลือด/ผลิตภัณฑ์จากเลือดจำนวน..... unit. เมื่อ วัน/เดือน/ปี .....

ประวัติ  ต้มสุรา  ไม่ต้มสุรา

ประวัติการรับวัคซีน  เคยรับวัคซีน..... ครั้ง เมื่อ วัน/เดือน/ปี ...../...../..... จาก.....  
ไวรัสตับอักเสบบี เมื่อ วัน/เดือน/ปี ...../...../..... จาก.....  
 เคยรับวัคซีน..... ครั้ง เมื่อ วัน/เดือน/ปี ...../...../..... จาก.....  
ไวรัสตับอักเสบบี เมื่อ วัน/เดือน/ปี ...../...../..... จาก.....  
เมื่อ วัน/เดือน/ปี ...../...../..... จาก.....  
 ไม่เคย

## อาการและการตรวจพบ

- ไข้ อ่อนเพลีย ..... °ซ นาน..... วัน  ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม  เบื่ออาหาร  
 ตาเหลือง-ตัวเหลือง  อ่อนเพลีย  คันตามตัว  
 เจ็บแน่นบริเวณท้อง, ท้องอืด  คลื่นไส้, อาเจียน  อุจจาระสีซีด  
 อาการอื่นๆ (ระบุ) .....

## ผลจากห้องปฏิบัติการเบื้องต้น

- Bilirubin .....mg/dl  Alk. phosphatase .....units  
 HBsAg .....  SGOT .....units  
 Total protein .....mg/dl  SGPT .....units  
 Anti-HBc .....  Albumin .....mg/dl  
 อื่นๆ .....

## วัตถุตัวอย่างส่งตรวจ

- ซีรัม เจาะเลือดครั้งแรก วัน/เดือน/ปี ที่เก็บ..... เวลา.....  
เจาะเลือดครั้งที่สอง วัน/เดือน/ปี ที่เก็บ..... เวลา.....  
 พลาสมา

## ต้องการส่งตรวจ

- ไวรัสตับอักเสบบี  Anti HAV-IgG  Anti HAV-IgM  
 ไวรัสตับอักเสบบี  HBsAg  Anti-HBs  HBeAg  
 Anti HBc-IgG  Anti HBc-IgM  
 ไวรัสตับอักเสบซี  Anti HCV-IgG  Anti HCV-IgM  \*HCV-RNA  
 ไวรัสตับอักเสบดี  Anti-HDV  
 ไวรัสตับอักเสบบี  Anti-HEV  \*HEV-RNA

วัน/เดือน/ปี ที่ส่งตัวอย่าง .....

ชื่อและที่อยู่ของผู้นำส่งตัวอย่าง	ชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ตรงทราบผล
ชื่อ.....	ชื่อ.....
ที่อยู่.....	ที่อยู่.....
.....	.....
.....	.....
โทรศัพท์.....	โทรศัพท์.....
โทรสาร.....	โทรสาร.....