

## แบบสอบถามใช้เลือดออก

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน

อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....

ที่อยู่ขณะป่วยที่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน ..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่.....

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ..... ถนน .....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่  ป่วยวินิจฉัย .....  ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

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

ผลการรักษา  กำจัดรักษา  หาย  เสียชีวิต  ไม่สมัครอยู่  ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นระบุ.....

### 2 อาการและอาการแสดง

ไข้/ไข้สูงเฉียบพลัน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกระดูกหรือข้อต่อ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นแดง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกตามผิวหนัง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกทางอวัยวะภายใน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตับโตมักกดเจ็บ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีภาวะช็อก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
<b>Tourniquet test</b>	<input type="checkbox"/> ผลบวก	<input type="checkbox"/> ผลลบ	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ .....			

### 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

- จำนวนเม็ดเลือดขาว < 5,000 เซลล์ / ลูกบาศก์มิลลิเมตร  
 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  ไม่มี
- เกล็ดเลือด < 100,000 เซลล์ / ลูกบาศก์มิลลิเมตร  
 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  ไม่มี
- ฮีมาโตคริต > 40  
 มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  ไม่มี

#### 3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

- PCR  มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  ไม่มี
- การแยกเชื้อ  มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  ไม่มี
- HI ตรวจน้ำเหลืองคูกู  มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  ไม่มี  
ตรวจน้ำเหลืองเดี่ยว  มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  ไม่มี
- EIA  มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ.....  ไม่มี
- อื่น ๆ ระบุ.....

### 4 การรักษา

- ไปรับการรักษาที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- การวินิจฉัย.....
- การรักษา.....

### 5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- แหล่งเพาะพันธุ์ุงลาย

§ ในบ้านผู้ป่วย CI = .....%

จำนวนภาชนะในบ้านที่สำรวจ ..... ภาชนะ พบลูกน้ำุงลาย ..... ภาชนะ  
จำนวนภาชนะนอกบ้านที่สำรวจ..... ภาชนะ พบลูกน้ำุงลาย..... ภาชนะ

§ รอบบ้านผู้ป่วยในรัศมี 100 เมตร CI = .....% HI = .....% BI = .....%

จำนวนภาชนะในบ้านที่สำรวจ ..... ภาชนะ พบลูกน้ำุงลาย ..... ภาชนะ  
จำนวนภาชนะนอกบ้านที่สำรวจ..... ภาชนะ พบลูกน้ำุงลาย..... ภาชนะ  
จำนวนบ้านที่สำรวจ ..... หลังคาเรือน พบลูกน้ำุงลาย ..... หลังคาเรือน

§ ในโรงเรียนที่ผู้ป่วยเรียน CI = .....%

จำนวนภาชนะภายในอาคาร..... ภาชนะ พบลูกน้ำุงลาย ..... ภาชนะ  
จำนวนภาชนะภายนอกอาคาร..... ภาชนะ พบลูกน้ำุงลาย ..... ภาชนะ

§ ในวัด / ศูนย์เด็กเล็ก CI = .....%

จำนวนภาชนะทั้งหมดที่สำรวจ..... ภาชนะ พบลูกน้ำุงลาย ..... ภาชนะ

§ แหล่งเพาะพันธุ์ุงลายอื่น ๆ นอกจากภาชนะที่มนุษย์ทำขึ้น เช่น น้ำขังบนกาบใบพืช CI = .....%

จำนวนแหล่งเพาะพันธุ์ทั้งหมดที่สำรวจ..... แหล่ง พบลูกน้ำุงลาย ..... แหล่ง

## 6 แหล่งรังโรค

6.1 ในช่วง 14 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง  เคย  ไม่เคย

1. ระบุ..... ช่วงวันที่ .....
2. ระบุ..... ช่วงวันที่ .....

6.2 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

มี ระบุ  ไม่มี

1. ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

6.3 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครู ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

มี ระบุ  ไม่มี

1. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

6.4 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย

ของผู้ป่วยรายนี้

มี ระบุ  ไม่มี

1. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

## 7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

มี ระบุ  ไม่มี

1. ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....

7.2 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครู ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

มี ระบุ  ไม่มี

1. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

7.3 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย

ของผู้ป่วยรายนี้

มี ระบุ  ไม่มี

1. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....