

**แบบสอบถามโรคบิด**

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

อายุ.....ปี 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.....

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

④ ไม่สมัครใจอยู่ ⑤ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

**2. อาการและอาการแสดง**

ไข้ $T > 38.5^{\circ}\text{C}$	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ถ่ายเหลวนาน	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ปวดท้อง ท้องอืด	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	เกินกว่า 2 สัปดาห์	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ปวดท้องมาก(Spasmodic)	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ถ่ายเป็นน้ำ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ปวดแบ่งเวลาถ่ายอุจจาระ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ถ่ายเป็นมูกเลือด	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
คลื่นไส้, อาเจียน	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	หนาวสะท้าน	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ซັก	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	(Cramy cold)	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ถ่ายกระปริดกระปรอย	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	อื่น ๆ ระบุ.....	

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ห้องปฏิบัติการที่ตรวจระบุ .....**

- ตรวจอุจจาระ (stool examination)
  - ① ตรวจวันที่ ..... ผล WBC .....cell/HPF ② ไม่ได้ตรวจ
- ตรวจอุจจาระสด
  - ① พบ trophozoites ของ *Entamoeba histolytica* ② ตรวจแต่ไม่พบ ③ ไม่ได้ตรวจ
- ทำ sigmoidoscope หรือ proctoscope เพื่อดูรอยโรคและเก็บอุจจาระสดตรวจหา trophozoites ของ *Entamoeba histolytica*
  - ① ทำพบ trophozoites ② ทำแต่ไม่พบ ③ ไม่ได้ทำ
- เพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ rectal swab culture ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ
  - ① เพาะเชื้อระบุในตาราง ② ทำแต่ไม่พบเชื้อ ③ ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ

- กรณีเพาะเชื้อจากอุจจาระ/rectal swab culture ผลพบเชื้อก่อโรค ได้ทดสอบการตอบสนองของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะหรือไม่

① ผลการทดสอบการตอบสนองของเชื้อที่เพาะขึ้นต่อยาปฏิชีวนะ

เชื้อที่พบ	Tetra.	Cotri.	Ampi.	Norflox.	Doxy.	Cipro.	อื่น ๆ ระบุ

② ไม่ได้ทำการทดสอบ

- ตรวจสอบตัวอย่างน้ำ ① ส่งตรวจ ② ไม่ได้ส่งตรวจ

ชนิดตัวอย่างน้ำ	แหล่ง	วันที่เก็บ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						
				Ampi	Tetra	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro	อื่น ๆ ระบุ
			<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 ① บิด Amoebiasis ② บิด Shigellosis (bacillary dysentery) ③ โรคอื่น ๆ ระบุ.....
- ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ระบุ .....
- ① ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ..... x ..... ครั้ง x ..... วัน
- ② ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ
- ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORT/ORS) หรือไม่ ① ได้รับ ② ไม่ได้รับ
- ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ① ได้รับ ② ไม่ได้รับ
- ได้ซื้อยามาเชื้อ (ปฏิชีวนะ) กินเองก่อนไปรับการรักษาหรือไม่
  - ① ซื้อยากินเอง ระบุ .....
  - ② ไม่ได้ซื้อยากินเอง



6. การค้นหาผู้ป่วยโรคบิดรายอื่น

โดยเก็บอุจจาระสดตรวจเพื่อหาเชื้อ *E.histolytica* หรือเพาะเชื้อจากอุจจาระ หรือ rectal swab เพื่อหาเชื้อ *Shigella spp.*

ชื่อ - สกุล	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันเก็บอุจจาระ	พบ cysts	พบ trophozoites	พบเชื้อ <i>Shigella</i>	พบเชื้ออื่น ๆ ระบุ.....	อาการป่วย	
							มี	ไม่มี

หมายเหตุ ระยะฟักตัวของบิด Amoebiasis จาก *Entamoeba histolytica* ประมาณ 2 - 3 วัน จนถึงหลายเดือนหรืออาจเป็นปี ๆ ปกติ 2 - 4 เดือน ระยะฟักตัวของบิด Shigellosis จาก *Shigella* ประมาณ 12 - 96 ชั่วโมง (ปกติ 1 - 3 วัน) จนถึง 1 สัปดาห์ (หากเป็น *S.dysenteriae* 1)

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