

แบบสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย.....เลขที่บัตรประชาชน C - C C C C - C C C C C - C C - C
 อายุ.....ปี เพศ C ชาย C หญิง อาชีพ.....
 ลักษณะงานที่ทำ.....สถานที่ทำงาน.....
 (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น.....โรงเรียน.....ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน..... ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....
 C ในเขตเทศบาลนคร C ในเขตเทศบาลเมือง C ในเขตเทศบาลตำบล C ในเขต อบต.
 ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....
 C ในเขตเทศบาลนคร C ในเขตเทศบาลเมือง C ในเขตเทศบาลตำบล C ในเขต อบต.
 วันเริ่มอาการ.....เวลา.....น. วันที่มาโรงพยาบาล.....เวลา.....น.
 ผลการรักษา C กำลังรักษา C หาย C เสียชีวิต วันที่.....
 C ไม่สมัครใจอยู่ C ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ถ่ายเป็นน้ำ	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ	ไข้	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ
ถ่ายเหลว	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ
ถ่ายมีมูก	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ	ตะคริวที่ท้อง	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ
ถ่ายมีเลือด	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ	ปวดมวนท้อง	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ
ปวดท้อง	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ	ตะคริวที่ขา	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ
ท้องผูก	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ	อ่อนเพลีย	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ
คลื่นไส้อาเจียน	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ	ความดันโลหิตต่ำ	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ
อาหารไม่ย่อย	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ	อัมพาต	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ
ปากแห้ง	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ	เห็นภาพซ้อน	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ
เหงื่อออกตัวเย็น	C มี	C ไม่มี	C ไม่ทราบ	อาการอื่นๆ ระบุ.....			

3.ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ ระบุวันที่ส่งตรวจ.....

- อาหารที่ส่งเพาะเชื้อ C เพาะเชื้อ พบเชื้อ C เพาะเชื้อ ไม่ขึ้น C ไม่ได้เพาะเชื้อ
ระบุ
- เพาะเชื้อจากอุจจาระ C เพาะเชื้อ พบเชื้อ C เพาะเชื้อ ไม่ขึ้น C ไม่ได้เพาะเชื้อ
ระบุ
- เพาะเชื้อจาก rectal swab C เพาะเชื้อ พบเชื้อ C เพาะเชื้อ ไม่ขึ้น C ไม่ได้เพาะเชื้อ
ระบุ
- เพาะเชื้อจากอวัยวะอื่น C เพาะเชื้อ พบเชื้อ C เพาะเชื้อ ไม่ขึ้น C ไม่ได้เพาะเชื้อ
ระบุ
- ทดสอบการสร้างสารพิษ C พบสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น C ไม่พบสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น
ของเชื้อที่เพาะขึ้น C ไม่ได้ทดสอบ

4.การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
C ได้พบแพทย์ C พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข C อื่นๆ ระบุ
- ยาปฏิชีวนะ
C ได้รับ ระบุ C ไม่ได้รับ C ไม่ทราบ
- ป่วยครั้งนี้ได้ซื้อยาฆ่าเชื้อ (ปฏิชีวนะ) กินเองก่อนไปรับการรักษาหรือไม่
C ซื้ ระบุ C ไม่ได้ซื้อ
- ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่ C ได้รับ C ไม่ได้รับ C ไม่ทราบ
- ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ C ได้รับ C ไม่ได้รับ C ไม่ทราบ

5.ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหาร/อาหารว่าง/ขนม/นมสดหรืออื่นๆ) ช่วง 3 วัน ก่อนป่วย

<p>C กินเนื้อสัตว์ดิบ ระบุ ชนิด</p> <p>C กินอาหารทะเลดิบ ระบุ ชนิด.....</p> <p>C กินอาหารค้างมือโดยไม่ได้อุ่น ระบุ</p> <p>C ดื่มนมสดระบุชนิดของนม..... แหล่งผลิตนมระบุ</p> <p style="padding-left: 20px;">C ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ</p> <p style="padding-left: 20px;">C ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี C ต้ม C พาสเจอร์ไรส์ C สเตอริไลซ์</p> <p>C กินขนมระบุ</p> <p>C ปกติดื่มน้ำ C ต้ม C ไม่ต้ม C กรอง C ขวดปิดสนิท</p>	<p>C กินเนื้อสัตว์สุกๆ ดิบๆ ระบุ ชนิด.....</p> <p>C กินอาหารทะเลสุกๆ ดิบๆ ระบุ ชนิด</p> <p>C กินอาหารอื่นๆ ระบุ</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- ประวัติการรับประทานอาหารช่วง 3 วันก่อนเริ่มป่วย

	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			

- อาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วยครั้งนี้
(ระบุ)
- วันที่รับประทาน เวลา น. ซื้อจากแหล่ง ระบุ
- จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหารที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ คน
C มีอาการเหมือนผู้ป่วย..... คน C ไม่มีใครมีอาการป่วย

6.การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น : ในสถานที่เดียวกันและช่วงเวลาใกล้เคียงกัน กับการป่วยของผู้ป่วย

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างส่งตรวจ วันที่เก็บ			วันที่เริ่มมีอาการป่วยคล้ายผู้ป่วย	ไม่มีอาการ
		ตัวอย่าง	อุจจาระ .../.../...	Rectal swab .../.../...		
1.		พบ เชื้อ..... ไม่พบ	พบ เชื้อ..... ไม่พบ	พบ เชื้อ..... ไม่พบ		
2		พบ เชื้อ..... ไม่พบ	พบ เชื้อ..... ไม่พบ	พบ เชื้อ..... ไม่พบ		
3		พบ เชื้อ..... ไม่พบ	พบ เชื้อ..... ไม่พบ	พบ เชื้อ..... ไม่พบ		
4		พบ เชื้อ..... ไม่พบ	พบ เชื้อ..... ไม่พบ	พบ เชื้อ..... ไม่พบ		
5		พบ เชื้อ..... ไม่พบ	พบ เชื้อ..... ไม่พบ	พบ เชื้อ..... ไม่พบ		
6		พบ เชื้อ..... ไม่พบ	พบ เชื้อ..... ไม่พบ	พบ เชื้อ..... ไม่พบ		

หมายเหตุ ระยะเวลาฟักตัวของ *Staphylococcus aureus* 30 นาที - 8 ชั่วโมง โดยปกติ 2-4 ชั่วโมง
 ระยะเวลาฟักตัว *Clostridium perfringens* 6-24 ชั่วโมง โดยปกติ 10-12 ชั่วโมง
 ระยะเวลาฟักตัวของ *Bacillus cereus* 1-6 ชั่วโมง ในรายที่มีอาการอาเจียน ส่วนในรายที่มีอาการท้องเสีย
 ระยะเวลาฟักตัวอยู่ในช่วง 6-24 ชั่วโมง
 ระยะเวลาฟักตัวของ *Vibrio parahaemolyticus* 12-24 ชั่วโมง หรือในช่วง 3-30 ชั่วโมง
 ระยะเวลาฟักตัวของ *Vibrio vulnificus* 12 ชั่วโมง - 3 วัน ภายหลังจากกินอาหารทะเลที่ไม่ได้ทำให้สุกก่อน โดย
 เฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเรื้อรังอยู่ก่อน เกิดปัญหา septicemia
 ระยะเวลาฟักตัวของ *Clostridium botulinum* สำหรับอาการทางระบบประสาท 12-36 ชั่วโมงหรืออาจหลาย
 วัน ส่วนใหญ่ระยะฟักตัวสั้น

