

แบบสอบสวนโรคไขหวัดใหญ่

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล เลขที่บัตรประชาชน ----

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง สัญชาติ อาชีพ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนาบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีเด็กอายุ <15 ปี).....

2. ประวัติการเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... ชื่อโรงพยาบาล.....

การวินิจฉัยโรค ปอดอักเสบ (pneumonia) อื่น ๆ ระบุ.....

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย วันที่จำหน่าย.....

ตาย วันที่..... ส่งต่อ ระบุ.....

3. อาการและอาการแสดง อาการและอาการแสดงสำคัญที่พบในผู้ป่วย

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	หนาวสั่น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ไอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	อ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
เจ็บคอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
คัดจมูก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
	เยื่อบุตาอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ	ว/ด/ป/ที่เก็บตัวอย่าง	ผลการตรวจ
Throat swab culture		
Serology		
ซีรัมระยะเฉียบพลัน		
ซีรัมระยะพักฟื้น		

5. ประวัติการสัมผัสโรค

5.1 ในระยะ 3 วันก่อนป่วย มีผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในครอบครัว หรืออยู่บ้านติดกัน/ สะพานบ้านเดียวกัน หรืออยู่ในห้องเรียนหรือสถานที่ทำงานเดียวกัน หรือไม่

2 ไม่มี

1 มี ระบุ

1. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
2. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
3. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
4. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
5. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

5.2 ในระยะ 3 วันก่อนป่วยมีการเดินทางไปพักแรมที่อื่นหรือไม่

2 ไม่มี

1 มี สถานที่ไปพัก.....จังหวัด.....ประเทศ.....

วันที่เดินทางกลับ.....เดินทางโดยพาหนะ.....

มีผู้เดินทางหรือพักร่วมในกลุ่มเดียวกันที่มีอาการระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน หรือไม่

2 ไม่มี

1 มี จำนวน.....คน ดังนี้

1. ชื่อ.....อายุ.....ที่อยู่.....
2. ชื่อ.....อายุ.....ที่อยู่.....
3. ชื่อ.....อายุ.....ที่อยู่.....
4. ชื่อ.....อายุ.....ที่อยู่.....
5. ชื่อ.....อายุ.....ที่อยู่.....

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 ในระยะ 7 วันหลังวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในครอบครัว หรืออยู่บ้านติดกัน/ สะพานบ้านเดียวกัน หรืออยู่ในห้องเรียนหรือสถานที่ทำงานเดียวกัน หรือไม่

2 ไม่มี

1 มี ระบุ

1. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
2. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
3. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
4. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
5. ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

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

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคทางเดินหายใจที่มีสาเหตุจาก

ไวรัสอินฟลูเอนซา ไวรัสพาราอินฟลูเอนซา ไวรัสอาร์-เอส ไวรัสอะดีโน

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

(หมายเลขวิเคราะห์.....)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปีเดือน.....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.....

ประวัติการรับวัคซีน

ไม่เคย เคย เมื่ออายุ ปี เดือน, พ.ศ. ฉีดทุกปี

อาการและการตรวจพบ

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ไข้ อุณหภูมิ °ซ | <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ | <input type="checkbox"/> ปวด เมื่อยตามตัว แขน ขา |
| <input type="checkbox"/> มีเสมหะ | <input type="checkbox"/> น้ำมูก | <input type="checkbox"/> หनावสัน |
| <input type="checkbox"/> จาม | <input type="checkbox"/> ไอ | <input type="checkbox"/> เจ็บคอ |
| <input type="checkbox"/> อาเจียน | <input type="checkbox"/> ท้องเดิน | <input type="checkbox"/> หอบ |
| <input type="checkbox"/> ทอนซิลอักเสบ | <input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบ | <input type="checkbox"/> หลอดลมอักเสบ |
| <input type="checkbox"/> ปอดอักเสบ | <input type="checkbox"/> ปอดบวม | <input type="checkbox"/> Reye's syndrome |
| <input type="checkbox"/> Guillain Barre syndrome | <input type="checkbox"/> Croup | |
| <input type="checkbox"/> อาการอื่น ๆ | | |

การวินิจฉัย ชื่อ/ชนิดไวรัสที่ต้องการตรวจ

วัตถุประสงค์อย่างส่งตรวจ

เพื่อแยกเชื้อ throat swab nasal swab nasopharyngeal aspirationเพื่อตรวจหาแอนติบอดี เจาะเลือดครั้งแรก วัน/เดือน/ปี/...../..... เจาะเลือดครั้งที่ 2 วัน/เดือน/ปี/...../.....

วัน/เดือน/ปี ที่ส่งตัวอย่าง/...../.....

ชื่อและที่อยู่ของผู้นำส่งตัวอย่าง	ชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ต้องทราบผล
ชื่อ.....	ชื่อ.....
ที่อยู่.....	ที่อยู่.....
.....
.....
โทรศัพท์	โทรศัพท์
โทรสาร.....	โทรสาร.....

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS)

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.....

อาการและการตรวจพบ

- ไข้สูง อุณหภูมิ°ซ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว แขน ขา
 ไอ เจ็บคอ
 หอบ หายใจลำบาก

ผลการเอ็กซเรย์ปอด (Chest X-ray)

- ปอดอักเสบ ปอดบวม

อาการอื่น ๆ
.....

ประวัติการเดินทางต่างประเทศ : เดินทางกลับจากเมือง.....ประเทศ.....
เมื่อวันที่..... ถึงประเทศไทยเมื่อวันที่.....

ประวัติการสัมผัสโรค : ใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยเป็นโรคปอดบวมหรือ SARS ที่
ประเทศ..... ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

ตัวอย่างส่งตรวจ

- throat swab nasopharyngeal swab nasopharyngeal aspiration
 bronchoalveolar lavage tracheal aspirate จำนวน.....หลอดเก็บเมื่อ.....
 clot blood (หรือซีรัม) และ เลือดใน EDTA เก็บครั้งแรก วันที่
 clot blood (หรือซีรัม) และ เลือดใน EDTA เก็บครั้งที่ 2 วันที่
 fixed tissues จาก..... เก็บเมื่อวันที่.....
 fresh frozen tissue จาก..... เก็บเมื่อวันที่.....

วัน/เดือน/ปี ที่ส่งตัวอย่าง/...../.....

ชื่อและที่อยู่ของผู้นำส่งตัวอย่าง	ชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ต้องทราบผล
ชื่อ.....	ชื่อ.....
ที่อยู่.....	ที่อยู่.....
.....
.....
โทรศัพท์	โทรศัพท์
โทรสาร.....	โทรสาร.....