

แบบสอบสวนโรคพิษสุนัขบ้า

1. ข้อมูลทั่วไป

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

อายุ.....ปี เพศ ① ชาย ② หญิง เชื้อชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....

ถ้าเป็นนักเรียนชั้น.....โรงเรียน.....ที่ตั้งโรงเรียน.....

ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15).....

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

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

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

ผลการรักษา ① กำลังรักษา ที่..... ③ ตาย ④ ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ไข้	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ชาและเจ็บเสียวบริเวณที่ถูกสัตว์กัด	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	คันอย่างรุนแรงที่แผล/ตามลำตัว	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
กลืนลำบาก ถ่มน้ำลาย	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	กลัวน้ำ กลัวลม	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
Myoedema	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	อัมพาตของแขน ขา	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
อื่น ๆ (ระบุ).....			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในคน

- 3.1 เนื้อสมอง ① ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล..... ② ไม่ได้ส่งห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.2 น้ำลาย ① ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล..... ② ไม่ได้ส่งห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.3 น้ำไขสันหลัง ① ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล..... ② ไม่ได้ส่งห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.4 ปัสสาวะ ① ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล..... ② ไม่ได้ส่งห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.5 ปมรากผม ① ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล..... ② ไม่ได้ส่งห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.6 ผิวหนังบริเวณท้ายทอย ① ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล..... ② ไม่ได้ส่งห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.7 เซลล์กระจกตา ① ส่ง วันส่งตรวจ.....ผล..... ② ไม่ได้ส่งห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

4. การปฏิบัติในช่วงที่ถูกสัตว์กัด (หรือเมื่อสัมผัสเชื้อ)

4.1 การดูแลบาดแผล

การล้างแผล ① ล้างด้วยน้ำสบู่ ② ล้างด้วยน้ำเฉยๆ
③ ไม่ได้ล้างแผล เพราะ..... ④ ไม่ทราบ

การเย็บแผล ① เย็บ ที่..... ② ไม่ได้เย็บ เพราะ..... ③ ไม่ทราบ

4.2 ประวัติการฉีดซีรัม และวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้เสียชีวิต

การฉีดซีรัม ① ฉีดจำนวน.....หน่วยสากล (IU) ระบุ..... ② ไม่ได้ฉีด ③ ไม่ทราบ

① ซีรัมม้า (ERIG) ② ซีรัมคน (HRIG)

วันที่ฉีด.....สถานที่ฉีด.....ตำแหน่งที่ฉีด.....

วิธีการฉีด.....Lot. No.

การฉีดวัคซีน ① ฉีด จำนวน.....ครั้ง ระบุ

① HDCV Lot. No. ② PCEC Lot. No.

③ VERO - RAB Lot. No. ④ PDRV Lot. No.

วันหมดอายุ..... วันที่เริ่มฉีดวัคซีน.....

ขนาดที่ใช้ ครั้งละ.....ซีซี

วิธีฉีด ① เข็มกล้ามเนื้อ (I.M.) ② ในผิวหนัง (I.D)

ฉีดในวันที่ 0 3 7 14 30 อื่นๆ ระบุ.....

ปฏิกริยาระหว่างฉีดวัคซีน

① มีอาการปกติ ② บวมที่บริเวณฉีด ③ ปวดศีรษะ ④ ไข้สูง

⑤ ปัสสาวะลำบาก ⑥ อัมพาต ⑦ ถึงแก่กรรม

อื่นๆ ระบุ.....

5. ประวัติการสัมผัสโรค

5.1 วัน เดือน ปี และสถานที่รับเชื้อ

ถูกกัด/รับเชื้อ เมื่อวันที่.....สถานที่ที่ถูกกัด.....

① เป็นหมู่บ้านชุมชนเมือง ② เป็นหมู่บ้านรอบๆ เขตเมือง ③ เป็นหมู่บ้านในชนบท

5.2 ลักษณะของการรับเชื้อ

① ถูกกัด ② ถูกข่วน ③ ถูกน้ำลาย ④ คลุกคลีใกล้ชิดสัตว์ ⑤ ไม่ทราบ

5.3 สภาพของแผล

① มีแผล จำนวน.....แผล ② ไม่มีแผล ③ ไม่ทราบ

① แผลลึก มีเลือดออก.....แผล ตำแหน่งแผล.....

② แผลหนังขาด มีเลือดออก.....แผล ตำแหน่งแผล.....

③ แผลถูกข่วน มีเลือดออก.....แผล ตำแหน่งแผล.....

④ แผลถูกข่วน ไม่มีเลือดออก.....แผล ตำแหน่งแผล.....

อื่นๆ ระบุ.....

5.4 รายละเอียดของสัตว์ที่กัด

ชนิดสัตว์ ① สุนัข ② แมว ③ ไม่ทราบ อื่นๆ ระบุ.....

ลักษณะของสัตว์ อายุ ประมาณ.....ปี.....เดือน ① มีเจ้าของ ② ไม่มีเจ้าของ ③ ไม่ทราบ

ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครั้งสุดท้ายในสัตว์

① น้อยกว่า 1 เดือน ② ภายใน 1-6 เดือน

③ มากกว่า 6-12 เดือน ④ มากกว่า 1 ปี

⑤ ไม่เคย ⑥ ไม่ทราบ

ถ้าสัตว์เคยได้รับวัคซีน ได้รับจาก

① คลินิกสัตว์ ② โรงพยาบาลสัตว์ ③ รถหน่วยปศุสัตว์

④ อาสาสมัคร ⑤ เจ้าของสัตว์ฉีดเอง ⑥ ไม่ทราบแน่ชัดว่าจากที่ใด

การส่งหัวสัตว์ตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์

① ส่ง ② ไม่ได้ส่ง ③ ไม่ทราบ

ส่งไปตรวจที่..... ผลการตรวจ.....

6. ผู้สัมผัสโรครายอื่น

6.1 ผู้สัมผัสโรคจากสัตว์ตัวเดียวกัน

มีผู้ถูกกัด.....คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว.....คน

มีผู้ถูกน้ำลาย.....คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว.....คน

มีผู้ถึงแก่กรรมจากสัตว์ตัวเดียวกันนี้กัด

① มี ชื่อ-สกุล..... ② ไม่มี

6.2 ผู้สัมผัสโรคจากผู้ป่วยรายนี้

สัมผัสน้ำลายโดยไม่มีแผล.....คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว.....คน

สัมผัสน้ำลายโดยมีแผลหรือถูกผู้ป่วยกัด.....คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว.....คน

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรค (Incubation period) ที่เชื่อถือได้สั้นที่สุด 7 วัน ยาวนานที่สุด 3 ปี (โดยเฉลี่ย 30-90 วัน)

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

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

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคพิษสุนัขบ้าจากสมองสัตว์

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

(หมายเลขวิเคราะห์.....)

ชื่อผู้ส่งตัวอย่าง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เวลา.....
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
ชนิดตัวอย่าง สุนัข แมว สัตว์อื่น ระบุชนิด.....
ระบุ ลักษณะ รูปพรรณ สี.....เพศ.....อายุ.....
วันที่เก็บหัวสัตว์ส่งตรวจ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สภาพของวัตถุตัวอย่าง แช่น้ำแข็ง ไม่แช่น้ำแข็ง

ประวัติของสัตว์ เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เมื่อ.....
 ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ไม่ทราบ
 กัดคน กัดสัตว์ ระบุชนิด/จำนวน.....
 ไม่ได้กัดคน มีผู้สัมผัสน้ำลาย
 เป็นสัตว์เลี้ยง เป็นสัตว์จรจัด
 เคยได้รับการรักษาจากสัตว์แพทย์.....
 ตายเอง เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 ถูกฆ่าตาย โดยวิธี..... เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อาการที่แสดง ตู๋ร้าย กัดกรง กัดสิ่งกีดขวางต่าง ๆ กัดสัตว์อื่น ๆ
ของสัตว์ ปากอ้าลิ้นห้อย น้ำลายไหล หางตก ตัวแข็ง
 วิ่งเปะปะ โขเซเคล้ายตาบอด หรือตาฟาง ซึม
 อื่น ๆ

สัตว์แสดงอาการป่วย เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้ถูกกัด	ส่วนของร่างกายที่ถูกกัด	ที่อยู่
1.....
2.....
3.....
4.....

สถานที่ถูกสัตว์กัด ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....