

แบบสอบถามโรคสครับไทฟัส

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน

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

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนนตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่.....

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนถนน

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ป่วยวินิจฉัย ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

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

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ไม่สมัครอยู่ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น

ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ไข้เฉียบพลัน	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยตัว	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ตาแดง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ไอแห้ง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ผื่น (maculopapular).	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ต่อมน้ำเหลืองโตและเจ็บ	<input type="checkbox"/> 1 มี ระบุ ตำแหน่ง.....	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
มีแผลเหมือนบุหรี่ปี้ (eschar)	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
สมองอักเสบ	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปอดบวม	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ตาเหลือง/ตัวเหลือง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ม้ามโต	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ตับโต	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจ Immuno Fluorescent Antibody Test (IFA)

ตรวจน้ำเหลืองคูกู 1 มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี
ตรวจน้ำเหลืองเดี่ยว 1 มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี

3.2 การตรวจ Indirect Immuno Peroxidase Test (IIP)

1 มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี

3.3 การตรวจ Weil Felix to OX-K

1 มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี

3.4 การตรวจ PCR

1 มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี

3.5 อื่น ๆ ระบุ.....

4. การรักษา

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

Doxycycline 1 ใช้ วันที่ให้การรักษา.....ขนาดยา..... 2 ไม่ใช่
Tetracycline 1 ใช้ วันที่ให้การรักษา.....ขนาดยา..... 2 ไม่ใช่
Chloramphenical 1 ใช้ วันที่ให้การรักษา.....ขนาดยา..... 2 ไม่ใช่
อื่น ๆ.....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

1 หางของป่า/ล่าสัตว์ 2 ทำป่าไม้ ทำมาเป็นระยะเวลา
ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ.....
ระบุสถานที่ที่ทำ.....
 3 นักสำรวจป่า/ธรรมชาติ 4 ทหาร/ตำรวจ ตระเวนชายแดน
ทำมาเป็นระยะเวลา ทำมาเป็นระยะเวลา
ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....
 5 ทำไร่ ทำมาเป็นระยะเวลา 6 ทำสวน ทำมาเป็นระยะเวลา
ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....
 7 อื่น ๆ (ระบุ)

5.2 งานอดิเรก

1 หางของป่า/ล่าสัตว์ 2 ท่องเที่ยว
ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....

5.3 บริเวณป่า/ไร่/สวน ที่ผู้ป่วยมีโอกาสจะไปรับเชื้อได้นั้น มีหนู/สัตว์ฟันแทะ เช่น กระแต กระต่าย อีเห็น ชะมด ชุกชุมหรือไม่

1 มี 2 ไม่มี

6. แหล่งแพร่โรค

6.1 ในช่วง 21 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง 1 เคย ระบุ 2 ไม่เคย

1. ระบุวันที่
2. ระบุวันที่
3. ระบุวันที่

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัสในช่วง 21 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

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

7.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัสในช่วง 21 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

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

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

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อริคเก็ตเซีย (Rickettsia)

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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไข้ อุดมภูมิ..... ^o C | <input type="checkbox"/> หนาวสั่น | <input type="checkbox"/> ไอ |
| <input type="checkbox"/> เบื่ออาหาร | <input type="checkbox"/> ปวดกล้ามเนื้อ | <input type="checkbox"/> ท้องผูก |
| <input type="checkbox"/> ตาแดง | <input type="checkbox"/> ม้ามโต | <input type="checkbox"/> ตับโต |
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ | <input type="checkbox"/> คลื่นไส้, อาเจียน | <input type="checkbox"/> เจ็บคอ |
| <input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย | <input type="checkbox"/> คอแข็ง | <input type="checkbox"/> ท้องเดิน |
| <input type="checkbox"/> ปวดหลัง | <input type="checkbox"/> ตัวเหลือง, ตาเหลือง | <input type="checkbox"/> Eschar* |
| <input type="checkbox"/> Rash* | <input type="checkbox"/> Petechia* | <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy* |
| <input type="checkbox"/> อาการอื่นๆ (ระบุ)..... | | |

*** โปรดระบุตำแหน่งที่ตรวจพบ**

	หัว	หน้า	คอ	มือ	รักแร้	หน้าอก	เอว	ก้น	ขาหนีบ	ถุงอัณฑะ	ขา	ที่อื่นๆ(ระบุ)
1. Eshar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Petechia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lymphadenopathy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การวินิจฉัยทางคลินิก.....

การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ

วันที่เจาะเลือดครั้งที่ 1/...../..... วันที่เจาะเลือดครั้งที่ 2/...../.....
วัน/เดือน/ปี ที่ส่งตัวอย่าง/...../.....

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