

แบบสอบสวนโรคเลปโตสไปโรซิส

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน - - - -
 อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....
 มีอาการป่วยหรือไม่ มี ไม่มี (ถ้าไม่มีข้ามไปตอบข้อ 5)
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.
 ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี).....
 วันเริ่มป่วย.....วันที่มาโรงพยาบาล.....วันที่จำหน่าย.....
 ผลการรักษา กำลังรักษา หาย ตาย ส่งต่อ ระบุ.....

2 อาการและอาการแสดง

ไข้เฉียบพลัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หนาวสั่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	กดเจ็บตามกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะอย่างรุนแรง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คอแข็ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตาแดง (Conjunctival suffusion)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตาเหลือง ตัวเหลือง (Jaundice)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไอแห้งๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไอมีเสมหะปนเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไอเป็นเลือดสดๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หายใจหอบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาเจียนเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปัสสาวะสีเข้ม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปัสสาวะออกน้อย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 31 Latex agglutination test** ทำ ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล..... ไม่ทำ
 ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 32 ตรวจ IFA** ทำ ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล..... ไม่ทำ
 ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 33 ตรวจ ELISA** ทำ ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล..... ไม่ทำ
 ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 34 ตรวจ MAT** ทำ ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล..... ไม่ทำ
 ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

- 35 เพาะเชื้อแบคทีเรีย ทำ วันที่.....ผล..... ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 36 วิธีอื่น ระบุ..... ทำ ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล..... ไม่ทำ
ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

4 การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
ได้รับการวินิจฉัยว่า
ยาที่ใช้.....เริ่มวันที่.....

5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

51 ภูมิประเทศและสิ่งแวดล้อมรอบๆ บริเวณหมู่บ้านที่พักอาศัยของผู้ป่วยมีลักษณะ

เป็นที่ราบ ระบุ ไม่เป็น

นาข้าว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	สวนยางพารา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนปาล์ม/น้ำมัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง/ อ้อย/ข้าวโพด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนผลไม้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่อั่วลิสง/ถั่วเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อื่นๆ อธิบาย.....			

เป็นที่ลาดเนิน/ป่าเขา ระบุ ไม่เป็น

นาข้าว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	สวนยางพารา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนปาล์ม/น้ำมัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง/ อ้อย/ข้าวโพด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนผลไม้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่อั่วลิสง/ถั่วเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อื่นๆ อธิบาย.....			

มีสระน้ำ/หนอง/บึง ระบุ ไม่มี

การปล่อยโค กระบือ	<input type="checkbox"/> ปล่อยให้ลงได้	<input type="checkbox"/> ไม่ปล่อยให้ลง
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ).....		

มีคู/คลอง/เหมือง/ฝาย/ลำน้ำไหล ระบุ ไม่มี

การปล่อยโค กระบือ	<input type="checkbox"/> ปล่อยให้ลงได้	<input type="checkbox"/> ไม่ปล่อยให้ลง
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ).....		

52 ลักษณะบ้านพักอาศัย

- บริเวณบ้านพักอาศัย เป็นชุมชนแออัดในเขตเมือง เป็นบ้านที่ตั้งอยู่กระจัดกระจาย
- น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ มี ไม่มี
- การเลี้ยงสัตว์ มี ระบุชนิดสัตว์..... ไม่มี
- หนูชุกชุม พบ ไม่พบ
- อื่นๆ อธิบาย.....

53 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ

- น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ มี ไม่มี
- การเลี้ยงสัตว์ มี ระบุชนิดสัตว์..... ไม่มี
- หนูชุกชุม พบ ไม่พบ
- หอยเชอร์รี่ ชุกชุม ไม่ชุกชุม
- อื่นๆ อธิบาย.....

54 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเลปโตสไปโรซิสที่ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ในช่วง 30 วัน ก่อนป่วย

- การสัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นแฉะ สัมผัส ระบุ ไม่มีการสัมผัส
 - ลักษณะการสัมผัส แชน้ำ เดินลุยน้ำ ว่ายน้ำ กลืนน้ำ/สำลักน้ำ
 - ลักษณะแหล่งน้ำที่สัมผัส น้ำนิ่ง น้ำไหลเอื่อย น้ำไหลแรง พื้นดินชื้นแฉะ
 - ระยะเวลาการสัมผัส น้อยกว่า 6 ชั่วโมง/วัน มากกว่า 6 ชั่วโมง/วัน
- การป้องกันตนเอง สวมรองเท้าแตะ สวมรองเท้าหุ้มส้น
 - สวมรองเท้าบูทครึ่งแข้ง สวมรองเท้าบูทถึงเข่า
 - ไม่สวมรองเท้า
- การเกิดบาดแผล มีบาดแผล ระบุ ไม่มีบาดแผล
 - ตำแหน่งบาดแผล มือ แขน ขา เท้า ลำตัว
 - ลักษณะบาดแผล มีเลือดออก ไม่มีเลือดออก
 - การสัมผัสน้ำ บาดแผลสัมผัสน้ำโดยตรง มีพลาสติกปิด
- อาหารค้างมือที่ไม่ได้เก็บไว้ในตู้กับข้าวที่มีมิดชิด กิน ไม่ได้กิน
- เครื่องในสัตว์ดิบๆ สุกๆ กิน ไม่ได้กิน

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ในสถานที่ซึ่งคาดว่าเป็นแหล่งติดต่อที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสรายนี้มีผู้สัมผัสรายอื่นด้วยหรือไม่

มี ระบุ

ไม่มี

ลำดับ	ชื่อ	บ้านเลขที่	อายุ	เพศ	อาการป่วย			หมายเหตุ
					มีอาการป่วย		ไม่มี	
					ระบุอาการ	วันเริ่มป่วย		
1								
2								
3								
4								

แผนที่แสดงสถานที่ซึ่งคาดว่าเป็นแหล่งติดต่อที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส

หมายเหตุ : ระยะเวลาฟักตัวของโรค (Incubation period) 2-30 วัน (โดยเฉลี่ย 10 วัน)

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

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