

# แบบสอบถามโรคอาหารเป็นพิษ (Food poisoning)

## 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) .....

เลขที่บัตรประชาชน  -  -  -  -  อายุ ..... ปี ..... เดือน เพศ  ชาย  หญิง

HN ..... AN ..... ศาสนา ..... เชื้อชาติ .....

อาชีพ ..... ที่ทำงาน/โรงเรียน ..... ชั้นเรียน .....

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

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  
 ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.  
 ใช่  ไม่ใช่ ระบุ .....

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ระบุ .....

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  
 ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

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

## 2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่  ไม่มี  มี

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา .....

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที  
 หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

ถ่ายเป็นน้ำจำนวน ..... ครั้ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ใช่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายเหลวจำนวน ..... ครั้ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายมีมูก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตะคริวที่ท้อง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายมีเลือด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดมวนท้อง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดท้อง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตะคริวที่ขา <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ท้องผูก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คลื่นไส้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ความดันโลหิตต่ำ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาเจียน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	กล้ามเนื้ออ่อนแรง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ท้องอืด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เห็นภาพซ้อน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปากแห้ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ่ายกะปริบกะปรอย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เหงื่อออกตัวเย็น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ชา (ระบุอวัยวะ ..... ) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายมีกลิ่นเหม็นคาว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ช็อก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดเบ่ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ .....

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 วิธีส่งเพาะเชื้อหรือตรวจด้วยวิธีอื่น ๆ

อุจจาระ  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ .....

วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

Rectal swab  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ .....

วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

อาเจียน  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ .....

วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

อาหาร  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ .....

วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

น้ำ/น้ำแข็ง  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ .....

วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2 ทดสอบการสังหารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ .....

วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.3 ทดสอบสารพิษ หรือสารเคมี  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ .....

วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

### 4. การรักษา

4.1 ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

การรักษาครั้งนี้ : วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.

ได้พบแพทย์  พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  อื่น ๆ ระบุ .....

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....

สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....

ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

ไม่ได้รับ  ได้รับ ระบุ 1. .... วันที่ได้รับ .....

2. .... วันที่ได้รับ .....

3. .... วันที่ได้รับ .....

ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ  ไม่ได้รับ  ได้รับ  ไม่ทราบ

ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่  ไม่ได้รับ  ได้รับ  ไม่ทราบ

4.2 ป่วยครั้งนี้ได้รับยาปฏิชีวนะ (ยาด้านจุลชีพ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่

ไม่ได้รับ

ได้รับ ระบุชื่อยา ..... วันที่เริ่มกิน ..... วันที่สิ้นสุด .....

ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ..... ครั้ง ..... วัน

ทานยาสม่ำเสมอทุกมื้อหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่

4.3 ในกรณีได้รับ Toxin ของเชื้อ มีการปฐมพยาบาลโดยการล้างท้อง (Gastric lavage) หรือไม่

ไม่ได้รับ  ได้รับ  ไม่ทราบ

4.4 ในกรณีได้รับ Toxin ของเชื้อ ได้รับ Antitoxin หรือไม่

ไม่ได้รับ  ได้รับ  ไม่ทราบ

## 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การบริโภค/เมนูอาหาร) ช่วง 3 วัน ก่อนป่วย (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)

- |   |                                  |   |  |
|---|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไก่ หรือสัตว์ปีกชนิดอื่น ๆ                                 | <input type="checkbox"/> เนื้อ   | <input type="checkbox"/> เครื่องใน                                  | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ ..... |
| ปรุงสุก   | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่  | <input type="checkbox"/> ไข่  |  |
| แหล่งที่มา  | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง ..... |  |
| <input type="checkbox"/> หมู  | <input type="checkbox"/> เนื้อ   | <input type="checkbox"/> เครื่องใน                                  | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ ..... |
| ปรุงสุก   | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่  | <input type="checkbox"/> ไข่  |  |
| แหล่งที่มา  | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง ..... |  |
| <input type="checkbox"/> วัว  | <input type="checkbox"/> เนื้อ   | <input type="checkbox"/> เครื่องใน                                  | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ ..... |
| ปรุงสุก   | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่  | <input type="checkbox"/> ไข่  |  |
| แหล่งที่มา  | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง ..... |  |
| <input type="checkbox"/> ปลา ปรุงสุก  | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่  | <input type="checkbox"/> ไข่  |  |
| แหล่งที่มา  | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง ..... |  |
| <input type="checkbox"/> สัตว์ชนิดอื่น ๆ ระบุ .....                                 | <input type="checkbox"/> เนื้อ   | <input type="checkbox"/> เครื่องใน                                  | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ ..... |
| ปรุงสุก   | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่  | <input type="checkbox"/> ไข่  |  |
| แหล่งที่มา  | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง ..... |  |
| <input type="checkbox"/> นม ระบุชนิดของนม .....                                     |                                  | แหล่งผลิตนมระบุ .....   |  |
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ                                      |                                  |   |  |
| <input type="checkbox"/> ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี                                     | <input type="checkbox"/> ต้ม     | <input type="checkbox"/> พาสเจอร์ไรซ์                               | <input type="checkbox"/> สเตอริไลส์        |
| <input type="checkbox"/> ไข่ ปรุงสุก  | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่  | <input type="checkbox"/> ไข่  |  |
| แหล่งที่มา  | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง ..... |  |
| <input type="checkbox"/> ผลิตภัณฑ์จากสัตว์ (เช่น ไข่กรอก เบคอน แหนม) ระบุชนิด ..... |                                  |   |  |
| ปรุงสุก   | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่  | <input type="checkbox"/> ไข่  |  |
| แหล่งที่มา  | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง ..... |  |
| <input type="checkbox"/> ผักสด/สลัดผัก/ส้มตำ ระบุเมนูอาหาร .....                    |                                  |   |  |
| แหล่งที่มา  | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง ..... |  |
| <input type="checkbox"/> ผลไม้ ระบุแหล่ง .....                                      |                                  |   |  |
| <input type="checkbox"/> แชนดวีช หรืออาหารที่ไม่ได้ผ่านความร้อน ระบุ .....          |                                  |   |  |
| แหล่งที่มา  | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง ..... |  |
| <input type="checkbox"/> ขนม ระบุ .....   |                                  |   |  |
| แหล่งที่มา  | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง ..... |  |
| <input type="checkbox"/> อาหารหมักดอง ระบุ .....                                    |                                  |   |  |
| แหล่งที่มา  | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง ..... |  |

5.2 น้ำดื่มที่ดื่มเป็นประจำ  ต้ม  ไม่ต้ม  กรอง  บรรจุขวดที่ได้มาตรฐาน

5.3 แหล่งน้ำที่ใช้ในการบริโภคประจำวัน

- |                                      |   |  |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> น้ำประปา    | <input type="checkbox"/> น้ำบาดาล                     | <input type="checkbox"/> น้ำฝน             |
| <input type="checkbox"/> แม่น้ำ/คลอง | <input type="checkbox"/> น้ำดื่มบรรจุขวด ยี่ห้อ ..... | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ ..... |

5.4 ประวัติการรับประทานอาหารช่วง 3 วันก่อนเริ่มป่วย

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

5.5 อาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วยครั้งนี้ (ระบุ) .....  
 วันที่รับประทาน ..... เวลา ..... น. ซื้อจากแหล่ง .....  
 (กรอกรายละเอียดเพิ่มเติมในตาราง ข้อ 7. Attack Rate)

5.6 มีประวัติในการประกอบอาหาร ในช่วง 3 วันก่อนป่วย

- ความถี่ในการประกอบอาหารในช่วง 3 วัน  1-4 ครั้ง  5-7 ครั้ง  8-10 ครั้ง
- วัตถุดิบที่ใช้ในการประกอบอาหาร ระบุ .....
- ในการประกอบอาหารแต่ละครั้งมีการแยกเขียง/ มีด สำหรับวัตถุดิบกับอาหารปรุงสุก  
 ไม่มี  มี
- มีการแยกเขียงระหว่างเนื้อสัตว์และผัก  ไม่มี  มี

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน) ของผู้ป่วยรายนี้ จำนวน ..... คน (ระบุ)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง			วันที่เริ่มมีอาการป่วย	ไม่มีอาการ
		อุจจาระ ...../...../.....	Rectal swab ...../...../.....	อาเจียน ...../...../.....		
1.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
2.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
3.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
4.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
5.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
6.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
7.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
8.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
9.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
10.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
11.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
12.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
13.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
14.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
15.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
16.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		



