

แบบสอบสวนไข้หัด (Measles) หรือไข้หัดเยอรมัน (Rubella)

ชนิดของผู้ป่วย

สอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย

สอบสวนผู้ป่วยในเหตุการณ์การระบาด

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน วันเกิด /..... /.....

เพศ ชาย หญิง HN AN

สัญชาติ ไทย พม่า มาเลเซีย กัมพูชา ลาว
 เวียดนาม อื่น ๆ ระบุ

อาชีพ เกษตรกร ข้าราชการ รับจ้าง ค้าขาย งานบ้าน
 นักบวช ทหาร/ตำรวจ ประมง ครู นักเรียน/นักศึกษา
 เลี้ยงสัตว์ ในปกครอง บุคลากรสาธารณสุข อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

สถานศึกษาหรือสถานที่ทำงานขณะป่วย ชั้น/ปี/แผนก ห้อง/คณะ

2. อาการและอาการแสดง

วันเริ่มป่วย วันที่รับการวินิจฉัย โรงพยาบาล จังหวัด

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา หาย วันที่จำหน่าย เสียชีวิต ระบุ ยังรักษาอยู่
 ส่งต่อ ระบุ ไม่ทราบ

ไข้ ถ้ามีระบุวันเริ่มมีไข้ <input type="checkbox"/> มี ระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	ผื่น ถ้ามีระบุวันเริ่มมีผื่น <input type="checkbox"/> มี ระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ไอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		ตาแดง/เยื่อตาอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
มีน้ำมูก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		ถ่ายเหลว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
ปอดอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		หูน้ำหนวก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
สมองอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		ปวดข้อ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
ข้อบวมแดง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		ต่อมน้ำเหลืองโต <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
ตั้งครรภ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		Koplik's spots <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
		อื่น ๆ ระบุ	

3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 3.1 เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน หรือไม่
 ไม่เคย เคย 1 ครั้ง เคย 2 ครั้ง เคยแต่ไม่ทราบจำนวนครั้ง ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- 3.2 แหล่งข้อมูลเรื่องประวัติวัคซีน สมุดวัคซีน จากคำบอกเล่า
- 3.3 มีประวัติเดินทางไปพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคหัดในช่วง 3 สัปดาห์หรือไม่ ไม่มี มี ระบุ
- 3.4 มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยโรคหัดหรือไข้หัดเยอรมันในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนป่วยหรือไม่ ไม่มี มี ระบุ
 ระบุชื่อ เกี่ยวข้องเป็น

4. ผู้สัมผัส (หากผู้สัมผัสมีอาการให้วงว่าเป็นผู้ป่วยสงสัยโรคหัดหรือหัดเยอรมัน)

- 4.1 ร่วมบ้าน จำนวน คน มีอาการป่วยสงสัยโรคหัด/หัดเยอรมัน คน
4.2 ร่วมสถานศึกษา/ที่ทำงาน จำนวน คน มีอาการป่วยสงสัยโรคหัด/หัดเยอรมัน คน

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 5.1 ตัวอย่างเลือด ไม่เก็บ
 เก็บ วันที่เก็บ วันที่ส่ง ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 5.2 ตัวอย่าง Throat/nasal swab ไม่เก็บ
 เก็บ วันที่เก็บ วันที่ส่ง ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

ที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์

วันที่รับแจ้งผู้ป่วย วันที่สอบสวน

วันที่รายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง