

# แบบสอบสวนโรคคอตีบ (Diphtheria)

## 1. ข้อมูลทั่วไป

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

ชื่อ-สกุล ..... เลขที่บัตรประชาชน  -  -  -  -

HN ..... AN ..... อาชีพ .....

ศาสนา ..... สัญชาติ ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

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

ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ภูมิลำเนา เป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/ชุมชน ..... ซอย .....

ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

จำนวนสมาชิกครอบครัวในบ้านเดียวกัน ..... คน

## 2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่  ไม่มี  มี

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา .....

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

ประวัติ/อาการ	ผลการตรวจร่างกายแรกเริ่ม (กรณีมาโรงพยาบาล)	
ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	Temp .....	BP .....
เจ็บคอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	PR .....	RR .....
กินได้น้อย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	Tonsil <input type="checkbox"/> Patch <input type="checkbox"/> Exudates	
ไอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> Injected <input type="checkbox"/> Enlargement	
แผ่นฝ้าขาว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <i>Adherent membrane</i>	Pharynx <input type="checkbox"/> injected <input type="checkbox"/> Not injected	
ตำแหน่งที่พบ (แนบภาพถ่ายประกอบการพิจารณาได้) <input type="checkbox"/> ทอนซิลซ้าย <input type="checkbox"/> ทอนซิลขวา <input type="checkbox"/> คอ <input type="checkbox"/> จมูก <input type="checkbox"/> ลิ้นไก่ <input type="checkbox"/> คอหอยส่วนหลัง <input type="checkbox"/> กล่องเสียง		
คอบวม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	Lung <input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Abnormal	
อื่น ๆ ระบุ <input type="checkbox"/> แน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> หายใจไม่ออก <input type="checkbox"/> กลืนลำบาก <input type="checkbox"/> สำลักน้ำ <input type="checkbox"/> แขนขาอ่อนแรง		

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ ..... Hct ..... % Platelet .....  $\times 10^3$  WBC .....  
Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... % Eosinophil ..... % Monocyte ..... %  
Other .....

3.2 การตรวจเพาะเชื้อและการเก็บตัวอย่าง  ตรวจ  ไม่ตรวจ

ชนิดตัวอย่าง ..... วันที่เก็บ ..... ผลตรวจที่ รพ.  Growth  No growth ใน 2 วัน

ผลตรวจจากกรมวิทย์ฯ/ศูนย์วิทย์ ..... ผลตรวจ Toxin  บวก  ลบ

ชนิดตัวอย่าง ..... วันที่เก็บ ..... ผลตรวจที่ รพ.  Growth  No growth ใน 2 วัน

ผลตรวจจากกรมวิทย์ฯ/ศูนย์วิทย์ ..... ผลตรวจ Toxin  บวก  ลบ

### 4. ประวัติการแพ้ยา

ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา  แพ้ยาในกลุ่มเพนนิซิลิน  แพ้ยาในกลุ่ม Erythromycin  
 เคยแพ้ซุ่มมาก่อน  แพ้ยาในกลุ่มอื่น ๆ ระบุ .....

### 5. ประวัติวัคซีน

5.1 การรับวัคซีน  ไม่เคยได้รับ  ไม่มีข้อมูล/ไม่แน่ใจ  
 เคยได้รับวัคซีน ระบุจำนวนครั้งที่ได้รับ .....

กรณีเด็กวัคซีน  ครบตามเกณฑ์  ไม่ครบ ครั้งล่าสุดที่ได้รับ วันที่ .....  
ระบุ (DTP1, DTP2 เป็นต้น) .....

กรณีผู้ใหญ่ dT จำนวน ..... เข็ม ครั้งล่าสุดที่ได้รับ วันที่ .....

### 6. การรักษา

ไม่ได้รับการรักษาใดๆ  
 ซ้ำยากินเอง ซ้ำยา .....

ไปรับการตรวจรักษาครั้งที่  รพ.สต. .... วันที่ ..... วินิจฉัย .....

รพ. .... วันที่ ..... วินิจฉัย .....

คลินิก .... วันที่ ..... วินิจฉัย .....

การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.  
ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน  
ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต ระบุ .....  ส่งต่อ ระบุ .....

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

การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของแพทย์  กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ  ทางเดินหายใจอุดตัน  
 เส้นประสาทอักเสบ  อื่น ๆ ระบุ .....

การรักษา  DAT วันที่ ..... ขนาด ..... หน่วย  
 dT/DPT วันที่ ..... ขนาด ..... หน่วย

การได้รับยาปฏิชีวนะในการป่วยครั้งนี้  
 ไม่ได้รับ  ได้รับ วันที่แรกที่รับยาปฏิชีวนะ .....

ชนิดของยาที่ได้รับ  Roxithromycin  Erythromycin  PGS  
 ใส่ท่อช่วยหายใจ (ET-tube)  เจาะคอ (Tracheostomy)

## 7. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- โรคประจำตัว     ภูมิคุ้มกันบกพร่อง     เบาหวาน     ความดันโลหิตสูง  
 อื่น ๆ .....
- มีประวัติตี๋มสุราเป็นประจำ
- มีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำ    ประวัติสารเสพติด    ระบุ .....
- มีประวัติเดินทางใน 14 วันก่อน     ไม่ได้เดินทาง     เดินทาง (ระบุ)  
ระบุสถานที่ ..... วันที่เดินทางไป ..... กลับ .....
- สัมผัสผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคโควิดในระยะเวลา 14 วันก่อนป่วย  
ระบุชื่อ ..... ลักษณะการสัมผัส ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....
- ไปร่วมงานเลี้ยงหรืองานเทศกาลในระยะเวลา 14 วันก่อนป่วย  
ระบุชื่อ ..... ลักษณะการสัมผัส ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....
- ระบุสถานที่ ..... วันที่ .....

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

## แบบรายงานค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด (แบบคัดตัว 2)

ผู้สัมผัสของ ..... อายุ ..... ปี ที่อยู่เลขที่ ..... หมู่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ที่	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เลขที่	หมู่	ตำบล	วันเริ่มป่วย	เริ่ม	สิ้นสุด	ชื่อ	ที่อยู่	ตำบล	dT (ระบุครั้ง) date	ATB date	TSC date	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

(ให้ใส่เครื่องหมาย / ในวันที่กักกันหรือวันที่อาการปกติ และใส่เครื่องหมาย X ในวันที่ไม่ได้กักกัน หรือมีไข้ เจ็บคอ)



ทะเบียนรายงานการตรวจ Throat swab คาเชื้อ Corynebacterium diphtheriae (แบบคอตัว 4)

อำเภอ ..... จังหวัด .....

ที่	ชื่อ-สกุล	HN	อายุ(ปี)	ที่อยู่	วันที่เก็บ TSC	วันที่ลง Plate	ผล Throat swab culture	หมายเหตุ
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

หมายเหตุ : แบบรายงานนี้ใช้สำหรับทะเบียนการตรวจ Throat swab คาเชื้อ Corynebacterium diphtheriae ทั้งนี้ขอให้สรุปลงและรายงาน สสจ. หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการคัดกรองทำโดยเร็ว