

แบบสอบสวนโรคไอกรน (Pertussis)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN อาชีพ

ศาสนา เชื้อชาติ 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) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไอ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไอเป็นชุด (paroxysms)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีน้ำมูก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตาแดง น้ำตาไหล	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีเสียงหายใจเข้าดังฮู้ป หลังอาการไอ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หน้าเขียวเนื่องจากขาด ออกซิเจน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาเจียนหลังการไอ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มีเลือดออกใต้เยื่อบุตาขาว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หายใจติดขัด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ชัก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
- วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3 \text{ Cell/m}^3$ WBC
- Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
- Other
- 3.2 วิธี PCR ไม่ตรวจ ตรวจ
- สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง ผลการตรวจ
- ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 การเพาะเชื้อแบคทีเรีย ไม่ตรวจ ตรวจ
- สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง ผลการตรวจ
- ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

4.1 ประวัติการรักษาครั้งก่อน

ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ซื้อยากินเอง ชื่อยา วันที่ / /

ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล ระบุ วันที่ / /

อื่น ๆ ระบุ วันที่ / /

ได้รับยาปฏิชีวนะหรือไม่ ไม่ได้ ได้ ระบุ

ชื่อยา..... วันที่เริ่มได้รับยา/...../..... ขนาด.....

ชื่อยา..... วันที่เริ่มได้รับยา/...../..... ขนาด.....

ชื่อยา..... วันที่เริ่มได้รับยา/...../..... ขนาด.....

4.2 การรักษาปัจจุบัน

วันที่มาโรงพยาบาล/...../..... สถานที่รักษา

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

การรักษา

.....

.....

การวินิจฉัย วันที่วินิจฉัย/...../..... วันที่จำหน่าย/...../.....

5. ประวัติการได้รับวัคซีน

DTP/DTP-HB/DTP-HB-Hib 1 ไม่ได้ ได้ เมื่อวันที่ ไม่ทราบ

DTP/DTP-HB/DTP-HB-Hib 2 ไม่ได้ ได้ เมื่อวันที่ ไม่ทราบ

DTP/DTP-HB/DTP-HB-Hib 3 ไม่ได้ ได้ เมื่อวันที่ ไม่ทราบ

DPT 4 ไม่ได้ ได้ เมื่อวันที่ ไม่ทราบ

DPT 5 ไม่ได้ ได้ เมื่อวันที่ ไม่ทราบ

มีสมุดบันทึกประวัติการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ มี ไม่มี

ถ้าไม่มีสมุดบันทึกประวัติการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ให้ประวัติการรับวัคซีนจาก :

ผู้ป่วยจำได้เอง ตามผู้ปกครอง อื่น ๆ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย) ในช่วง 21 วันก่อนป่วย นับจากวันที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไอเป็นชุด ๆ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
2.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
3.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
5.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์