

## แบบสอบสวนโรคบาดทะยัก (Tetanus)

### 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 เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่  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.  
การตรวจร่างกายแรกพบ อุนหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที  
หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

ขากรรไกรแข็ง	<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
กล้ามเนื้อเกร็งทั่วร่างกาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หน้าอ้อมเสยะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลืนลำบาก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่น ๆ .....	

### 3. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.  
ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน  
ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....  
สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....  
ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้  
 ไม่ได้รับ  ได้รับ ระบุ ..... วันที่ได้รับ .....

### 4. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ในช่วง 21 วันที่ผ่านมา ท่านมีบาดแผลหรือไม่  ไม่มี  มี อธิบาย .....

- มีบาดแผลเกิดจาก ระบุ ..... วันที่เกิดบาดแผล .....
- ตำแหน่งของบาดแผล ระบุ .....
- การทำความสะอาดบาดแผล ระบุ .....

## 5. ประวัติวัคซีน

เคยได้รับการฉีดที่ออกซอยด์ป้องกันบาดทะยักหรือไม่

ไม่เคย

เคย ระบุ จำนวน ..... ครั้ง

ครั้งสุดท้ายฉีดเมื่อวันที่ .....

เข็มก่อนหน้าครั้งสุดท้ายฉีดเมื่อวันที่ .....

เคย แต่ไม่ทราบจำนวนครั้ง

ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

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

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

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