

# แบบสอบถามโรคหนองใน (Gonorrhoea)

## 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) .....  
เลขที่บัตรประชาชน  -  -  -  -  อายุ ..... ปี ..... เดือน เพศ  ชาย  หญิง  
HN ..... AN ..... อาชีพ .....  
ศาสนา ..... สัญชาติ ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  
ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....  
ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....  
จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  
 ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.  
ภูมิลาเนา 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

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.  
การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิร่างกาย ..... องศาเซลเซียส ซีฟเจอร์ ..... ครั้ง/นาที  
หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

หนองหรือมูกหนอง จากท่อปัสสาวะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปัสสาวะแสบขัด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตกขาวเป็นหนอง มูกปนหนอง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดเบ่งคันรอบทวารหนัก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ .....	

## 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การย้อม Gram stain  ไม่ทำ  
 ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ..... ผล .....
- 3.2 วิธีเพาะเชื้อใน Modified Thayer Martin media หรือ media อื่น ๆ ที่สามารถเพาะเชื้อ *N. gonorrhoeae*  
 ไม่ทำ  
 ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ..... ผล .....
- 3.3 Nucleic acid hybridization test  ไม่ทำ  
 ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ..... ผล .....
- 3.4 Nucleic acid amplification test  ไม่ทำ  
 ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ..... ผล .....

3.5 อื่น ๆ .....

#### 4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
- ซื้อยากินเอง ชื่อยา .....
- ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล ..... วันที่ .....
- สถานที่รักษา ..... การวินิจฉัย ..... วันที่จำหน่าย .....
- ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....

#### 5. ประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนขึ้นไป
- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน (Anonymous sex partners)
- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์คนใหม่ เปลี่ยนคู่นอนเพศสัมพันธ์บ่อย
- คู่นอนเพศสัมพันธ์ที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์เป็นหญิงหรือชายให้บริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

#### 6. ประวัติการสัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันเริ่มมีอาการ

- ไม่มี  มี ระบุ

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ชื่อ (เล่น/นามแฝง)			
เพศ			
อาชีพ			
วันที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยงครั้งสุดท้าย			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เช่น สามี/ภรรยา คู่รัก เพื่อนสนิท เพื่อนไม่สนิท คนไม่รู้จัก ผู้ให้บริการทางเพศ หรือผู้ซื้อบริการ ทางเพศ เป็นต้น)			
ประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนมี เพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือไม่ และเป็นโรคอะไร (เช่น ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม กามโรคของ ต่อมและท่อน้ำเหลือง หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือเอดส์ เป็นต้น)			
- วันที่เริ่มป่วยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
- ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลใด			
- ผลการรักษา (กำลังรักษา/หาย/อื่น ๆ)			
ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่			

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ช่องทางการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (อวัยวะเพศ/ทวารหนัก/ช่องปาก)			
ช่องทางที่ถุงยางอนามัยแตก รั่ว หรือหลุด			
มีประวัติใช้อวัยวะเพศสัมพันธ์กับ อวัยวะเพศ/ ทวารหนัก/ช่องปาก ก่อนใส่ถุงยางอนามัยหรือไม่			

## 7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย หลังวันเริ่มมีอาการ

ไม่มี  มี ระบุ

ชื่อ-สกุล/ชื่อเล่น/นามแฝง	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย

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

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

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