

แบบสอบถามโรคหนองในเทียม (Non-Gonococcal Urethritis: NGU)

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.

ภูมิลำเนา 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 อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที
หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

มีมูกใส/มูกขุ่นจากท่อปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มีมูก/มูกหนองจากปากมดลูก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีปัสสาวะแสบขัด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คันในท่อปัสสาวะ	<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 First void urine ไม่ทำ
 ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ผล

3.3 จุ่มแถบน้ำยาสำเร็จรูป ไม่ทำ
 ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ผล

3.4 Nucleic acid amplification test ไม่ทำ
 ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ผล

3.5 Nucleic acid hybridization test

ไม่ทำ

ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ผล

3.6 อื่น ๆ
.....

4. การรักษา

ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

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 เปลี่ยนคู่นอนบ่อย

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)			

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
- วันที่เริ่มป่วยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
- ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลใด			
- ผลการรักษา (กำลังรักษา/หาย/อื่น ๆ)			
ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่			
ช่องทางการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (อวัยวะเพศ/ทวารหนัก/ช่องปาก)			
ช่องทางที่ถุงยางอนามัยแตก ร้าว หรือหลุด			
มีประวัติใช้อวัยวะเพศสัมผัสกับ 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