

แบบสอบสวนโรคเลปโตสไปโรสิส (Leptospirosis)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ไม่เคยเรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 ปริญญาตรี อาชีวศึกษาและอนุปริญญา สูงกว่าปริญญาตรี

รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน <10,000 บาท 10,000-25,000 บาท >25,000 บาท

ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้าน/ทาวน์เฮาส์/ห้องแถว/คอนโดมิเนียม)

ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย เจ้าของ เช่าซื้อ เช่า
 อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า อื่น ๆ

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ไม่มีสิทธิ ประกันสังคม
ในการรักษาครั้งนี้ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิข้าราชการ
 อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย อยู่ในชุมชนเขตเมือง อยู่ในชุมชนท้องถิ่นชนบท อื่น ๆ

ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)

ภูมิลาเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน
ซอย ถนน ตำบล อำเภอ
จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

สถานที่ทำงาน/สถานที่ศึกษา

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

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

ไข้เฉียบพลัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยตัว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะ กล้ามเนื้ออ่อน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ภาวะดีซ่าน (Jaundice) เช่น ตาเหลือง ตัวเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เยื่อตาขาวววมแดง (conjunctival suffusion) โดยไม่มีหนอง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ภาวะผิดปกติทางไต เช่น ไม่มีปัสสาวะ ปัสสาวะ ออกน้อย ไตวาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีผื่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไอ หายใจลำบาก หอบ ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ความดันต่ำ โดยไม่มีสาเหตุ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ภาวะเลือดออก เช่น ถ่ายเป็นเลือด (ถ่ายอุจจาระ เป็นสีดำ) ปัสสาวะเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หัวใจเต้นผิดปกติ ค่า ECG ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

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

3.2 การตรวจการทำงานของตับและไต

BUN Cr
Liver function test: SGOT SGPT ALP
Albumin Globulin Total Bilirubin
Direct Bilirubin Indirect Bilirubin

3.3 ผลการตรวจปัสสาวะ

ระดับโปรตีนในปัสสาวะ ระดับเลือดในปัสสาวะ
ระดับน้ำตาลในปัสสาวะ

3.4 วิธี Rapid test ตรวจหา antigen ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ

วันส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.5 การตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี IFA MAT Latex agglutination อื่น ๆ

ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ

ผล ผล (ระบุค่า titer) ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.6 วิธี PCR ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ

วันส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

- 3.7 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ส่งตรวจ
 วันส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.8 EKG ไม่ได้ตรวจ ตรวจ
 ผล
- 3.9 อื่น ๆ ระบุวิธี ส่งตรวจ
 วันส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
- ซื้อยากินเอง ชื่อยา
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
 ยาปฏิชีวนะที่ใช้ เริ่มวันที่
 วันที่จำหน่าย
- การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- การวินิจฉัย
- ยารักษาโรคจำเพาะที่ได้รับ

5. ประวัติการสัมผัสโรค ในระยะ 30 วันก่อนป่วย

- 5.1 การสัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นแฉะ ไม่มีการสัมผัส สัมผัส ระบุ
- มีการเลี้ยงสัตว์ในบริเวณใกล้เคียง ไม่มี มี ระบุชนิดสัตว์
- 5.2 เหตุผลในการสัมผัส ประกอบอาชีพ ได้แก่ ทำนา ขุดลอกคูคลอง อื่น ๆ
- ท่องเที่ยว แข่งกีฬา นำท่วม
- (หากเป็นการทำนา ระบุประเภท การทำนาดำ นาหว่าน นาหยอด นาที่สูง/ชั้นบันได
 ระบุกิจกรรมที่ทำ เช่น ถอนกล้า/ย่อยดิน/หว่านปุ๋ย
- 5.3 ลักษณะการสัมผัส แชน้ำ เดินลุยน้ำ ว่ายน้ำ กลืนน้ำ/สำลักน้ำ
- 5.4 ลักษณะแหล่งน้ำที่สัมผัส น้ำนิ่ง น้ำไหลเอื่อย น้ำไหลแรง พื้นดินชื้นแฉะ
- 5.5 ระยะเวลาการสัมผัส น้อยกว่า 6 ชั่วโมง/วัน มากกว่า 6 ชั่วโมง/วัน
- 5.6 การป้องกันตนเอง ไม่สวมรองเท้า
- สวมรองเท้าแตะ สวมรองเท้าหุ้มส้น
- สวมรองเท้าบูทครึ่งแข้ง สวมรองเท้าบูทถึงเข่า
- 5.7 การเกิดบาดแผล ไม่มีบาดแผล มีบาดแผล ระบุ
- 5.8 ตำแหน่งบาดแผล มือ แขน ขา เท้า ลำตัว
- 5.9 ลักษณะบาดแผล ไม่มีเลือดออก มีเลือดออก
- 5.10 การสัมผัสน้ำ บาดแผลสัมผัสน้ำโดยตรง มีพลาสติกปิด
- 5.11 การกินอาหารค้างมือที่ไม่ได้เก็บไว้ในตู้กับข้าวที่มิดชิด ไม่ได้กิน กิน
- 5.12 การกินเครื่องในสัตว์ดิบ ๆ สุก ๆ ไม่ได้กิน กิน

6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

6.1 ภูมิภาคประเทศและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ บริเวณหมู่บ้านที่พักอาศัยของผู้ป่วยมีลักษณะ

ไม่เป็นที่ราบ เป็นที่ราบ ระบุ

นาข้าว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	สวนยางพารา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนปาล์มน้ำมัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง/อ้อย/ข้าวโพด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนผลไม้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่อ้อย/ลิ้นจี่/กล้วย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อื่น ๆ อธิบาย			

ไม่เป็นที่ลาดเนิน เป็นที่ลาดเนิน/ป่าเขา ระบุ

นาข้าว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	สวนยางพารา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนปาล์มน้ำมัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง/อ้อย/ข้าวโพด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนผลไม้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่อ้อย/ลิ้นจี่/กล้วย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อื่น ๆ อธิบาย			

ไม่มี มี สระน้ำ/หนอง/บึง ระบุ

มีสัตว์อยู่ใกล้ หรือสามารถลงไปใช้พื้นที่ได้ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรตระบุชนิดสัตว์
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ)

ไม่มี มี คู/คลอง/เหมือง/ฝาย/ลำน้ำไหล ระบุ

มีสัตว์อยู่ใกล้ หรือสามารถลงไปใช้พื้นที่ได้ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรตระบุชนิดสัตว์
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ).....

ระบุตำแหน่งพิกัด GPS ของสถานที่ (หากทราบ)

6.2 ลักษณะบ้านพักอาศัย

ลักษณะที่พักอาศัย	<input type="checkbox"/> บ้านเดี่ยว <input type="checkbox"/> ทาวน์เฮาส์ <input type="checkbox"/> ห้องแถว <input type="checkbox"/> คอนโดมิเนียม
	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ
น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
การเลี้ยงสัตว์	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุชนิดสัตว์
หนูชุกชุม	<input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ
บริเวณรอบบ้าน มีของวางเกะกะ/รก	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
อื่น ๆ อธิบาย	

ระบุตำแหน่งพิกัด GPS ของสถานที่ (หากทราบ)

6.3 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ

น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
การเลี้ยงสัตว์	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุชนิดสัตว์
หนูชุกชุม	<input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ
หอยเชอร์รี่	<input type="checkbox"/> ไม่ชุกชุม <input type="checkbox"/> ชุกชุม
อื่น ๆ อธิบาย	

ระบุตำแหน่งพิกัด GPS ของสถานที่ (หากทราบ)

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

7.1 รายชื่อผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

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

7.2 รายชื่อผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้าน/โรงเรียน/ที่ทำงานเดียวกัน (เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

ไม่มี มี

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

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์