

แบบสอบถามโรคสครับไทฟัส (Scrub typhus)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ที่ทำงาน/โรงเรียน ชั้นเรียน

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ 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)

อาชีพผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ซีฟจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้สูงเฉียบพลัน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ผื่น (maculopapular) <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	มีแผลเหมือนบุหรี่จี้ (eschar) <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	สมองอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปอดบวม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตาแดง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ม้ามโต <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตาเหลือง/ตัวเหลือง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตับโต <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไอแห้ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ต่อมน้ำเหลืองโต <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ	ถ้ามี ระบุตำแหน่ง

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจ Rapid test (Immunochromatography test)

ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.2 การตรวจ Immuno Fluorescent Antibody Test (IFA)

ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.3 วิธี PCR ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.4 อื่น ๆ ระบุ ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ไปรับการรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

การวินิจฉัย.....

ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

Doxycyclin ไม่ได้รับ ได้รับ วันที่ /...../..... ขนาดยา

Tetracyclin ไม่ได้รับ ได้รับ วันที่ /...../..... ขนาดยา

Chloramphenical ไม่ได้รับ ได้รับ วันที่ /...../..... ขนาดยา

อื่น ๆ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ในช่วง 21 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปสถานที่ที่เป็นป่าหรือทุ่งหญ้าที่ไหนด่าง

ไม่เคย เคย ระบุ

1. กิจกรรมที่ทำ สถานที่ วันที่ /...../.....

2. กิจกรรมที่ทำ สถานที่ วันที่ /...../.....

5.2 บริเวณป่า/ไร่/สวน ที่ผู้ป่วยมีโอกาสจะไปรับเชื้อได้นั้น มีหนู/สัตว์ฟันแทะ เช่น กระแต กระต่าย อีเห็น ชะมด ชุกชุมหรือไม่ ไม่มี มี

5.3 อาชีพที่ทำเป็นประจำ

หาของป่า/ล่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ

ทำป่าไม้ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ

นักสำรวจป่า/ธรรมชาติ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ

ทหาร/ตำรวจ ตระเวนชายแดน ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ

ทำไร่ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ

ทำสวน ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ

อื่น ๆ ระบุ

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน) ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัส ในช่วง 21 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้ จำนวน คน ระบุ

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	
5.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่	

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์