

แบบสอบสวนโรคคางทูม (Mumps)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง
HN AN อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ
สัญชาติ 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 อ่อนหภูมิภาย องศาเซลเซียส ซีฟจร ครั้ง/นาที
หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ปวดบวมบริเวณต่อมน้ำลาย <input type="checkbox"/> มี ระบุตำแหน่ง <input type="checkbox"/> ไม่มี	สมองอักเสบ <input type="checkbox"/> มี ระบุ <input type="checkbox"/> ไม่มี
ตำแหน่งของต่อมน้ำลาย <input type="checkbox"/> parotid glandข้าง	เส้นประสาทอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
<input type="checkbox"/> sublingualข้าง	ภาวะหูหนวก <input type="checkbox"/> มีข้าง <input type="checkbox"/> ไม่มี
<input type="checkbox"/> submaxillaryข้าง	ข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อัมพาตอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไตรอยดักอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
รังไข่อักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
เยื่อหุ้มสมองอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	อื่น ๆ ระบุ.....

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกัน ไม่ตรวจ ตรวจ
วันเจาะเลือด วันส่งตรวจ titer
เจาะเลือดครั้งที่ 1
เจาะเลือดครั้งที่ 2
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.2 การตรวจด้วยวิธี ELISA TEST ไม่ตรวจ ตรวจ
วันเจาะเลือด วันส่งตรวจ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ผลการตรวจ

3.3 การแยกเชื้อไวรัสคางทูม ไม่ตรวจ ตรวจ
ส่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง วันส่งตรวจ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ผลการตรวจ

3.4 การตรวจโดยวิธีอื่น ๆ ไม่ตรวจ ตรวจ ระบุวิธี

สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง วันส่งตรวจ

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ผลการตรวจ

4. การรักษา

ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ซื้อยากินเอง ชื่อยา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

การรักษารั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย

การรักษา

.....

วันที่วินิจฉัย / / วันที่จำหน่าย / /

ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ วันที่ได้รับ

5. ประวัติการได้รับวัคซีน

5.1 MMR 1 ได้ วันที่ได้รับวัคซีน ไม่ได้ ไม่ทราบ

5.2 MMR 2 ได้ วันที่ได้รับวัคซีน ไม่ได้ ไม่ทราบ

5.3 มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ มี ไม่มี

6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

6.1 ในช่วง 25 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยโรคคางทูมหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ

1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย

ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย

ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

6.2 ในช่วง 25 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีผู้ป่วยด้วยโรคคางทูมที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ

1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย

ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย

ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

6.3 ในช่วง 25 วันที่ผ่านมา ก่อนที่ผู้ป่วยรายนี้จะมาป่วย มีผู้ป่วยด้วยโรคคางทูมที่อยู่ในโรงเรียนหรือสถานที่ทำงานเดียวกันหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ

- ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย
ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์
- ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย
ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

7. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ก่อนที่ผู้ป่วยรายนี้จะมาป่วยมีอาการปวดบวมที่ต่อมน้ำลายหรือ 9 วันหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการปวดบวมที่ต่อมน้ำลายมีประวัติสัมผัสกับคนอื่น ๆ หรือไม่

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

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

8. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ๆ

- ชื่อ อายุ ปี เพศ หมายเลขโทรศัพท์
มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี ระบุ
- ชื่อ อายุ ปี เพศ หมายเลขโทรศัพท์
มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี ระบุ

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์
ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด
วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์