

# แบบสอบถามโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากพยาธิ (Eosinophilic meningitis)/ เยื่อหุ้มสมองอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ (Unspecified meningitis)

## 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) .....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....

## 2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่  ไม่มี  มี

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.

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

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คอแข็ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะรุนแรง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซึม <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	สับสน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ชักเกร็ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไม่รู้สึกร่างกาย/ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใด ๆ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ความทรงจำหายไป <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	สูญเสียความสามารถในการพูด อ่าน เขียน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่น ๆ ระบุ .....

## 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

### 3.1 การตรวจตัวอย่างเลือด

#### 3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ ..... Hct ..... % Platelet .....  $\times 10^3$  WBC .....  
Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... % Eosinophil ..... %  
Monocyte ..... % Other .....

ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ ..... Hct ..... % Platelet .....  $\times 10^3$  WBC .....  
Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... % Eosinophil ..... %  
Monocyte ..... % Other .....

- 3.1.2 การย้อมสีอื่น ๆ ระบุ .....  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....
- 3.1.3 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ผล Serogroup .....  
 ผล Drug sensitivity ระบุชื่อยา .....  
 ผล Drug resistance ระบุชื่อยา .....  
 ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....
- 3.1.4 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ ระบุวิธี .....  
 Single serum วันที่ส่งตรวจ ..... Titer .....  
 สรุปผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....  
 Pair sera ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ ..... Titer .....  
 ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ ..... Titer .....  
 สรุปผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....
- 3.1.5 วิธี PCR  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....
- 3.1.6 อื่น ๆ ระบุ .....  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....
- 3.2. การตรวจตัวอย่างน้ำไขสันหลัง (CSF)
- 3.2.1 การตรวจนับเซลล์และซีวเคมี  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
 ลักษณะของน้ำไขสันหลัง  ขุ่น ใส  อื่น ๆ ระบุ.....  
 Cell count ..... Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... % Eosinophil ..... %  
 Glucose ..... mg/dl Protein ..... mg/dl Other .....
- 3.2.2 การย้อมสีแกรม  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....
- 3.2.3 การย้อมสีอื่น ๆ ระบุ .....  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....
- 3.2.4 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ผล Serogroup .....  
 ผล Drug sensitivity ระบุชื่อยา .....  
 ผล Drug resistance ระบุชื่อยา .....  
 ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....
- 3.2.5 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
 ระบุวิธี ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....
- 3.2.6 วิธี PCR  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....
- 3.2.7 อื่น ๆ ระบุ .....  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....
- 3.3. ตัวอย่างอื่น ๆ ระบุชนิดตัวอย่าง ..... วิธีตรวจ.....  
 ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ ..... ผล .....  
 ผล Drug resistance ระบุชื่อยา ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....
- 3.4 การตรวจทางรังสีวิทยา ระบบประสาท (Neuroimaging)
- 3.4.1 CT Brain วันที่ตรวจ ..... การฉีดสี  ฉีด  ไม่ฉีด ผลการตรวจ .....
- 3.4.2 MRI Brain วันที่ตรวจ ..... ผลการตรวจ .....

#### 4. การรักษา

ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

การรักษาครั้งนี้ : วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....

สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....

ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

ไม่ได้รับ  ได้รับ ระบุ ..... วันที่ได้รับ .....

ประวัติได้รับวัคซีน ได้ข้อมูลจาก .....

JE  ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....  ไม่ได้รับ ไม่ทราบ

DTP  ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....  ไม่ได้รับ ไม่ทราบ

BCG  ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....  ไม่ได้รับ ไม่ทราบ

อื่น ๆ ระบุ ..... ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....

#### 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

##### 5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

ทำงานในบริเวณที่มีสัตว์/โรงฆ่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....

ทำงานที่ต้องเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....

ทำสวน/ไร่ นา ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....

อื่น ๆ ระบุ ..... ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....

##### 5.2 ประวัติการสัมผัสโรค

###### 1. การรับประทานอาหาร

หอยโข่ง  ไม่กิน  กิน ระบุเมนู ..... ลักษณะอาหาร  ปิ้งสุก  ไม่ได้ปิ้งสุก

หอยเชอรี่  ไม่กิน  กิน ระบุเมนู ..... ลักษณะอาหาร  ปิ้งสุก  ไม่ได้ปิ้งสุก

.....  ไม่กิน  กิน ระบุเมนู ..... ลักษณะอาหาร  ปิ้งสุก  ไม่ได้ปิ้งสุก

.....  ไม่กิน  กิน ระบุเมนู ..... ลักษณะอาหาร  ปิ้งสุก  ไม่ได้ปิ้งสุก

.....  ไม่กิน  กิน ระบุเมนู ..... ลักษณะอาหาร  ปิ้งสุก  ไม่ได้ปิ้งสุก

###### 2. ได้สัมผัสสัตว์ ภายใน 30 วันก่อนป่วย

สุนัข  ไม่มี  มี ระบุ .....

ม้า  ไม่มี  มี ระบุ .....

ค่างคาว  ไม่มี  มี ระบุ .....

นก  ไม่มี  มี ระบุ .....

สุกร  ไม่มี  มี ระบุ ..... (ระบุลักษณะกิจกรรมที่สัมผัส เช่น เลี้ยง/ค้าขาย/ล่า อื่น ๆ )

อื่น ๆ ระบุ .....

###### 3. ประวัติสัมผัสสัตว์อื่น ๆ ภายใน 30 วันก่อนป่วย

มีประวัติถูกสุนัข/แมวกัดหรือข่วน  ไม่เคย  เคย

มีประวัติถูกเห็บกัดหรือไม่  ไม่เคย  เคย

ได้ทำกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น เดินป่า เข้าถ้ำ หรือไม่  ไม่เคย  เคย

ระบุประเภทกิจกรรม ..... สถานที่เดินทางไป .....

อื่น ๆ ระบุ .....

### 5.3 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

1. สภาพบ้าน มีมุ้งลวดรอบบ้านหรือไม่  ไม่มี  มี  
 นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่  ไม่มี  มี
2. บริเวณรอบบ้าน มีทุ่งนาหรือไม่  ไม่มี  มี  
 มีคอกสัตว์หรือไม่  ไม่มี  มี
3. ในหมู่บ้าน มีขยะ/ของวางรกรุงรังหรือไม่  ไม่มี  มี  
 มีนกพิราบ/นกเขาชุกชุมหรือไม่  ไม่มี  มี
- มีค้างคาวหรือไม่  ไม่มี  มี ระบุชนิดสัตว์ ..... (ค้างคาวกินผลไม้หรือกินแมลง)

### 5.4 การเดินทางออกจากพื้นที่นอกบริเวณที่พักอาศัย (ภายใน 30 วันก่อนป่วย) หรือไม่

1. ระบุ ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
 สภาพพื้นที่  ทุ่งนา  คอกสัตว์  อื่น ๆ ระบุ .....
2. ระบุ ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
 สภาพพื้นที่  ทุ่งนา  คอกสัตว์  อื่น ๆ ระบุ .....

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย

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 .....	

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

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

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

หมายเหตุ : เยื่อหุ้มสมองอักเสบ สาเหตุจากเชื้อแบคทีเรีย (เช่น *S. pneumoniae*, *H. influenzae*) และเชื้อรา

ระยะฟักตัว : ไม่ทราบแน่ชัด โอกาสที่น่าจะเป็นไปได้ ระยะสั้น 2-4 วัน