

# แบบสอบสวนโรคโบทูลิซึม (Botulism)

## 1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน  -  -  -  -  อายุ ..... ปี ..... เดือน เพศ  ชาย  หญิง

HN ..... AN ..... ศาสนา ..... เชื้อชาติ .....

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) ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

## 2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่  ไม่มี  มี

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา .....

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

|                          |   |                        |   |
|--------------------------|---|------------------------|---|
| หายใจเหนื่อยหอบ          | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | คลื่นไส้               | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| หายใจลำบาก               |   |                        |   |
| วิงเวียนศีรษะ            | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | อาเจียน                | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ตาพร่ามัวหรือเห็นภาพซ้อน | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ปวดท้อง                | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ถ่ายเหลวมากกว่า 3 ครั้ง  | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ชา (ระบุอวัยวะ ..... ) | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| หนังตาตก                 | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | แขนขาอ่อนแรง           | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| กลืนลำบากหรือพูดไม่ชัด   | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ปากแห้ง                | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| หน้าเขียว ปากเขียว       | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | อื่น ๆ .....           |   |

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 อาหารที่ส่งตรวจ Botulinum toxin  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ ระบุ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.2 การตรวจ Botulinum toxin  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ จาก ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.3 อาหารที่ส่งเพาะแยกเชื้อ  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ ระบุ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.4 วิธีเพาะแยกเชื้อ  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ ระบุ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

### 4. การรักษา

- 4.1 ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
การรักษาครั้งนี้ : วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.  
 ได้พบแพทย์  พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  อื่น ๆ ระบุ .....
- ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน  
ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....
- สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....
- ผลการตรวจกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) .....
- ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้  
 ไม่ได้รับ  ได้รับ ระบุ 1. .... วันที่ได้รับ .....  
2. .... วันที่ได้รับ .....  
3. .... วันที่ได้รับ .....
- ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ  ไม่ได้รับ  ได้รับ  ไม่ทราบ  
ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่  ไม่ได้รับ  ได้รับ  ไม่ทราบ
- 4.2 ป่วยครั้งนี้ได้รับยาปฏิชีวนะ (ยาด้านจุลชีพ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่  
 ไม่ได้รับ  
 ได้รับ ระบุชื่อยา ..... วันที่เริ่มกิน ..... วันที่สิ้นสุด .....
- ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ..... ครั้ง ..... วัน  
ทานยาสม่ำเสมอทุกมื้อหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่
- 4.3 ได้รับ Botulism antitoxin  ไม่ได้รับ  ได้รับ  ไม่ทราบ  
4.4 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (Intubation)  ไม่ได้รับ  ได้รับ  ไม่ทราบ

### 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 5.1 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือไม่  
 ไม่มี  มี ระบุ .....
- 5.2 ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือทำงานในสถานดูแลคนชรา/เด็ก/ผู้ป่วยเรื้อรังหรือสถานสงเคราะห์อื่นที่มีการอาศัยอยู่ร่วมกัน  
เป็นจำนวนมากหรือไม่  
 ไม่ใช่  
 ใช่ ระบุสถานที่ .....
- บทบาทของผู้ป่วยในสถานที่นั้น ๆ .....

5.3 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย มีบาดแผลหรือไม่

ไม่มี  มี วันที่มีบาดแผล ..... สาเหตุของบาดแผล .....

ลักษณะของบาดแผล .....

มีการทำความสะอาดบาดแผลหรือไม่  ไม่มี  มี น้ำยาที่ใช้ทำความสะอาด ระบุ .....

มีการใส่ยาฆ่าเชื้อหรือไม่  ไม่มี  มี ยาที่ใช้ ระบุ .....

5.4 ในช่วง 7 วันก่อนป่วย ได้บริโภคอาหารหมักดองหรือไม่

ไม่ได้บริโภค  บริโภค ระบุ .....

5.5 ในช่วง 7 วันก่อนป่วย ได้บริโภคอาหารที่บรรจุในภาชนะที่ปิดมิดชิด (เช่น กระป๋อง ป๊อป ขวดแก้ว) หรือที่ปรุงจากภาชนะก้นลึกหรือไม่

ไม่ได้บริโภค  บริโภค ระบุ .....

5.6 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย รับประทานหรืออาหารทางหลอดเลือดดำหรือได้รับการฉีดยาหรือไม่

ไม่ได้รับ  ได้รับ ระบุ .....

5.7 ประวัติการรับประทานอาหารช่วง 3 วันก่อนเริ่มป่วย

|                       | มือเช้า | มือกลางวัน | มือเย็น |
|-----------------------|---------|------------|---------|
| วันที่ .....          |         |            |         |
| ประเภทอาหาร (ระบุ)    |         |            |         |
| แหล่งที่ซื้อ          |         |            |         |
| จำนวนผู้ร่วมรับประทาน |         |            |         |
| วันที่ .....          |         |            |         |
| ประเภทอาหาร (ระบุ)    |         |            |         |
| แหล่งที่ซื้อ          |         |            |         |
| จำนวนผู้ร่วมรับประทาน |         |            |         |
| วันที่ .....          |         |            |         |
| ประเภทอาหาร (ระบุ)    |         |            |         |
| แหล่งที่ซื้อ          |         |            |         |
| จำนวนผู้ร่วมรับประทาน |         |            |         |

5.8 อาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วยครั้งนี้ ระบุ .....

วันที่รับประทาน ..... เวลา ..... น. ซื้อจากแหล่ง ระบุ .....

แหล่งที่มา  ทำเอง  ได้รับมาจาก .....  ซื้อจากแหล่ง ระบุ .....

5.9 ขั้นตอนการทำอาหารที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ (บรรยายการทำอาหารตั้งแต่แหล่งที่หาวัตถุดิบ วิธีการทำ และวิธีการจัดเก็บ) .....

.....  
.....  
.....

5.10 จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหารที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ ..... คน

มีอาการเหมือนผู้ป่วย ..... คน

ไม่มีใครมีอาการป่วย

## 6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น: ในสถานที่เดียวกัน และช่วงเวลาใกล้เคียงกันกับการป่วยของผู้ป่วย

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน) ของผู้ป่วยรายนี้  
จำนวน ..... คน (ระบุ)

| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | ผลการตรวจหา toxin จากตัวอย่างส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง                  |  |  | วันที่เริ่มมีอาการป่วยคล้าย/ผู้ป่วย | ไม่มีอาการ |
|-------|-----------|--|--|--|-------------------------------------|------------|
|       |           | อุจจาระ<br>...../...../.....   | น้ำส้วนล้าง<br>กระเพาะ<br>...../...../.....                              | อาเจียน<br>...../...../.....   |                                     |            |
|       |           | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ .....<br><input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ .....<br><input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ .....<br><input type="checkbox"/> ไม่พบ |                                     |            |
|       |           | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ .....<br><input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ .....<br><input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ .....<br><input type="checkbox"/> ไม่พบ |                                     |            |
|       |           | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ .....<br><input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ .....<br><input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ .....<br><input type="checkbox"/> ไม่พบ |                                     |            |
|       |           | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ .....<br><input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ .....<br><input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ .....<br><input type="checkbox"/> ไม่พบ |                                     |            |

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

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

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