

แบบสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika virus disease)

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 (กรณีผู้ป่วยต่ำกว่า 15 ปี)

อาชีพผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

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

มีผื่นหรือไม่ ไม่มี มี วันเริ่มออกผื่น/...../..... ชนิดผื่น

บริเวณที่พบผื่น (ใส่ตัวเลขเรียงลำดับก่อน-หลัง)

ใบหน้า ไหล่ แขน ขา ลำตัว อื่น ๆ

ไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	<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
ปวดข้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ข้อบวม/แดง/ร้อน	<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	ตาแดง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลุ่มอาการทางเดินหายใจส่วนบน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตอบเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์		อื่น ๆ	
คลอดทารกแรกเกิดศีรษะเล็ก ความยาวรอบศีรษะ cm	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ทารกในครรภ์ศีรษะ ความยาวรอบศีรษะ cm	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 Zika PCR จากปัสสาวะ ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 Zika PCR จากเลือด ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 Zika PCR ตัวอย่างอื่น ๆ ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 Zika IgM เฉพาะเด็กทารก และ GBS ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.5 Zika IgG เฉพาะเด็กหัวเล็กที่ Zika IgM negative ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
- ซ้ำยากินเอง ซ้ำยา รักษาด้วยยาสมุนไพร ซ้ำยา
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- การรักษาครั้งนี้ วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
- ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ วันที่ได้รับ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- ในระยะ 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย
- สัมผัสผู้ป่วยไข่ออกผื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว ก่อนป่วย ระบุ
- มีคนในครอบครัว มีอาการไข้ ออกผื่น
- มีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยไข่ออกผื่น
- ทำนเดินทางไปในพื้นที่ที่มีประวัติเสี่ยงโรคชิก้า ระบุ
- บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคชิก้า
- โดยอยู่ในรัศมี 0-25 เมตร 26-50 เมตร 51-100 เมตร เกิน 100 เมตร
- กรณีหญิงตั้งครรภ์ หรือทารกศีรษะเล็ก
- หญิงตั้งครรภ์ หรือมารดามีประวัติได้รับเลือดจากผู้บริจาคโลหิตในระหว่างตั้งครรภ์

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค และประวัติเสี่ยง ในช่วงก่อนป่วย 14 วัน และหลังป่วย 5 วัน

6.1 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่จริง คน ผู้ที่มีอาการไข้/ผื่น 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	

6.2 ประวัติเดินทางก่อนป่วย 14 วัน และหลังป่วย 5 วัน (นอกเหนือจากโรงเรียนและที่ทำงาน)

- สถานที่ วันที่เดินทาง
- สถานที่ วันที่เดินทาง
- สถานที่ วันที่เดินทาง

7. สรุปผลการสอบสวนโรค

7.1 สรุปผู้ป่วย 1. Probable 2. Confirmed 3. Asymptomatic infection

7.2 วันที่ยืนยันการติดเชื้อ เฉพาะกรณีผู้ป่วยยืนยันหรือติดเชื้อไม่มีอาการ/...../.....

- 7.3 ที่มาของผู้ป่วย มารับการรักษา ค้นหาย้อนหลังจากโรงพยาบาล
 หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ค้นหาเพิ่มเติมจากกลุ่มอื่น ๆ ระบุ

ผู้สัมผัส กรณีเลือกผู้สัมผัสโปรดระบุรายละเอียดดังนี้

เป็นผู้สัมผัสของผู้ป่วยยืนยัน ชื่อ

- ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สัมผัสร่วมโรงเรียน/ที่ทำงาน ผู้ที่อยู่ในรัศมี 100 เมตร
 ผู้ที่อยู่นอกรัศมี 100 เมตร หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เป้าหมาย
 หญิงตั้งครรภ์นอกพื้นที่เป้าหมาย อื่น ๆ ระบุ

เฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้ถามเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

1. ตั้งครรภ์หรือไม่ ไม่ใช่ ใช่ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
เดือนที่กำหนดคลอด / ระบุเดือน/ปี สัปดาห์ที่คลอด
2. อายุครรภ์เมื่อผู้ป่วยมารักษาหรือพบแพทย์ครั้งแรก สัปดาห์
3. อายุครรภ์เมื่อมีอาการสงสัยหรือพบว่าติดเชื้ สัปดาห์
4. สถานที่คลอด
5. ผลการตั้งครรภ์
- คลอดทารกปกติ คลอดทารกผิดปกติ ทารกเสียชีวิตเมื่อแรกเกิด
- ทารกตายในครรภ์ (GA 28 wk เป็นต้นไป) แท้งบุตร (GA น้อยกว่า 28 wk)
- ยังไม่คลอด

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์