

แบบสอบถามโรคหัดเยอรมันแต่กำเนิด (Congenital rubella syndrome)

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

ภูมิลำเนา เป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุลมารดา เลขที่บัตรประชาชน - - - -

อายุ ปี จำนวนการตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้

ฝากครรภ์หรือไม่ ไม่ฝาก ฝาก ระบุสถานที่ฝากครรภ์ สถานที่คลอดครั้งนี้

อายุครรภ์ของมารดาตอนคลอด สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอด กรัม APGAR score

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

หัวใจพิการแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มีจ้ำเลือด (purpura) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ้ามี โปรดระบุชนิด.....	
ตาเป็นต้อกระจก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ศีรษะเล็ก (Microcephaly) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ต้อหินแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	สมองหรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningoencephalitis) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
Pigmentary retinopathy <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตัวเหลือง ตาเหลือง ภายใน 24 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
สูญเสียการได้ยิน <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
Radiolucent bone disease <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	พัฒนาการล่าช้า <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาการผิดปกติอื่น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ระบุ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจทางซีโรโลยี (Rubella IgM) ไม่ตรวจ ตรวจ
สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 การตรวจทางซีโรโลยี (Rubella IgG) ไม่ตรวจ ตรวจ
สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 วิธีเพาะแยกเชื้อ ไม่ตรวจ ตรวจ
สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 วิธี PCR ไม่ตรวจ ตรวจ
สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ระบุ ส่งต่อ ระบุ
สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 มารดาเคยได้รับวัคซีนป้องกันหัดเยอรมันก่อนตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้าเคย ระบุอายุที่เคยได้รับวัคซีน	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ
5.2 มารดาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหัดเยอรมันในขณะตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้ามีระบุอายุครรภ์ตอนได้รับการวินิจฉัย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
5.3 มารดามีประวัติไข่ออกผื่นระหว่างตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้ามีระบุอายุครรภ์ตอนได้รับการวินิจฉัย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
5.4 มารดามีประวัติไข่ออกผื่นร่วมกับมีต่อมน้ำเหลืองโต และปวดข้อระหว่าง ตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้ามีระบุอายุครรภ์ สัปดาห์	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
5.5 มารดาเคยมีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยหัดเยอรมันขณะตั้งครรภ์หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
5.6 มารดาเคยมีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยไข่ออกผื่นขณะตั้งครรภ์หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

มีหญิงตั้งครรภ์ที่สัมผัสกับผู้ป่วยหรือไม่

ไม่มี

มี ระบุชื่อ บ้านเลขที่ อายุ เพศ

ไม่มีอาการป่วย

มีอาการป่วย ระบุอาการ

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์