

# แบบสอบสวนอหิวาตกโรค (Cholera)

## 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.  
 ใช่  ไม่ใช่ ระบุ .....

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  
 ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

สถานที่เกิดการระบาด ..... หมู่ที่ ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

## 2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่  ไม่มี  มี

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.

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

ปวดท้อง	<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
ถ่ายเหลว	<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
ถ่ายเป็นน้ำ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ขาดน้ำ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายมีมูก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซีด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายมีเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หนาวสั่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่น ๆ .....	

## 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

### 3.1 วิธีส่องกล้องจุลทรรศน์

ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ

ก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ  หลังได้รับยาปฏิชีวนะ) สิ่งส่งตรวจ .....

วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2 วิธีใช้ชุดทดสอบ Dipstick test

ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ  
 ก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ  หลังได้รับยาปฏิชีวนะ สิ่งส่งตรวจ .....  
 วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.3 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ .....  
 วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.4 วิธี PCR  
 ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ  
 ก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ  หลังได้รับยาปฏิชีวนะ สิ่งส่งตรวจ .....  
 วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.5 การตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี .....  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ  
 สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ ..... ผล .....  
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.6 ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ

Tetracycline	<input type="checkbox"/> Sense <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Resist
Co-trimoxazole (Bactrim)	<input type="checkbox"/> Sense <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Resist
Ampicillin	<input type="checkbox"/> Sense <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Resist
Norfloxacin	<input type="checkbox"/> Sense <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Resist
Doxycycline	<input type="checkbox"/> Sense <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Resist
อื่น ๆ .....	<input type="checkbox"/> Sense <input type="checkbox"/> Intermediate <input type="checkbox"/> Resist

#### 4. การรักษา

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

ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้  
 ไม่ได้รับ  ได้รับ ระบุ 1. .... วันที่ได้รับ .....  
 2. .... วันที่ได้รับ .....  
 3. .... วันที่ได้รับ .....

4.2 ได้รับยาปฏิชีวนะ (ยาด้านจุลชีพ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่  
 ไม่ได้รับ  
 ได้รับ ระบุชื่อยา ..... วันที่เริ่มกิน ..... วันที่สิ้นสุด .....

ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ..... ครั้ง ..... วัน  
 ทานยาสม่ำเสมอทุกมื้อหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่

## 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ในช่วง 5 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยได้เดินทางออกนอกพื้นที่หรือไม่

ไม่ได้เดินทาง

เดินทางไปสถานที่ ..... ตำบล .....  
อำเภอ ..... จังหวัด .....

5.2 ประวัติการรับประทานอาหาร

	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น	อาหารมือรอง
วันที่ ..... ประเภทอาหาร แหล่งที่มาของอาหาร ผู้ที่รับประทานร่วม				
วันที่ ..... ประเภทอาหาร แหล่งที่มาของอาหาร ผู้ที่รับประทานร่วม				
วันที่ ..... ประเภทอาหาร แหล่งที่มาของอาหาร ผู้ที่รับประทานร่วม				

5.3 ในช่วง 7 วัน ก่อนป่วย มีประวัติสัมผัสกับอาการของผู้ป่วยที่มีอาการท้องร่วงเฉียบพลันหรือไม่

ไม่ได้สัมผัส

สัมผัส วันที่สัมผัส ..... ลักษณะการสัมผัส .....  
เป็นผู้ป่วยยืนยันอันอหิวาตกโรคหรือไม่  เป็น  ไม่เป็น  ไม่ทราบ

5.4 ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือทำงานในสถานดูแลคนชรา/เด็ก/ผู้ป่วยเรื้อรังหรือโรงพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์อื่นที่มีการอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากหรือไม่

ไม่ใช่

ใช่ ระบุสถานที่ .....  
บทบาทของผู้ป่วยในสถานนั้น ๆ .....

5.5 น้ำดื่มที่ดื่มเป็นประจำ  ดื่ม  ไม่ดื่ม  กรอง  บรรจุขวดที่ได้มาตรฐาน

5.6 แหล่งน้ำที่ใช้ในการบริโภคประจำวัน

น้ำประปา

น้ำบาดาล

น้ำฝน

แม่น้ำ/คลอง

น้ำดื่มบรรจุขวด ยี่ห้อ .....

อื่น ๆ ระบุ .....

5.7 ประวัติในการเล่นน้ำ/ว่ายน้ำหรือสัมผัสแหล่งน้ำ ในช่วง 7 วันก่อนป่วย

ไม่มี

มี ระบุ .....

5.8 ทำงานหรือมีประวัติในการประกอบอาหาร

ไม่มี

มี ระบุสถานที่ .....

### 5.9 ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสอื่น ๆ ในชุมชน (Line listing)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	มีอาการป่วยหรือไม่	อาการป่วย	วันเริ่มป่วย	เวลาเริ่มป่วย	อาหารที่รับประทาน	เวลาที่รับประทาน/เวลาที่ป่วยหลังรับประทาน	เก็บตัวอย่างส่งตรวจ	ผล lab
		ป่วย ไม่ป่วย				มือเช้า มือกลางวัน มือเย็น		เก็บ ไม่เก็บ	
		ป่วย ไม่ป่วย				มือเช้า มือกลางวัน มือเย็น		เก็บ ไม่เก็บ	
		ป่วย ไม่ป่วย				มือเช้า มือกลางวัน มือเย็น		เก็บ ไม่เก็บ	

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้ที่ร่วมรับประทานอาหารที่เป็นสาเหตุของการป่วย

ไม่มี

มี ระบุ

- ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... เพศ .....  
ที่อยู่ .....  
อาการป่วย  ไม่มี  มี ระบุอาการ .....
- ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... เพศ .....  
ที่อยู่ .....  
อาการป่วย  ไม่มี  มี ระบุอาการ .....
- ชื่อ-สกุล ..... อายุ ..... เพศ .....  
ที่อยู่ .....  
อาการป่วย  ไม่มี  มี ระบุอาการ .....

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

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

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