

# แบบสอบสวนไข้ไอบนเทอริค (Enteric fever)/โรคซัลโมเนลโลซิส (Salmonellosis)

## 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  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 ..... น.

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

ไข้ นาน ..... วัน <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
ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดเมื่อยตามตัว/ เหนื่อยล้า <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	เบื่ออาหาร <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ท้องอืด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ท้องผูก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ท้องเสีย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ่ายปนมูกเลือด <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	ถ่ายเป็นเลือดสด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นแดงตามหน้าอกหรือลำตัว (Rose spot) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไอ/หลอดลมอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ต่อมทอนซิลอักเสบ <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	ตับโต <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ .....	

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

วันที่ส่งตรวจ ..... Hct ..... % Platelet .....  $\times 10^3$  Cell/mm<sup>3</sup> WBC .....  
 Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... % Eosinophil ..... % Monocyte ..... %  
 Other .....

3.2 Widal test  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตัวอย่าง .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

#### 3.3 วิธีเพาะเชื้อจากตัวอย่างของผู้ป่วย

สิ่งส่งตรวจ	วันที่เก็บ ตัวอย่าง/ ห้องปฏิบัติการ ที่ส่งตรวจ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น					อื่น ๆ ระบุ	
			Ampi	Tetra	Norflox	Cotri	Doxy		Cipro
อุจจาระ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
ปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
เลือด <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
น้ำไขสันหลัง <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
ไขกระดูก <input type="checkbox"/> ตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
อื่น ๆ ระบุ .....		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							

#### 3.4 วิธีเพาะเชื้อจากตัวอย่างอาหาร น้ำดื่ม นม หรือตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ

สิ่งส่ง ตรวจ	แหล่ง ที่เก็บ	วันที่เก็บ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น					อื่น ๆ ระบุ	
				Ampi	Tetra	Norflox	Cotri	Doxy		Cipro
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ							

## 4. การรักษา

- 4.1 ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.  
 ได้พบแพทย์  พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  อื่น ๆ ระบุ .....
- ได้รับการวินิจฉัยโรค  
 Enteric Fever ระบุ  Typhoid  Paratyphoid  
 Salmonellosis  อื่น ๆ ระบุ .....
- ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน  
ผลการรักษา  กำลังรักษา  เสียชีวิต วันที่ ..... สาเหตุการเสียชีวิต .....  
 หาย  ส่งต่อ ระบุ .....
- สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....
- ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้  
 ไม่ได้รับ  ได้รับ ระบุ ..... วันที่ได้รับ .....
- ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ..... ครั้ง ..... วัน
- 4.2 ป่วยครั้งนี้ได้รับยาปฏิชีวนะ (ยาด้านจุลชีพ) กินเองก่อนได้รับการตรวจรักษาหรือไม่  
 ไม่ได้รับ  
 ได้รับ ระบุชื่อยา ..... วันที่เริ่มกิน ..... วันที่สิ้นสุด .....
- ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ..... ครั้ง ..... วัน  
ทานยาสม่ำเสมอทุกมื้อหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

## 5. ปัจจัยเสี่ยง

- 5.1 ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไทฟอยด์  
 ไม่เคยได้รับ  เคยได้รับ เมื่อ .....  ไม่ทราบ
- 5.2 ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยเดินทางไปที่ไหนบ้าง  
 ไม่ได้เดินทาง  
 เดินทางไปสถานที่ ..... ตำบล .....
- อำเภอ ..... จังหวัด .....
- 5.3 ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนป่วย ได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเอนเทอริค (ไข้ไทฟอยด์หรือพาราไทฟอยด์) หรือไม่  
 ไม่ใช่  ใช่
- 5.4 ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนป่วย มีผู้อาศัยร่วมบ้านหรือไม่  
 ไม่มี  
 มี ระบุจำนวน ..... คน  
- มีอาการป่วยที่เข้าได้กับโรคไข้เอนเทอริคหรือไม่  ไม่มีอาการป่วย  มีอาการป่วย
- 5.5 ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนป่วย มีบุคคลอื่นมาเยี่ยมหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่  
 ไม่มี  
 มี ระบุจำนวน ..... คน  
 ไม่ได้พักค้างแรม  
 พักค้างแรมเป็นระยะเวลา ..... วัน  
- บุคคลเหล่านั้นมีอาการป่วยที่เข้าได้กับโรคไข้เอนเทอริคหรือไม่  
 ไม่มีอาการป่วย  มีอาการป่วย  ไม่ทราบ/ไม่ได้สังเกต

5.6 พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม) ภายใน 3 สัปดาห์  
ก่อนการป่วยครั้งนี้ โดยปกติส่วนใหญ่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำที่ไหน

มื้ออาหาร	สถานที่					
	บ้าน	โรงเรียน	ร้านอาหาร	รถเข็น	หาบเร่	อื่น ๆ ระบุ .....
เช้า						
กลางวัน						
เย็น						
น้ำดื่ม ระบุประเภท ..... <input type="checkbox"/> ต้ม <input type="checkbox"/> ไม่ต้ม <input type="checkbox"/> กรอง <input type="checkbox"/> ขวดปิดสนิท แหล่งน้ำดื่ม ระบุ .....						

5.7 ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือทำงานในสถานดูแลคนชรา/เด็ก/ผู้ป่วยเรื้อรังหรือโรงพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์อื่น ที่มีการ  
อาศัยอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากหรือไม่  
 ไม่ใช่  
 ใช่ ระบุสถานที่ .....  
 บทบาทของผู้ป่วยในสถานทีนั้น ๆ .....

5.8 ผู้ประกอบอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน มีอาการป่วยที่เข้าได้กับโรคไข้แอนเทอริคหรือไม่  
 ไม่มีอาการป่วย  
 มีอาการป่วยก่อนผู้ป่วย ..... วัน  
 ไม่ได้รักษา  ได้รับการรักษาที่ .....  
 มีอาการป่วยหลังผู้ป่วย ..... วัน  
 ไม่ได้รักษา  ได้รับการรักษาที่ .....

5.9 ในการสอบสวนโรคครั้งนี้ได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ Rectal swab ในผู้ประกอบอาหารหรือไม่  
 ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ  
 ทำการเพาะเชื้อ วันที่เก็บตัวอย่าง ..... ผล .....  
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

5.10 ผู้ป่วยเป็นผู้ประกอบอาหารหรือมีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาหาร/ร้านอาหารหรือไม่  
 ไม่ใช่  
 ใช่ ระบุสถานที่ .....  
 บทบาทของผู้ป่วยในสถานทีนั้น ๆ .....

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือในสถานที่ที่อยู่อาศัยร่วมกันเป็นจำนวนมาก ที่ได้รับการตรวจเพาะเชื้อจากอุจจาระ/  
Rectal swab

ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	วันที่เก็บ ตัวอย่าง	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น					
				Ampi	Tetra	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ .....						
			<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ						
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ .....						
			<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ						
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ .....						
			<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ						
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ .....						
			<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ						

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

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

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

หมายเหตุ: ระยะเวลาฟักตัวของไข่ไทฟอยด์ ตั้งแต่ 3 วัน-1 เดือน โดยทั่วไป 1-3 สัปดาห์ ขึ้นกับปริมาณเชื้อที่ได้รับ  
สำหรับไข้พาราไทฟอยด์ มีระยะฟักตัว 1-10 วัน