

# แบบสอบถามโรคสุกใส หรืออีสุกอีใส (Varicella, Chickenpox)

## 1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN ..... AN ..... อาชีพ ..... ลักษณะงานที่ทำ .....

เชื้อชาติ ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ..... ซอย .....

ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ระบุ .....

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/ชุมชน ..... ซอย .....

ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

## 2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่  ไม่มี  มี

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา .....

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย ..... องศาเซลเซียส ซีฟจร ..... ครั้ง/นาที

หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ผื่นแดง (papule) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตุ่มน้ำใส <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตุ่มหนอง (pastule) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หายใจเหนื่อยหอบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	แผลตกสะเก็ด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่นๆ .....	

## 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 วิธี PCR  ไม่ตรวจ  ตรวจ ระบุ .....
- สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่เก็บตัวอย่าง .....
- สถานที่ส่งตัวอย่าง ..... ผลการตรวจ .....
- 3.2 การตรวจหาระดับ Neutralizing antibody titer ต่อ varicella zoster virus
- ไม่ตรวจ  ตรวจ ระบุ .....
- เจาะเลือดครั้งที่ 1 วันที่เจาะ ..... สถานที่ส่งตัวอย่าง .....
- ผล Titer .....
- เจาะเลือดครั้งที่ 2 วันที่เจาะ ..... สถานที่ส่งตัวอย่าง .....
- ผล Titer .....
- 3.3 วิธี ELISA test  ไม่ตรวจ  ตรวจ ระบุ .....
- เจาะเลือดวันที่ ..... สถานที่ส่งตัวอย่าง .....
- ผลการตรวจ .....
- 3.4 วิธี TZANCK test  ไม่ตรวจ  ตรวจ ระบุ .....
- วันที่เก็บตัวอย่าง ..... สถานที่ส่งตัวอย่าง .....
- ผลการตรวจ  ไม่พบ  พบ Multinucleated giant cell

3.5 การตรวจโดยวิธีอื่น ๆ  ไม่ตรวจ  ตรวจ ระบุวิธี .....

สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่เก็บตัวอย่าง .....

สถานที่ส่งตัวอย่าง ..... ผลการตรวจ .....

#### 4. การรักษา

ประวัติการรักษาก่อนหน้านี้ เคยไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่นหรือไม่

ไม่เคยไป

เคยไป ระบุชื่อสถานบริการ ..... วันที่ ...../...../.....

การรักษาครั้งนี้ : สถานที่รักษา ..... เข้ารับการรักษาวันที่ ...../...../.....

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

ไม่ได้รับ  ได้รับ ระบุ 1. .... วันที่ได้รับ .....

2. .... วันที่ได้รับ .....

3. .... วันที่ได้รับ .....

การวินิจฉัย ..... วันที่ ...../...../..... วันที่จำหน่าย ...../...../.....

#### 5. ประวัติการได้รับวัคซีน (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคสุกใส

DOSE 1  ไม่ วันที่ .....  ไม่ได้  ไม่ทราบ

DOSE 2  ไม่ วันที่ .....  ไม่ได้  ไม่ทราบ

แหล่งข้อมูลการรับวัคซีน โปรตรระบุ

สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก  ทะเบียนการได้รับวัคซีนในเด็กที่สถานบริการ .....

คำบอกเล่าจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง  อื่น ๆ ระบุ .....

#### 6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

6.1 ในช่วง 21 วันก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสในโรงเรียน/สถานที่ทำงาน หรือไม่

ไม่เคย  เคย (ระบุชื่อ) .....

1. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

2. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

6.2 ในช่วง 21 วันก่อนป่วยมีผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

ไม่เคย  เคย (ระบุชื่อ) .....

1. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

2. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

6.3 ในช่วง 21 วันก่อนป่วยมีผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกเดียวกันหรือไม่

ไม่เคย  เคย (ระบุชื่อ) .....

1. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

2. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

## 7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ในช่วง 5 วันที่ผ่านมา นับจากวันที่ผู้ป่วยรายนี้เริ่มมีตุ่มใส มีประวัติสัมผัสกับบุคคลอื่นหรือไม่

ไม่มี       มี ระบุ

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....	
2.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....	
3.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....	
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....	
5.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....	

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

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

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