

แบบสอบถามไข้เลือดออก (Dengue fever)

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 (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 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

ไข้/ไข้เฉียบพลัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดกล้ามเนื้อ	<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	ปวดกระดูกหรือข้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ดับโต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ผื่นแดง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกทางอวัยวะภายใน	<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	มีภาวะช็อก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
Tourniquet test (บวก/ลบ) ระบุ	<input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

CBC	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา
Hematocrit %					
WBC					
Neutrophil %					
Lymphocyte%					
Atypical Lymphocyte %					
Platelet ต่อ ลบ.มม.					
Albumin					
อื่น ๆ ระบุ					

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

- 3.2.1 PCR ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2.2 NS1 antigen ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2.3 Dengue IgM/ IgG ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
 วันที่ส่งตรวจ ผล
- 3.2.4 การเพาะแยกเชื้อ ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ.....
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2.5 HI การตรวจซีรัมคู่ ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วันที่ส่งตรวจครั้งที่ 1 Titer
 วันที่ส่งตรวจครั้งที่ 2 Titer
 การตรวจซีรัมเดี่ยว ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ Titer
- 3.2.6 EIA ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2.7 อื่น ๆ ระบุวิธี ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
 วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
 ไปรับการตรวจรักษา
 ซ้ำยากินเอง ชื่อยา รักษาด้วยยาสมุนไพร ชื่อยา
 การรักษาครั้งนี้เป็นการตรวจรักษาครั้งแรก ใช่ ไม่ใช่
 สถานที่รักษาครั้งแรก วันที่มาโรงพยาบาล เวลา น.
 สถานที่รักษาครั้งที่ 2 วันที่มาโรงพยาบาล เวลา น.
 สถานที่รักษาครั้งที่ 3 วันที่มาโรงพยาบาล เวลา น.
 สถานที่วินิจฉัยเป็นโรคไข้เลือดออก
 การวินิจฉัยครั้งนี้ DF DHF DSS EDS
 ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
 ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
 วันที่จำหน่าย

5. ประวัติการสัมผัสโรค ในระยะ 14 วัน ก่อนวันที่เริ่มป่วย (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไปทำงานกับผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก
 มีเพื่อนหรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก
 มีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก
 ที่โรงเรียนมีเพื่อน/ครู ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก
 บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก
 โดยอยู่ในรัศมี 0-25 เมตร 26-50 เมตร 51-100 เมตร เกิน 100 เมตร
 เดินทางไปในพื้นที่อื่นที่มีการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ระบุ
 เคยมีประวัติรับวัคซีนไข้เลือดออก ระบุชนิดของวัคซีนที่ทราบ
 จำนวนครั้งที่รับวัคซีน ครั้ง รับวัคซีนไข้เลือดออกครั้งสุดท้ายเมื่อ
 ไม่มีการสัมผัสผู้ป่วยที่สงสัย หรือไม่ได้เดินทางไปยังพื้นที่อื่น

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค ในช่วงก่อนป่วย 14 วัน และหลังป่วย 5 วัน

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย) สงสัยเป็นไข้เลือดออก 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	

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
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)

1. สถานที่ วันที่เดินทาง
2. สถานที่ วันที่เดินทาง
3. สถานที่ วันที่เดินทาง

7. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

วันที่สำรวจ	สำรวจลูกน้ำยุงลาย	บ้านผู้ป่วย	รอบบ้านผู้ป่วย (รัศมี 100 เมตร)	โรงเรียน	วัด	อื่น ๆ ระบุ
วันที่ 0	จำนวนภาชนะ/บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 3	จำนวนภาชนะ/บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 7	จำนวนภาชนะ/บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					

วันที่ สำรวจ	สำรวจ ลูกน้ำยุงลาย	บ้านผู้ป่วย	รอบบ้านผู้ป่วย (รัศมี 100 เมตร)	โรงเรียน	วัด	อื่น ๆ ระบุ
วันที่ 14	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 21	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 28	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					

มาตรการเบื้องต้น

ประชาคมชุมชนที่พบผู้ป่วย

.....

.....

การพ่นฆ่ายุงตัวแก่ วันที่ ครั้งที่ /วันที่ ครั้งที่ /วันที่ ครั้งที่ /วันที่ ครั้งที่

.....

.....

.....

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์