

แบบสอบถามวัณโรค (Tuberculosis)

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 (กรณีผู้ป่วยต่ำกว่า 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	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไอมีเสมหะปนเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไอ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เจ็บหน้าอก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เหงื่อออกกลางคืน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจเสมหะวิธี direct smear (AFB) ไม่ตรวจ ตรวจ
ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ ผล
ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ ผล
ครั้งที่ 3 วันที่ส่งตรวจ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 วิธีเพาะเชื้อจากเสมหะ ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
เชื้อที่พบ ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 วิธีเพาะเชื้อจากแหล่งอื่น ๆ ได้แก่ ไม่ตรวจ ตรวจ
 เลือด วันที่ส่งตรวจ ผล
 น้ำไขสันหลัง วันที่ส่งตรวจ ผล
 น้ำจากช่องเยื่อหุ้มปอด วันที่ส่งตรวจ ผล
 น้ำล้างกระเพาะอาหาร วันที่ส่งตรวจ ผล
 ปัสสาวะ วันที่ส่งตรวจ ผล
 อุจจาระ วันที่ส่งตรวจ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 ภาพถ่ายรังสีปอด ไม่ตรวจ ตรวจ
ผล
.....
.....

4. การรักษา

- 4.1 ประวัติรักษาครั้งปัจจุบัน
 ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
 ซ้ำยากินเอง ซ้ำยา วันที่
 ไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล วันที่
สถานที่รักษา การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- 4.2 ประวัติรักษาวัณโรคในอดีต
 ไม่เคยรักษา เคยรักษา ไม่ทราบ
วันที่เริ่มรักษา รักษาที่โรงพยาบาล
- อวัยวะที่เป็น วัณโรคปอด วัณโรคนอกปอด
ผลเสมหะ Negative Scanty + ++ +++
สูตรยา 2HRZE/4HR 2SHRZE/1HRZE/5HRE
 MDR regimen XDR regimen อื่น ๆ ระบุ
- ผลการรักษา Cure Completed treatment Failure Death
 Loss to follow-up Transfer out to

5. ประวัติเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 พาหนะเดินทางไปเรียน/ทำงาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

รถยนต์/จักรยานยนต์ส่วนตัว รถรับจ้าง รถโดยสารสาธารณะ

อื่น ๆ ระบุ

5.2 ใช้เครื่องปรับอากาศหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

5.3 อาชีวก่อนป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 อาชีพ) ระบุ

5.4 อาชีพระหว่างป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 อาชีพ) ระบุ

6. ประวัติการสัมผัสโรค

ในระยะ 1-3 เดือนก่อนป่วย มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในครอบครัว/บ้านติดกัน/ละแวกบ้านเดียวกัน/ในห้องเรียน/หรือสถานที่ทำงานเดียวกันหรือไม่

ไม่มี มี 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	
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ	
				วันที่เริ่มป่วย	
				ที่อยู่	

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ในระยะ 12 เดือนหลังวันเริ่มป่วย มีผู้มีอาการคล้ายกันในครอบครัว/บ้านติดกัน/ละแวกบ้านเดียวกัน/ในห้องเรียน/หรือสถานที่ทำงานเดียวกันหรือไม่

ไม่มี มี 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	
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่	

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์