

# แบบสอบถามโรคเรื้อน (Leprosy)

## 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. ประวัติการย้ายที่อยู่อาศัย

ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาผู้ป่วยมีการย้ายที่อยู่หรือไม่

ไม่มี  มี ถ้ามีให้ระบุรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

- ปี พ.ศ. .... - พ.ศ. .... บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

- ปี พ.ศ. .... - พ.ศ. .... บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

## 3. อาการและอาการแสดง

- 3.1 วันที่มารับการรักษา ..... สถานที่รักษา .....
- 3.2 อาการ : วงแดงหรือผื่นที่เริ่มเกิดขึ้นครั้งแรกที่บริเวณ ..... เริ่มมีอาการมานาน ..... ปี ..... เดือน
- 3.3 อาการสำคัญของโรคเรื้อนที่ตรวจพบ
- รอยโรคที่พบ  วงสีขาว  ผื่นสีเข้ม  วงแหวน  ผื่นแดง  แผ่นนูนแดงหนา  ตุ่ม
  - ขอบ  ชัด  ไม่ชัด
  - สี  จางกว่าผิวหนังปกติ  เข้มกว่าผิวหนังปกติ
  - ลักษณะของผิวหนังบริเวณรอยโรค  ปกติ  แห้งเหี่ยวไม่ออก  ขนร่วง  อุ่มฉ่ำเป็นมันเลื่อม
  - อาการที่ตรวจพบจากการทดสอบอาการชา
- บริเวณรอยโรค  ชา  ไม่ชา
  - ฝ่ามือ  ชา  ไม่ชา
  - ฝ่าเท้า  ชา  ไม่ชา

6. ขนาดเล็กที่สุด กว้าง x ยาว ..... เซนติเมตร ขนาดใหญ่สุด กว้าง x ยาว ..... เซนติเมตร
7. จำนวนรอยโรคทั้งหมด ..... แห่ง
8. การกระจาย  ข้างเดียวของร่างกาย ระบุตำแหน่ง .....  สองข้างของร่างกาย
9. ภาวะโรคเห่อ  ไม่มี  มี โปรดเล็ก  Reversal reaction: RR  
 Erythema nodosum leprosum: ENL
10. ชนิดของโรคเรื้อน  Indeterminate (I)  Tuberculoid (TT)  
 Borderline tuberculoid (BT)  Borderline borderline (BB)  
 Borderline lepromatous (BL)  Lepromatous (LL)
11. อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง  ไม่มี  มี ระบุตำแหน่ง .....
12. แผลเรื้อรัง  ไม่มี  มี ระบุตำแหน่ง .....
13. อาการบวมที่หน้า มือ เท้า  ไม่มี  มี ระบุตำแหน่ง .....

#### 4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- วิธี Slit skin smear  Negative  Positive ค่า BI เฉลี่ย .....
- วิธี Biopsy  Negative  Positive ค่า BI เฉลี่ย .....

#### 5. การรักษา

- ประเภทเชื้อน้อย (Paucibacillary leprosy: PB)
- ประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy: MB)

#### 6. ข้อมูลการสัมผัสใกล้ชิดผู้ที่มิประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อน

6.1 กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (Household contact) : ผู้ป่วยเคยพักอาศัยในบ้านหลังเดียวกับผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา

- ไม่มี  มี ระบุ

ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	แสดงอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนเมื่อ พ.ศ.	ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อนเมื่อ พ.ศ.	ประวัติการรักษา	
					ยา	ผลการรักษา
					<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT ○ PB ○ MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา

6.2 กลุ่มเพื่อนบ้าน (Neighboring contact) : ผู้ป่วยเคยพักอาศัยอยู่ในบริเวณรอบ ๆ บ้านรัศมี 20 เมตร ที่มีผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนพักอาศัยเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา

ไม่มี       มี ระบุ

ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	แสดงอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนเมื่อ พ.ศ.	ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อนเมื่อ พ.ศ.	ประวัติการรักษา	
					ยา	ผลการรักษา
					<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="radio"/> PB <input type="radio"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา

6.3 กลุ่มบุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน (Social contact) : ผู้ป่วยเคยมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันกับผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ต้องติดต่อกัน เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา

ไม่มี       มี ระบุ

ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	แสดงอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนเมื่อ พ.ศ.	ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อนเมื่อ พ.ศ.	ประวัติการรักษา	
					ยา	ผลการรักษา
					<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="radio"/> PB <input type="radio"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา

## 7. การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด

7.1 กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (Household contact) : ผู้ที่พักอาศัย หรือเคยพักอาศัยในบ้านหลังเดียวกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อน เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา

ไม่มี       มี ระบุ

ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ระยะเวลาที่สัมผัสโรค (... ปี ... เดือน)	ผลการตรวจร่างกายคัดกรองโรคเรื้อน	อาการสงสัยโรคเรื้อนที่ตรวจพบ ระบุ .....	อาการสงสัยโรคเรื้อนเริ่มปรากฏให้เห็นครั้งแรก เดือน ..... พ.ศ. ....	ตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อน
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

7.2 กลุ่มเพื่อนบ้าน (Neighboring contact) : ผู้ที่พักอาศัยในบ้านรอบ ๆ บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อนในรัศมี 20 เมตร เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา

ไม่มี  มี ระบุรายละเอียดตามตารางข้างล่าง

ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ระยะเวลาที่สัมผัสโรค (... ปี ... เดือน)	ผลการตรวจร่างกาย คัดกรองโรคเรื้อน	อาการสงสัยโรคเรื้อน ที่ตรวจพบ ระบุ .....	อาการสงสัยโรคเรื้อนเริ่มปรากฏให้เห็นครั้งแรก เดือน ..... พ.ศ. ....	ตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อน
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

7.3 กลุ่มบุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน (Social contact) : ผู้ที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ต้องติดต่อกัน เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา

ไม่มี  มี

ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ระยะเวลาที่สัมผัสโรค (... ปี ... เดือน)	ผลการตรวจร่างกาย คัดกรองโรคเรื้อน	อาการสงสัยโรคเรื้อน ที่ตรวจพบ ระบุ .....	อาการสงสัยโรคเรื้อนเริ่มปรากฏให้เห็นครั้งแรก เดือน ..... พ.ศ. ....	ตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อน
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย			<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

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

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

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