

แบบสอบสวนโรคซิฟิลิส (Syphilis)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
เลขที่บัตรประชาชน □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □ อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง
HN AN อาชีพ
ศาสนา สัญชาติ หมายเลขโทรศัพท์
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) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.
การตรวจร่างกายแรกพบ อุนหภูมิกาย องศาเซลเซียส ซีฟจร ครั้ง/นาที
หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| มีแผล ก้นแผลแข็ง คล้ายกระดูก | <input type="checkbox"/> มี ตำแหน่ง อวัยวะเพศ/ปาก/ทวารหนัก/อื่น ๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| มีผื่น | <input type="checkbox"/> มี ตำแหน่ง อวัยวะเพศ/ปาก/ทวารหนัก/อื่น ๆ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ผมร่วง | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | คิ้วร่วง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ต่อมน้ำเหลืองโต | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | อื่น ๆ ระบุ..... |

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 Non-treponemal test ไม่ได้ตรวจ ตรวจ
วิธีการตรวจ RPR VDRL อื่น ๆ ระบุ

สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

ผล

3.2 Treponemal test ไม่ได้ตรวจ ตรวจ
วิธีการตรวจ FTA-ABS TPHA TP-PA ICT EIA
 CMIA Immunoblot อื่น ๆ ระบุ

สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

ผล

3.3 อื่น ๆ ระบุ

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
- ซื้อยากินเอง ชื่อยา วันที่
- ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล วันที่
- สถานที่รักษา การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

5. ประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนขึ้นไป
- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน (Anonymous sex partners)
- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์คนใหม่ เปลี่ยนคู่นอนเพศสัมพันธ์บ่อย
- คู่นอนเพศสัมพันธ์ที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- มีคู่นอนเพศสัมพันธ์เป็นหญิงหรือชายให้บริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

6. ประวัติการสัมผัสโรค

- ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันเริ่มมีอาการ
- ไม่มี มี ระบุ

| ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ | คนที่ 1 | คนที่ 2 | คนที่ 3 |
|---|---------|---------|---------|
| ชื่อ (เล่น/นามแฝง) | | | |
| เพศ | | | |
| อาชีพ | | | |
| วันที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยงครั้งสุดท้าย | | | |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เช่น สามี/ภรรยา คู่รัก เพื่อนสนิท เพื่อนไม่สนิท คนไม่รู้จัก ผู้ให้บริการทางเพศ หรือผู้ซื้อบริการ ทางเพศ เป็นต้น) | | | |
| ประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนมี เพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือไม่ และเป็นโรคอะไร (เช่น ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม กามโรคของ ต่อมและท่อน้ำเหลือง หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือเอดส์ เป็นต้น) | | | |
| - วันที่เริ่มป่วยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย | | | |
| - ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลใด | | | |
| - ผลการรักษา (กำลังรักษา/หาย/อื่น ๆ) | | | |
| ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ | | | |
| ช่องทางการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (อวัยวะเพศ/ทวารหนัก/ช่องปาก) | | | |
| ช่องทางที่ถุงยางอนามัยแตก รั่ว หรือหลุด | | | |
| มีประวัติใช้อวัยวะเพศสัมผัสกับ อวัยวะเพศ/ ทวารหนัก/ช่องปาก ก่อนใส่ถุงยางอนามัยหรือไม่ | | | |

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย หลังวันเริ่มมีอาการ

ไม่มี มี ระบุ

| ชื่อ-สกุล/ชื่อเล่น/นามแฝง | อายุ | เพศ | ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | มีอาการหรือไม่ | วันเริ่มป่วย |
|---------------------------|------|-----|------------------------|----------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์