

แบบสอบถามโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ไม่เคยเรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา

ปริญญาตรี อาชีวศึกษาและอนุปริญญา สูงกว่าปริญญาตรี

รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน <10,000 บาท 10,000-25,000 บาท >25,000 บาท

ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้าน/ทาวน์เฮาส์/ห้องแถว/คอนโดมิเนียม)

ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย เจ้าของ เช่าซื้อ เช่า

อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า อื่น ๆ

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ไม่มีสิทธิ ประกันสังคม

ในการรักษาครั้งนี้ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิข้าราชการ

อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย อยู่ในชุมชนเขตเมือง อยู่ในชุมชนท้องถิ่นชนบท อื่น ๆ

ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)

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)

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิร่างกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้	<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
กลัวน้ำ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ผุดลุกผุดนั่ง กระวนกระวาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลัวลม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ลูกลิ้นลูกกลอน	
สะดุ้งตกใจง่าย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	กลัแสง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
(Hypersensitivity to violence)		การไม่รู้สึกรู้สึกตัวสลับไปสลับมา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลิ่นลำบาก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	(Consciousness และ Unconsciousness)	
		ชัก/กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

น้ำลายมากผิดปกติ ถ่มน้ำลาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ขา/เสียว เจ็บที่ถูกดัด รวมทั้งบริเวณใกล้เคียง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซึม ไม่รู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อัมพาต หรือกล้ามเนื้อ อ่อนแรง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ได้ยินหรือเห็นภาพหลอน/ อาละวาด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คันรอบแผลที่ถูกกัดและ บริเวณใกล้เคียง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หลังจอสุจิโดยไม่รู้ตัว เสียวบริเวณหน้าท้อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ (เช่น มีสัญญาณตรงบริเวณกระดูกคอ Myoedema)			

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชนิดตัวอย่าง	การดำเนินการ วันที่เก็บตัวอย่าง	วันที่ตรวจ	วิธีการตรวจ	ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ	ผลการตรวจ
ขณะยังมีชีวิต					
น้ำลาย	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง/...../...../..../.....	<input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ
น้ำไขสันหลัง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง/...../...../..../.....	<input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ
ปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง/...../...../..../.....	<input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ
ปมรากผม	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง/...../...../..../.....	<input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ
	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง/...../...../..../.....	<input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ
	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง/...../...../..../.....	<input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ
	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง/...../...../..../.....	<input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ
กรณีเสียชีวิต					
เนื้อสมอง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง/...../...../..../.....	<input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ

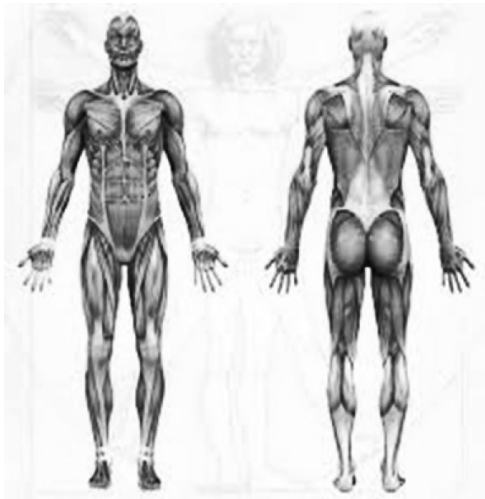
4. การรักษา

- ซื้อยากินเอง ชื่อยา รักษาด้วยยาสมุนไพร ชื่อยา
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
การวินิจฉัย
- ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
 ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ ขนาด วันที่ได้รับ

5. ประวัติการสัมผัสโรค และประวัติของสัตว์ที่กัก

- ชนิดของสัตว์ที่กัก/ข่วน
 - ระบุประเภท สัตว์เลี้ยง สัตว์ป่า/สัตว์ที่อยู่ในธรรมชาติ
 - ระบุชนิด สุนัข แมว สัตว์อื่น ๆ ระบุ
- วันที่ถูกสัตว์กัด/ข่วน (ถ้าไม่ทราบให้ระบุเป็นช่วงวันได้) ไม่ทราบ
- การได้รับเชื้อ ถูกกัด ถูกข่วน ถูกเลีย คลุกคลีใกล้ชิดสัตว์
 ไม่ทราบ อื่น ๆ ระบุ
- อายุสัตว์ น้อยกว่า 3 เดือน 3-6 เดือน 6-12 เดือน มากกว่า 1 ปี ไม่ทราบ
- สถานภาพสัตว์ มีเจ้าของ ไม่มีเจ้าของ ไม่ทราบ
- ลักษณะการเลี้ยง อยู่ในตัวบ้าน (โปรดระบุ อาศัยอยู่ร่วมกับเจ้าของ สามารถออกมาข้างนอกได้บ้าง)
 อยู่นอกตัวบ้านแต่ภายในบ้านที่ปิดมิดชิด
 อยู่นอกตัวบ้าน ภายในรั้วบ้าน แต่สามารถออกมาข้างนอกได้
 เลี้ยงที่บ้านแต่ไม่มีรั้ว สัตว์ของชุมชน สัตว์จรจัด
- การกักขังดูอาการของสัตว์ ไม่ได้กักขัง กักขัง/ติดตามดูอาการ ไม่ตายภายใน 10 วัน
 ตายเองภายใน 10 วัน ถูกฆ่าตาย สัตว์หายไปติดตามไม่ได้
- สาเหตุที่ถูกกัด ถูกกัดโดยไม่มีสาเหตุ
 ถูกกัดโดยมีสาเหตุ ได้แก่ ทำร้าย หรือแกล้งสัตว์ เข้าใกล้สัตว์แม่ลูกอ่อน
 พยายามแยกสัตว์ที่กำลังต่อสู้กัน ระบายสัตว์ขณะกินอาหาร
 อื่น ๆ ระบุ
- สถานที่ที่ถูกกัด ในบริเวณบ้าน สถานที่สาธารณะ ระบุ
- ที่อยู่สถานที่โดนกัด ซอย/แยก ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด ระบุตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)
- ประวัติการได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าของสัตว์
 ไม่ได้รับ ไม่ทราบ
 ได้รับ จำนวน ครั้ง ภายใน 1 ปี เกิน 1 ปี จำไม่ได้
จาก คลินิกรักษาสัตว์ รพหน่วยปศุสัตว์ โรงพยาบาลสัตว์ของรัฐ
 คลินิกสัตว์เอกชน เจ้าของสัตว์ซื้อมาฉีดเอง สถานที่ซื้อ
- การส่งห้วสัตว์ตรวจ ไม่ได้ส่งตรวจ เนื่องจาก
 ส่งตรวจ ระบุสถานที่ส่ง
ผลการตรวจ ไม่พบเชื้อ พบเชื้อ

12. บริเวณที่ถูกสัมผัสและความรุนแรง (ทำเครื่องหมาย X ลงบนร่างกายบริเวณที่ถูกกัด/ข่วน/ถูกเลียให้ชัดเจน)



อวัยวะที่ได้รับสัมผัส	ลักษณะการสัมผัส					
	ถูกกัด		ถูกข่วน		ถูกเลีย	
	มีเลือดออก	ไม่มีเลือดออก	มีเลือดออก	ไม่มีเลือดออก	มีแผล	ไม่มีแผล
ศีรษะ						
หน้า						
ลำคอ						
มือ						
แขน						
ลำตัว						
ขา						
เท้า						
อื่น ๆ ระบุ						

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

มีผู้เข้าร่วมถูกกัด/ข่วน/เลีย จากสัตว์ที่เป็นพิษสุนัขบ้าหรือไม่ (Rabies 1)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ	
				วันที่เริ่มป่วย	
				ที่อยู่	
				ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	
				<input type="checkbox"/> ได้รับ เมื่อวันที่	
2.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ	
				วันที่เริ่มป่วย	
				ที่อยู่	
				ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	
				<input type="checkbox"/> ได้รับ เมื่อวันที่	
3.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ	
				วันที่เริ่มป่วย	
				ที่อยู่	
				ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	
				<input type="checkbox"/> ได้รับ เมื่อวันที่	

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่ ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับ เมื่อวันที่	
5.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่ ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับ เมื่อวันที่	

7. การปฏิบัติเมื่อถูกกัด/ข่วน/ถูกน้ำลาย/ถูกเลีย

- การทำความสะอาดบาดแผล
 ไม่ได้ล้าง เพราะ
 ล้างทันทีที่ถูกกัด วิธีล้างดังนี้ ล้างด้วยน้ำเปล่า สบู่/ผงซักฟอก อื่น ๆ ระบุ
- การทายาใส่แผล ไม่ได้ใช้
 ใช้ ระบุ แอลกอฮอล์ โพวิดีน เบตาดีน
 ทิงเจอร์ไอโอดีน
 อื่น ๆ ระบุ
- การเย็บแผล ไม่ได้เย็บแผล เย็บแผลที่ รพ./รพสต./คลินิก

8. ประวัติการได้รับวัคซีน/อิมมูโนโกลบูลิน/อาการแทรกซ้อนหลังการฉีดของผู้อยู่เสียชีวิต

- การได้รับวัคซีนมาก่อน ไม่เคยฉีดหรือเคยฉีดน้อยกว่า 3 เข็ม ไม่ทราบ
 เคยฉีด 3 เข็ม หรือมากกว่า ภายใน 6 เดือน
 เกิน 6 เดือน เกิน 1 ปี
ประเภทอิมมูโนโกลบูลินที่ได้รับ ERIG HRIG เมื่อวันที่
จำนวน หน่วยสากล (UI) Lot No. วันหมดอายุ
- การฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าก่อนเสียชีวิต ไม่ได้ฉีด ไม่ทราบ
 ฉีด ในวันที่ 0 3 7 14 30 รวม ครั้ง

ครั้งที่	วันที่ฉีด	ชื่อวัคซีน - HDCV - PCEC - PVRV - CPRV - PDEV	เลขที่วัคซีน วันหมดอายุ	จำนวนจุดที่ ฉีด ขนาด (c.c.)	วิธีฉีด - เข็มกล้ามเนื้อ (IM) - ในผิวหนัง (ID)	ชื่อผู้ฉีด	สถานที่
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

3. อาการแทรกซ้อนหลังการฉีดวัคซีน

- ไม่แพ้ แพ้ บวมบริเวณที่ฉีด ปวดศีรษะ ไข้สูง คันบริเวณที่ฉีด
 ช็อก เป็นผื่นคันทั่วไป อื่น ๆ ระบุ
- ระยะเวลาที่มีอาการแพ้ ภายใน 2 ชั่วโมง หลัง 2 ชั่วโมง ระบุวันที่
- การรักษา ผลการรักษา หาย เสียชีวิต

9. ผู้สัมผัสโรครายอื่น

1. ผู้สัมผัสโรคจากสัตว์เดียวกัน
มีผู้ถูกกัดจำนวน คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว คน
มีผู้ถูกน้ำลายจำนวน คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว คน
มีผู้เสียชีวิตจากสัตว์ตัวเดียวกันนี้กัด ไม่มี มี
ชื่อ-สกุล หมายเลขโทรศัพท์ ญาติ/ผู้เกี่ยวข้อง
2. ผู้สัมผัสโรคจากผู้ป่วยรายนี้
สัมผัสน้ำลายโดยไม่มีบาดแผล คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว คน
สัมผัสน้ำลายโดยมีแผลหรือถูกกัด คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว คน

สรุปการดำเนินการ (ระบุ)

- ฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าครบตามมาตรฐาน (ID = 4 เข็ม , IM = 5 เข็ม)
 ฉีดวัคซีนครบตามมาตรฐาน (ภายใน 6 เดือน = 1 เข็ม , เกิน 6 เดือน = 2 เข็ม, เกิน 6 เดือน 4 จุด)
 ฉีดวัคซีนล่วงหน้าครบตามมาตรฐาน (Pre-exposure prophylaxis = 3 เข็ม)
 ฉีดวัคซีนไม่ครบตามมาตรฐาน หรือฉีดน้อยกว่า 3 เข็ม

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

หมายเหตุ : ระยะเวลาฟักตัวของโรค (Incubation period) ที่เชื่อกันได้สั้นที่สุด 7 วันนานที่สุด 3 ปี (โดยเฉลี่ย 30-90 วัน)