

# แบบสอบถามโรครีคิโนสิส (Trichinosis)

## 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 .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ) .....

ภูมิลาเนา 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 ..... <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดเข่าตา ..... <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดท้อง ..... <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตาบวม ..... <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คลื่นไส้ ..... <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดเมื่อยตามตัว ..... <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาเจียน ..... <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดบวม กล้ามเนื้ออ่อน ..... <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ท้องเสีย ..... <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เดินตัวแข็ง/ เดินลำบาก ..... <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ท้องผูก ..... <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หายใจขัด หายใจลำบาก ..... <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ .....	

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

วันที่ส่งตรวจ ..... Hct ..... % Platelet .....  $\times 10^3$  WBC .....  
Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... % Eosinophil ..... % Monocyte ..... %  
Other .....

3.2 Creatinine Phosphokinase  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.3 การตรวจทาง Serology (ระบุ วิธี เช่น ELISA): .....  ไม่ได้ตรวจ  
 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ ..... ผล .....  
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....  
 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ ..... ผล .....  
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.4 การตรวจกล้ามเนื้ออ่อน (Biopsy) หรือกล้ามเนื้อส่วนอื่น ระบุ .....  
 ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล  พบตัวอ่อน  ไม่พบ  อื่น ๆ ระบุ .....  
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

### 4. การรักษา

ไม่ได้ได้รับการรักษาใดๆ

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

การรักษาครั้งนี้ วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....

สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....

การวินิจฉัย .....

ยารักษาโรคจำเพาะที่ได้รับ .....

## 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

### 5.1 ประวัติการสัมผัสโรค

#### 1. การรับประทานอาหาร

ชนิดเนื้อสัตว์ (ภายใน 1 เดือนก่อนหน้าที่จะแสดงอาการ) อาหารดิบ สุกๆ ดิบๆ หรือรมควัน

เนื้อสุกรฟาร์ม       เนื้อสุกรหลังบ้าน       เนื้อสุกรป่า

เนื้อสัตว์ป่า ระบุ .....

เนื้อสัตว์อื่น ๆ ระบุ .....

ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ เช่น ไส้กรอกรมควัน ระบุ .....

ระบุพิกัด GPS ของแหล่งเนื้อสุกร (หากทราบ) .....

#### 2. ประเภทการปรุง

ลาบ       หลู้       ยำ       ปิ้งและย่าง

แกง       แหนม       อื่น ๆ ระบุ .....

ไม่ผ่านการประกอบอาหาร (กินดิบ)

รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่ .....

### 5.2 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

แหล่งที่มาของเนื้อสัตว์

เลี้ยงไว้เอง       ได้รับมาจากเพื่อนบ้าน       จากการล่า

ซื้อมาจากตลาด ระบุ .....

ได้รับโดยตรงจากฟาร์ม ระบุ .....

ได้จากพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศ ระบุ .....

อื่น ๆ ระบุ .....

ไม่ทราบ

ระบุพิกัด GPS ของแหล่งสุกร (หากทราบ) .....

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค (เช่น รับประทานด้วยกัน)

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

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  
ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....  
หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....