แบบสอบสวนโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด (Tetanus neonatorum)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) .....
เลขที่บัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ อายุ ..... ปี ..... เดือน เพศ ☐ชาย ☐หญิง
HN ..... AN ..... อาชีพ .....
ศาสนา ..... เชื้อชาติ ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....
ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ..... ซอย .....
ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ☐ใช่ ☐ไม่ใช่ ระบุ
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/ชุมชน ..... ซอย .....
ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ☐ไม่มี ☐มี
วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.
การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที
หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

ทารกมีปัญหาเรื่องการดูดนม	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	อาการชัก	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
แขนขาเหยียดเกร็ง	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	คอแข็ง	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
หลังแข็ง	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	ภาวะแทรกซ้อน			
อื่น ๆ							

3. การรักษา

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

4. ประวัติการคลอด/ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

4.1 สถานที่คลอด (ถ้าไม่ได้คลอดที่โรงพยาบาล โปรดระบุสถานที่โดยละเอียด) .....

4.2 คลอดวันที่ ..... ชื่อผู้ทำคลอด .....

4.3 ตำแหน่งผู้ทำคลอด ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ ผดุงครรภ์
☐ หมอตำแย ☐ อื่น ๆ ระบุ .....

4.4 ตำแหน่งของแผลที่สงสัยว่าจะเป็นที่ติดเชื้อ ☐ สะดือ ☐ ที่อื่น ระบุ .....

4.5 อุปกรณ์ที่ใช้ตัดสายสะดือ ☐ กรรไกร ☐ มีด ☐ ไม้รวก ☐ อื่น ๆ ระบุ .....

4.6 วิธีการตัดสายสะดือรวมทั้งการฆ่าเชื้อ (อธิบายรายละเอียด) .....

4.7 ใช้สมุนไพร ยากลางบ้าน หรือสิ่งอื่นใด ใส่ พอก ป้าย ทา โรยแผลที่สะดือหรือไม่
☐ ใช้ ระบุ ..... เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ .....
☐ ไม่ใช้ (อธิบายรายละเอียด) .....

4.8 การทำความสะอาดแผลที่สะดือทารกหลังคลอด (อธิบายรายละเอียด) .....

4.9 ผู้ทำความสะอาดแผลสะดือเด็กเป็นประจำ ☐ พยาบาล ☐ ผดุงครรภ์
☐ หมอตำแย ☐ อื่น ๆ ระบุ .....

5. ประวัติวัคซีนมารดา

5.1 มารดาเคยได้รับการฉีดท็อกซอยด์ป้องกันบาดทะยักหรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย ระบุจำนวน ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายฉีดเมื่อวันที่ .....
เข็มก่อนหน้าครั้งสุดท้ายฉีดเมื่อวันที่ .....

☐ เคย แต่ไม่ทราบจำนวนครั้ง ☐ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

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