

แบบสอบถามโรคไลชมาเนีย (Leishmaniasis)

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.

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

มีตุ่มแผลที่ผิวหนัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไข้เรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
แผลเรื้อรังตามผิวหนัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ซีด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	تبโต ม้ามโต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีเลือดกำเดา/เลือดออกตามไรฟัน	<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
ผิวหนังคล้ำ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่น ๆ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3$ WBC

Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %

อื่น ๆ

3.1.2 Serology ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ระบุผล วันที่ส่งตรวจ

3.1.3 Skinbiopsy ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ระบุผล วันที่ส่งตรวจ

3.1.4 Otherbiopsy ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ระบุผล วันที่ส่งตรวจ

3.1.5 Bone marrow aspiration ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ระบุผล วันที่ส่งตรวจ

3.1.6 Parasite sp. ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ระบุผล วันที่ส่งตรวจ

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

3.2.1 PCR ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ

ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.2.2 เพาะเชื้อ ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ

ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.2.3 อื่น ๆ ระบุ ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

การรักษาค้างนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลักรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย

ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ 1. วันที่ได้รับ

2. วันที่ได้รับ

3. วันที่ได้รับ

5. ประวัติการสัมผัสโรค ก่อนวันเริ่มป่วย

อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยลิซมาเนีย หรือมีประวัติป่วยด้วยโรคลิซมาเนียมาก่อน

เคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

มีโรงเลี้ยงสัตว์หรือคอกสัตว์อยู่รอบบ้านผู้ป่วย

เคยเห็นรินฝอยทรายอยู่บริเวณบ้าน

เดินทางไปในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยลิซมาเนีย

บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคลิซมาเนีย

โดยอยู่ในรัศมี 0-25 เมตร 26-50 เมตร 51-100 เมตร เกิน 100 เมตร

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน/เพื่อนร่วมงาน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย) ด้วยโรคพิษมาเนียบมาก่อน จำนวน คน (ระบุ)

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	

6.2 ประวัติเดินทางในพื้นที่อื่นที่น่าสงสัยเป็นแหล่งโรคพิษมาเนียบในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

1. สถานที่ วันที่เดินทาง
2. สถานที่ วันที่เดินทาง
3. สถานที่ วันที่เดินทาง

7. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- เคยถูกรังฝอยทรายกัด
- เคยได้รับเลือด ครั้ง
- เคยเสพสารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ครั้ง
- เมื่อ (เดือน/ปี)
- เมื่อ (เดือน/ปี)
- เมื่อ (เดือน/ปี)
- มี/เลี้ยงสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมในละแวกบ้าน ระบุ

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์