

แบบสอบถามโรคไวรัสตับอักเสบเฉียบพลันชนิดเอ บี ซี ดี อี และไม่ระบุชนิด (Acute hepatitis A B C D E and unspecified)

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 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. ประวัติการเจ็บป่วย/การรับวัคซีน

- 2.1 เคยป่วยเป็นโรคดีซ่าน ไม่เคย เคย
- 2.2 ประวัติการตรวจเลือด ไม่เคย เคย เมื่อ
- พบ Anti HAV IgM HAV RNA พบ HBs Ag
- พบ anti-HB IgM พบ anti-HB IgG พบ anti HCV
- พบ HCV RNA พบ Anti HDV IgG & IgM HDV RNA
- พบ Anti HEV IgM HEV RNA อื่น ๆ ระบุ
- 2.3 ประวัติการรับวัคซีนป้องกันตับอักเสบนชนิด เอ
- ไม่ได้รับ ได้รับ เมื่อ
- 2.4 ประวัติการรับวัคซีนป้องกันตับอักเสบนชนิด บี
- ไม่ได้รับ ได้รับเข็ม 1 เมื่อ
- ได้รับเข็ม 2 เมื่อ
- ได้รับเข็ม 3 เมื่อ

3. อาการและอาการแสดง

วันเริ่มมีอาการวันแรก เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส

ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต มม.ปรอท

ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซีมลง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อาเจียน	<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	ปวดแน่นท้อง/ท้องอืด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ครั่นเนื้อ ครั่นตัว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เบื่ออาหาร	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	จุดแนบบริเวณใต้ชายโครงขวา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คลื่นไส้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	บวม ท้องมาน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เอะอะ โวยวาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	Prothrom time >4 วินาที	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
สับสน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่น ๆ	

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.1 Liver enzyme level ณ วันที่ได้รับการวินิจฉัย ไม่ได้ตรวจ ตรวจ

1. ALT (SGPT) วันที่ส่งตรวจ ผล

2. AST (SPOT) วันที่ส่งตรวจ ผล

4.2 การตรวจซีรัม

■ Hepatitis A

1. Anti HAV IgM ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

2. HAV RNA ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

■ Hepatitis B

1. HBs Ag ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

2. Total anti-HBc ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

3. HBeAg ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

4. IgM anti-HBc ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

■ Hepatitis C

1. Anti-HCV ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

2. Supplement anti-HCV assay ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

3. HCV RNA ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

■ Hepatitis D

1. Anti HDV IgG & IgM ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

2. HDV RNA ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

■ Hepatitis E

1. Anti HEV IgM ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

2. HEV RNA ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล ไม่ทราบ

4.3 อื่น ๆ ระบุ

5. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ซ้ำยากินเอง ชื่อยา วันที่
- ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล วันที่
- สถานที่รักษา การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

6. ประวัติการเสี่ยงต่อการเกิดโรค

● ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดเอ และ ชนิดอี (การรับประทานอาหาร นม และน้ำ ในช่วง 1 เดือนก่อนมีอาการ)

- ดื่มนมสดระบุชนิดของนม แหล่งผลิตนม ระบุ
- ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ
- ผ่านการฆ่าเชื้อ โดยวิธี ต้ม พลาสเจอร์ไรซ์ สเตอริไลส์
- กินผักดิบ ระบุ
- กินไอศกรีม แหล่งที่ซื้อ ระบุ
- ปกติดื่มน้ำ ระบุ แหล่งน้ำดื่ม
- ต้ม ไม่ต้ม กรอง ขวดปิดสนิท
- หอยนางรมดิบ ไม่กิน กิน
- โดยปกติรับประทานอาหารที่ไหน บ้าน ร้านอาหาร อื่น ๆ ระบุ

● ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดบี ชนิดซี และชนิดดี (ในระยะ 6 สัปดาห์-6 เดือนก่อนป่วย)

- เคยได้รับเลือด (Blood transfusion)
- ไม่เคย เคย ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยถูกเข็ม หรือ อุปกรณ์ที่เปื้อนเลือดทิ่ม/ตำ
- ไม่เคย เคย ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรม
- ไม่เคย เคย ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยเข้ารับการผ่าตัด
- ไม่เคย เคย ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยฟอกไต (hemodialysis)
- ไม่เคย เคย ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยสัก หรือ เจาะหู เจาะฝังเครื่องประดับร่างกาย
- ไม่เคย เคย สัก/เจาะ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ไม่เคย เคย รักษาครั้งสุดท้าย เมื่อ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- วินิจฉัยโรค
- สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน หรือ สงสัยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- ไม่มี มี ระบุพฤติกรรม
- ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย รักษาที่
- ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย รักษาที่
- ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย รักษาที่

หมายเหตุ ในรายที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไม่ระบุชนิด (Unspecified hepatitis) ให้สอบถามประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทุกข้อคำถามของทั้งสองกลุ่ม

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

7.1 ในระยะ 2 สัปดาห์-6 เดือนหลังวันเริ่มป่วย มีผู้ที่มีอาการคล้ายกันในครอบครัวหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
2.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
3.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
5.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	

7.2 ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย/ใช้เข็มฉีดยาหรือเจาะ/ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด หลังวันเริ่มมีอาการ

ไม่มี มี ระบุ

ชื่อ-สกุล/ชื่อเล่น/ นามแฝง	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ ป่วย	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย	ลักษณะเสี่ยง

หมายเหตุ ลักษณะเสี่ยง หมายถึง มีประวัติมีเพศสัมพันธ์ หรือใช้เข็มฉีดยา/เจาะ หรือใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด หลังวันเริ่มมีอาการ

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์