

แบบสอบสวนโรคmelioidosis (Meliodosis)

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.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้ อุณหภูมิ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มีภาวะติดเชื้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ทางเดินปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ระบุ ข้อ		หรือไตอักเสบ	
หายใจหอบเหนื่อย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	แผลเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
		ตำแหน่ง.....	
ฝีในตับ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ฝีในม้าม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ฝีในปอด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ฝีในต่อมน้ำเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ซีสต์	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ต่อมน้ำลายพาโรติด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ความดันโลหิตชีพจร		อักเสบเป็นฝี (พบในเด็ก)	
อื่นๆ ระบุ			

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 Rapid test ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 วิธีเพาะแยกเชื้อ (Culture)
 ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 วิธี Polymerase chain reaction (PCR)
 ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 อื่น ๆ ระบุ
- ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- การรักษาครั้งนี้ : วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้ ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 โรคเรื้อรังที่พบก่อน ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	วัณโรค	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
โรคไตเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
โรคเลือดธาลัสซีเมีย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ภาวะติดเหล้า (Alcoholism)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ได้รับยากดระบบภูมิคุ้มกัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

5.2 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

- เคยทำอาชีพเกษตรกรรมในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อ ถึง
- ทำนา เป็นระยะเวลา ปี ระบุสถานที่ที่ทำ
- ทำสวน เป็นระยะเวลา ปี ระบุสถานที่ที่ทำ
- ทำไร่ เป็นระยะเวลา ปี ระบุสถานที่ที่ทำ
- จับสัตว์น้ำ เป็นระยะเวลา ปี ระบุสถานที่ที่ทำ
- ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ เป็นระยะเวลา ปี ระบุสถานที่ที่ทำ
- เก็บขยะ เป็นระยะเวลา ปี ระบุสถานที่ที่ทำ
- ขุดลอกท่อระบายน้ำ/สระ/คู/คลอง เป็นระยะเวลา ปี ระบุสถานที่ที่ทำ
- ทำงานในโรงฆ่าสัตว์ เป็นระยะเวลา ปี ระบุสถานที่ที่ทำ
- วาดน้ำ ระบุสถานที่
- เดินลุยน้ำ ระบุสถานที่

- ดื่มน้ำที่ไม่ได้ผ่านการต้มสุก
- มักมีบาดแผลจากการประกอบอาชีพ
- อื่น ๆ ระบุ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

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