

## แบบสอบสวนไข้ดำแดง (Scarlet fever)

### 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 .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  
 ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ภูมิฐานะ 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. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่  ไม่มี  มี

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ซีฟจร ..... ครั้ง/นาที  
 หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ผื่นขาวที่ลิ้น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เจ็บคอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ลิ้นบวมแดงคล้ายผลสตอร์เบอร์รี่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มีผื่น ลักษณะผื่น ..... <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ บริเวณที่พบ .....
ตัว/หน้าบวม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเข้ม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ .....	

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจทาง serology โดยวิธี.....  
 ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.2 วิธี PCR  
 ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.3 อื่น ๆ ระบุ .....  
 ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

### 4. การรักษา

- ไปรับการตรวจรักษาครั้งที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
การรักษาครั้งนี้ วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.  
ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน  
ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....  
สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....  
ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้  
 ไม่ได้รับ  ได้รับ ระบุ 1. .... วันที่ได้รับ .....

### 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 5.1 ในช่วง 7 วัน ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีการเดินทางไปไหนบ้าง  
 เดินทาง ไปสถานที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ .....  
จังหวัด ..... ระหว่างวันที่ .....
- ไม่ได้เดินทาง  จำไม่ได้
- 5.2 ในช่วง 7 วัน ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้มีผู้มาเยี่ยมเยียนหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่  
 ไม่มี  มีผู้มาเยี่ยม  มีผู้มาพักอาศัย
- 5.3 ผู้ที่มาเยี่ยมเยียนหรือมาพักอาศัย มีอาการป่วยเหมือนผู้ป่วยหรือไม่  
 ไม่มี  มี  ไม่ทราบ
- 5.4 ในช่วง 7 วันผู้ป่วยได้อาศัยอยู่ในสถานที่ที่มีฝูงชนจำนวนมาก เช่น สถานรับเลี้ยงเด็ก ค่ายทหาร โรงเรียน หรือไม่  
 ไม่มี  
 มี  สถานรับเลี้ยงเด็ก ระหว่างวันที่ .....  
 ค่ายทหาร ระหว่างวันที่ .....  
 โรงเรียน ระหว่างวันที่ .....
- ไม่ทราบ

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

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 .....	

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

หมายเหตุ:

- หากผู้ป่วยยังมีอาการและยังไม่ได้ทำการรักษาแนะนำให้ไปพบแพทย์เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง
- หากผู้ป่วยมีอาการ หน้าบวม ต้วบวม ปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลอ่อน หลังมีอาการไข้ เจ็บคอ 1-2 สัปดาห์ หรือมีอาการดังกล่าวหลังมีผื่นตามร่างกาย 2-3 สัปดาห์ ควรไปพบแพทย์เนื่องจากอาจเกิดภาวะกรวยไตอักเสบจากการติดเชื้อ *Streptococcus* spp. ได้