แบบสอบสวนโรคเท้าช้าง (Lymphatic filariais)

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.
ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย .....
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) .....
อาชีพผู้ปกครอง ..... เกี่ยวข้องเป็น .....
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....

2. อาการและอาการแสดง

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

ไข้	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ไม่ทราบ
ปวดบวมแดงร้อนบริเวณต่อม และทางเดินน้ำเหลือง	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ไม่ทราบ
การมีอาการอักเสบของต่อม และท่อทางเดินน้ำเหลืองอักเสบเป็น ๆ หาย ๆ เฉลี่ย ตั้งแต่ 5 ครั้ง/ปี	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ไม่ทราบ
อวัยวะเพศบวมโตเรื้อรัง	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ไม่ทราบ
แขนโตเรื้อรัง	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ไม่ทราบ
ขาโตเรื้อรัง	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ไม่ทราบ
อื่น ๆ			

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจ Thick film ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2 การตรวจหาแอนติเจนของเชื้อ *Wuchereria bancrofti* ด้วยวิธี Immnochromatography (Dipstick)
☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.3 ตรวจหาแอนติบอดี IgG ต่อเชื้อ *B. malayi* ด้วยชุดตรวจ Filaria diagnostic (Filaria diag)
☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.4 ตรวจยืนยันชนิดของเชื้อพยาธิโรคเท้าช้าง *W. bancrofti* และ *B. malayi* ด้วยวิธี PCR
☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.5 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 ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ .....
สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....
ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
☐ Diethylcarbamazine ☐ ไม่ได้ ☐ ได้ วันที่ให้การรักษา .....
☐ Albendazole ☐ ไม่ได้ ☐ ได้ วันที่ให้การรักษา .....
การรักษาอื่น ๆ .....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ประวัติการสัมผัสโรค
ในช่วง 1 เดือน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปต่างจังหวัด/ต่างประเทศหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ
1. ระบุ ..... วันที่ .....
2. ระบุ ..... วันที่ .....

5.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคเท้าช้างภายใน**ระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันเริ่มป่วย** ของผู้ป่วยรายนี้ ☐ไม่มี ☐มี

อันดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย
1				☐ไม่มี ☐มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
2				☐ไม่มี ☐มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
3				☐ไม่มี ☐มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
4				☐ไม่มี ☐มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
5				☐ไม่มี ☐มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....

5.3 มีผู้ป่วยโรคเท้าช้างจากหมู่บ้านอื่นมาพักอาศัยร่วมบ้านหรือบ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ภายใน**ระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันเริ่มป่วย** ของผู้ป่วยรายนี้ ☐ไม่มี ☐มี

อันดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	วันที่เริ่มป่วย
1					
2					
3					
4					
5					

5.4 มีคนต่างชาติอยู่ในละแวกใกล้เคียงบ้านผู้ป่วยเป็นโรคเท้าช้างภายใน**ระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันเริ่มป่วย** ของผู้ป่วยรายนี้ ☐ไม่มี ☐มี

อันดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	วันที่เริ่มป่วย
1					
2					
3					
4					
5					

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย) ป่วยเป็นโรคเท้าช้างภายใน**ระยะเวลา 1 เดือน หลังวันเริ่มป่วย** ของผู้ป่วยรายนี้ ☐ไม่มี ☐มี

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				☐ไม่มี ☐มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่	
2.				☐ไม่มี ☐มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่	
3.				☐ไม่มี ☐มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่	
4.				☐ไม่มี ☐มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่	
5.				☐ไม่มี ☐มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่	

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