

แบบสอบถามโรคเริมของอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก (Anogenital Herpes)

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 หมายเลขโทรศัพท์ ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.
 ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

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. อาการและอาการแสดง

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

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

มีตุ่มน้ำใส เป็นกลุ่มที่อวัยวะเพศ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มีตุ่มน้ำใส เป็นกลุ่มที่ทวารหนัก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เจ็บปวดแสบที่อวัยวะเพศ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เจ็บปวดแสบที่ทวารหนัก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คันที่อวัยวะเพศ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คันที่ทวารหนัก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปัสสาวะแสบขัด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตกขาวผิดปกติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 Tzanck smear ไม่ทำ
 ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
ผล

3.2 Direct fluorescence assay ไม่ทำ
 ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
ผล

- 3.3 Nucleic acid amplification test ไม่ทำ
 ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
 ผล
- 3.4 วิธีเพาะเชื้อในเซลล์เลี้ยงเชื้อ ไม่ทำ
 ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
 ผล
- 3.5 อื่น ๆ

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
 ซื้อยากินเอง ชื่อยา
- ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล วันที่
- สถานที่รักษา การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
 ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

5. ประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- มีคูเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนขึ้นไป
 มีคูเพศสัมพันธ์ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน (Anonymous sex partners)
 มีคูเพศสัมพันธ์คนใหม่ เปลี่ยนคูเพศสัมพันธ์บ่อย
 คูเพศสัมพันธ์ที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 มีคูเพศสัมพันธ์เป็นหญิงหรือชายให้บริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

6. ประวัติการสัมผัสโรค

- ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันเริ่มมีอาการ
 ไม่มี มี ระบุ

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ชื่อ (เล่น/นามแฝง)			
เพศ			
อาชีพ			
วันที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยงครั้งสุดท้าย			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เช่น สามี/ภรรยา คู่รัก เพื่อนสนิท เพื่อนไม่สนิท คนไม่รู้จัก ผู้ให้บริการทางเพศ หรือผู้ซื้อบริการ ทางเพศ เป็นต้น)			

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือไม่ และเป็นโรคอะไร (เช่น ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือเอดส์ เป็นต้น)			
- วันที่เริ่มป่วยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
- ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลใด			
- ผลการรักษา (กำลังรักษา/หาย/อื่น ๆ)			
ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่			
ช่องทางการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (อวัยวะเพศ/ทวารหนัก/ช่องปาก)			
ช่องทางที่ถุงยางอนามัยแตก รั่ว หรือหลุด			
มีประวัติใช้อวัยวะเพศสัมผัสกับ อวัยวะเพศ/ทวารหนัก/ช่องปาก ก่อนใส่ถุงยางอนามัยหรือไม่			

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย หลังวันเริ่มมีอาการ

ไม่มี มี ระบุ

ชื่อ-สกุล/ชื่อเล่น/นามแฝง	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์