

แบบสอบถามโรคติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสซูอิส (Streptococcus suis infection)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ไม่เคยเรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา

ปริญญาตรี อาชีวศึกษาและอนุปริญญา สูงกว่าปริญญาตรี

รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน <10,000 บาท 10,000–25,000 บาท >25,000 บาท

ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้าน/ทาวน์เฮาส์/ห้องแถว/คอนโดมิเนียม)

ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย เจ้าของ เช่าซื้อ เช่า

อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า อื่น ๆ

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ไม่มีสิทธิ ประกันสังคม

ในการรักษาครั้งนี้ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิข้าราชการ

อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หรือโรคประจำตัว

เบาหวาน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มะเร็ง ระบุ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตัดม้าม/ไต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไขมันในหลอดเลือดผิดปกติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตับแข็ง/พิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ		

ประวัติการได้รับยาหรืออาหารเสริม

ประวัติการดื่มสุรา ไม่ดื่ม ดื่มมานาน ปี ระบุประเภทสุราที่ดื่ม (เช่น เหล้า เบียร์)

ดื่มสุราเฉลี่ย ครั้งต่อสัปดาห์ ปริมาณดื่มเฉลี่ย (แก้ว/แบน/ขวดกลม) ต่อครั้ง

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

อาชีพผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ซีฟเจอร์ ครั้ง/นาที
 หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้ <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
ปวดข้อ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คอแข็ง (Stiff neck) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไต่ย็นลดลงจากปกติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เดินเซ การทรงตัวผิดปกติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หูหนวก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หายใจลำบาก/หอบ/ปอดอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ช็อค <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	จ้ำเลือด (Ecchymosis) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ชักเกร็ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดตา/ตาแดง/มองภาพไม่ชัด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ลิ้นหัวใจอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ข้อกระดูกอักเสบ (Arthritis) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การย้อมสีแกรม ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 การส่งตรวจทาง Biochemistry ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ผล
- 3.4 การตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี ไม่ได้ตรวจ ตรวจ
 สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ ผล
- ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.5 วิธี PCR ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
 วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.6 อื่น ๆ ระบุวิธี ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
 วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ซ้ำยากินเอง ชื่อยา
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- การรักษาครั้งนี้ วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
- ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ วันที่ได้รับ

5. ประวัติการสัมผัสโรคในระยะ 7 วัน ก่อนเริ่มมีอาการ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- รับประทานอาหารจากสุกรที่ดิบหรือปรุงไม่สุก (ระบุเมนูอาหาร) วันที่
 ประเภทที่รับประทาน (เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ) เนื้อสุกร เลือดสุกร อื่น ๆ ระบุ
 แหล่งที่มาของอาหาร ซื้อมา ปรุงเอง อื่น ๆ ระบุ
 ตำแหน่งพิกัดของสถานที่
- สัมผัสสุกรมีชีวิต หรือเลือด เนื้อ สารคัดหลั่งอื่น ๆ หรือผลิตภัณฑ์สุกรดิบ วันที่
 ระบุประเภทของการสัมผัส ประกอบอาหาร ชนิดและแหล่งที่มา
 ตำแหน่งพิกัดของสถานที่
- ข่าหรือชำแหละสุกร จำนวน ครั้ง วันที่
 ในโรงฆ่าสัตว์ (มีใบอนุญาต ไม่มีใบอนุญาต)
 นอกโรงฆ่าสัตว์ระบุ
 แหล่งที่มาของสุกร เลี้ยงเอง นำมาจาก ระบุ
 ตำแหน่งพิกัดของสถานที่
- ชายหรือขนส่งสุกรมีชีวิตหรือซาก แหล่งที่มาของสุกร
 ตำแหน่งพิกัดของสถานที่
- เลี้ยงสุกร ระบุลักษณะการสัมผัส
 สถานที่เลี้ยงสุกร ฟาร์ม เลี้ยงเอง (หลังบ้าน)
 ตำแหน่งพิกัดของสถานที่
- อื่น ๆ ระบุลักษณะการสัมผัส
- การมีบาดแผลในช่วง 7 วันก่อนป่วย ระบุตำแหน่งบาดแผล
 ลักษณะบาดแผล
- อื่น ๆ ระบุ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

มีผู้เข้าร่วมสัมผัส หรือรับประทานเนื้อสุกร เลือดสุกร (Line listing)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	มีอาการป่วยหรือไม่ (ป่วย/ไม่ป่วย)	อาการป่วย	วันเริ่มป่วย	เวลาเริ่มป่วย	อาหารที่รับประทานในมือเช้า มื้อกลางวัน และมือเย็น	เวลาที่รับประทาน/เวลาที่ป่วยหลังรับประทาน	เก็บตัวอย่างส่งตรวจ (เก็บ/ไม่เก็บ)	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	หมายเหตุ

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรค 0-11 วัน (โดยประมาณ 2 วัน)