

แบบสอบถามโรคบรูเซลโลสิส (Brucellosis)

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.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ จำนวนสมาชิกครอบครัวในบ้านเดียวกัน คน

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุนหภูมิกาย องศาเซลเซียส ซีฟจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้สูง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไข้เป็นระยะ ๆ เป็น ๆ หาย ๆ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เหงื่อออกตอนกลางคืน <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
อ่อนเพลียมาก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดหลัง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	การตรวจร่างกาย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อัมตะ บวมแดง ปวด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตับและม้ามโต
	อื่น ๆ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3$ WBC
Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
Other
- 3.2 การย้อมสีแกรม ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 วิธีตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.5 วิธี PCR ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.6 การตรวจการทำงานของตับและไต BUN Cr
Liver function test: SGOT SGPT ALP
Albumin Globulin Total Bilirubin
Direct Bilirubin Indirect Bilirubin

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ซ้ำยากินเอง ชื่อยา รักษาด้วยยาสมุนไพร 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 ขนาด วันที่ได้รับ.....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 5.1 ในระยะ 6 เดือนก่อนเริ่มมีอาการ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- สัมผัสเลือด รกสัตว์ ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง ระบุชนิดสัตว์และสิ่งที่สัมผัส
- สัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ขื้นแฉะ บริเวณคอกหรือฟาร์มสัตว์เลี้ยง
- ช้ำแหละซากสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
สถานที่ช้ำแหละ
- ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์
- เป็นสัตว์ในท้องที่ นำมาจาก
ระบุตำแหน่งพิกัด GPS แหล่งที่มาของสัตว์ (หากทราบ)
- หันเนื้อประกอบอาหาร ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
- รับประทานเนื้อสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
ระบุวิธีประกอบอาหาร

- บริเวณน้ำนมที่ไม่ผ่านกระบวนการพาสเจอร์ไรซ์ ระบุเหตุผล
 ประเภทน้ำนม น้มนมดิบ น้มนมที่ต้มเอง
 ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
 ระบุแหล่งที่มา
- รีดนมสัตว์ หรือทำความสะอาดในคอกปศุสัตว์
 ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
 ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์
- เป็นสัตว์ในท้องที่ นำมาจาก
- ระบุตำแหน่งพิกัด GPS แหล่งที่มาของสัตว์ และ/หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ (หากทราบ)
- 5.2 ลักษณะบ้านพักอาศัย พักในฟาร์มหรือเขตเลี้ยงสัตว์ นอกฟาร์ม
 มีการเลี้ยงสัตว์ ระบุชนิดสัตว์
- 5.3 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ ระบุตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)
- มีน้ำท่วมขัง/ดินเปียกแฉะแฉะ/ดินแห้งเป็นฝุ่น
 มีการเลี้ยงสัตว์ ระบุชนิดสัตว์
- โรงงานที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์จากสัตว์/โรงฆ่าสัตว์ ระบุประเภทและชนิดสัตว์

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

มีผู้เข้าร่วมสัมผัสเลือด รกสัตว์ บริเวณน้ำนมหรือเนื้อสัตว์ หรือหายใจเอาฝุ่นละอองที่อยู่ภายในคอกสัตว์เดียวกันด้วยหรือไม่

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	

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรคโดยเฉลี่ย 5-60 วัน ขึ้นกับสายพันธุ์ของเชื้อ

