

แบบสอบสวนโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน
(ไข้หวัดนก (Avian Influenza), ไข้หวัดใหญ่ (Influenza),
ปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ (Pneumonia)) [SARI_AI 2]

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง
HN AN อาชีพ
(ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น นักเรียน นักบวช ทหาร นักโทษ เป็นต้น และหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุข
ต้องระบุให้ชัดเจนว่าลักษณะการทำงานที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยอย่างไร)
สถานที่ทำงาน (ระบุชื่อ) ตำบล อำเภอ
จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน
ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์
ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
ภูมิลำเนา เป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ
บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) ระดับชั้นการศึกษา
ตำบล อำเภอ จังหวัด
ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์
ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ ระบุความสัมพันธ์ อื่น ๆ ระบุ

2. อาการและอาการแสดง

2.1 อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล
.....
2.2 อาการป่วยตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน
วันที่เริ่มป่วย เวลา น.
การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที
หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

อาการและอาการแสดง	วัน เริ่มป่วย		วันที่หลังวันเริ่มป่วย											
	0		1		2		3		4		5		6	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไข้ (ระบุ Temp°C)														
ไอ														
เจ็บคอ														
มีน้ำมูก														
มีเสมหะ														
หายใจลำบาก														
หอบเหนื่อย														
ปวดกล้ามเนื้อ														
ปวดศีรษะ														
ถ่ายเหลว														
อาการอื่นๆ ระบุ														

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ Hb mg/dL Hct % Platelet $\times 10^3$

WBC Neutrophil % Lymphocyte %

Atypical lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %

Other

ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ Hb mg/dL Hct % Platelet $\times 10^3$

WBC Neutrophil % Lymphocyte %

Atypical lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %

Other

3.2 Sputum gram stain: ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

3.3 Sputum AFB ครั้งที่ 1 : ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

Sputum AFB ครั้งที่ 2 : ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

Sputum AFB ครั้งที่ 3 : ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

3.4 Sputum culture: ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

3.5 Hemoculture: ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

- 3.6 CXR ครั้งที่ 1 : ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
 ผล
- CXR ครั้งที่ 2 : ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
 ผล
- CXR ครั้งที่ 3 : ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
 ผล
- 3.7 Renal function test: ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
 ผล BUN mg/dL Cr mg/dL GFR ml/min
- 3.8 Liver function test: ไม่ตรวจ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
 ผล SGOT U/L SGPT U/L ALP U/L
 Total Bilirubin mg/dL Direct Bilirubin mg/dL
 Total Protein g/dL Albumin g/dL Globulin g/dL
- 3.9 การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่เก็บ เก็บ วันที่เก็บตัวอย่าง
 ระบุชนิดตัวอย่าง

- Nasopharyngeal swab Throat swab/Oropharyngeal swab
 Nasopharyngeal swab + Throat swab/Oropharyngeal swab ใน VTM
 Nasopharyngeal aspirate ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ
 Nasopharyngeal wash ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ
 เสมหะในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ Tracheal suction
 ตัวอย่างเลือด* ครั้งที่ 1 วันที่เก็บ ครั้งที่ 2 วันที่เก็บ

(*กรณีส่งตรวจหา MERS-CoV ควรเก็บตัวอย่างเลือด 8 มล. และการเก็บตัวอย่างครั้งที่สองต้องห่างจากครั้งแรก 14-21 วัน)

3.10 วิธีการตรวจและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- Rapid test วันที่ตรวจ ผล
- Molecular เช่นวิธี RT-PCR วันที่ตรวจ ผล
- Haemagglutination Inhibition (HI) วันที่ตรวจ ผล
- ELISA-IgM วันที่ตรวจ ผล
- Isolation วันที่ตรวจ ผล

กรณีเสียชีวิต ได้ทำการผ่าพิสูจน์ศพหรือไม่ ไม่ทำ ทำ ผล

4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

- 4.1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือโรคประจำตัว ไม่มี มี (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)
- โรคปอดเรื้อรัง เช่น COPD, Chronic bronchitis, Chronic bronchiectasis, BPD หรือหอบ (Asthma) ที่กำลังรักษา
- โรคหัวใจ เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ Congestive heart failure
- โรคตับเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง (Cirrhosis) โรคไต, ไตวาย
- เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- โลหิตจาง (ธาลัสซีเมีย, Sickle cell anemia)
- พิกการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สัปดาห์
- อ้วน ส่วนสูง เซนติเมตร น้ำหนัก กิโลกรัม (BMI =)
- มะเร็งที่กำลังรักษา ระบุประเภท
- อื่น ๆ
- 4.2 ประวัติการสูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบ ถ้าสูบ ยังสูบ ปริมาณ มวน/ซอง ต่อ วัน/สัปดาห์
- หยุดสูบ เลิกมานาน
- 4.3 ประวัติการดื่มสุรา ไม่ดื่ม ดื่ม ถ้าดื่ม ยังดื่ม ปริมาณ ต่อ วัน/สัปดาห์
- หยุดดื่ม เลิกมานาน
- 4.4 ประวัติการได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ

5. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน
- การวินิจฉัยเบื้องต้น (ถ้ามี)
- สถานที่ Admit วันที่ วินิจฉัย
- เครื่องช่วยหายใจ ไม่ใช่ ใช้ ระบุวันที่ใส่
- ได้รับยาต้านไวรัส ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุชื่อยา
- ขนาดที่ได้รับ วันที่เริ่มให้ยา วันที่หยุดยา
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ระบุวันที่เสียชีวิต
- สรุปการวินิจฉัย

6. ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

- 6.1 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสสัตว์ปีก (ฟาร์ม/เลี้ยง/ในธรรมชาติ) เช่น จับ ขำแหละ ฝังกลบ หรือรับประทาน สุก ๆ ดิบ ๆ เป็นต้น
- ไม่มี มี ระบุลักษณะการสัมผัส
- 6.2 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสุกร หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ ที่ป่วย/ตายผิดปกติ หรือไม่ทราบสาเหตุ
- ไม่มี มี ระบุ (วัน/เดือน/ปี ที่สัมผัส) ชนิดสัตว์
- 6.3 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านพักอาศัยในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกป่วยตายมากผิดปกติหรือพบเชื้อในสัตว์ปีก หรือสิ่งแวดล้อม
- ไม่มี มี
- 6.4 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้สัมผัสอูฐหรือคัมมอูฐ
- ไม่มี มี ระบุลักษณะการสัมผัส

- 6.5 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านอาศัยอยู่ หรือ มีการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด
 ไม่มี มี ถ้ามีระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้
 ชื่อประเทศ เมือง/จังหวัด อำเภอ
 วันที่ไป วันที่กลับ สายการบิน เที่ยวบิน
 เหตุผลของการเดินทางไปประเทศดังกล่าว
 มีประวัติเข้ารับการรักษหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลขณะอยู่ที่ประเทศดังกล่าวหรือไม่
 ไม่มี มี ระบุวันที่เข้าโรงพยาบาล ชื่อโรงพยาบาล
- 6.6 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านให้การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก/
 ปอดอักเสบหรือไม่
 ไม่มี มี ระบุความสัมพันธ์ ชื่อ (หากสามารถระบุได้)
- 6.7 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ไม่ใช่ ใช่
- 6.8 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ไม่ใช่ ใช่ ระบุ
- 6.9 เป็นผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน
 ไม่ใช่ ใช่ ระบุรายละเอียดของผู้ป่วยปอดอักเสบรายอื่น
 ชื่อ-สกุล วันเริ่มป่วย
 อาการ
 การวินิจฉัย โรงพยาบาลที่วินิจฉัย
 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้

7. การค้นหาผู้แพร่โรคและผู้สัมผัส

รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระยะป่วย ระบุลักษณะการสัมผัส วันที่และระยะเวลาการสัมผัส ถ้ามีอาการป่วย
 ระบุอาการป่วยด้วย

ชื่อ - สกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่ / หมายเลขโทรศัพท์	ลักษณะการสัมผัส, วันที่สัมผัสและอาการ

ได้รับแจ้งเหตุการณ์จากหน่วยงาน วันที่ เวลา.....
 วันที่สอบสวนโรค เวลา.....
 ชื่อผู้สอบสวน.....หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....
 ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่.....เมื่อวันที่.....
 ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักระบาดวิทยา เมื่อวันที่.....

แบบรายงานผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน หรือสงสัยเป็นไข้หวัดนก
หรือไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (ไข้หวัดนก (Avian Influenza),
ไข้หวัดใหญ่ (Influenza),
ปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ (Pneumonia)) [SARI_AI 1]

จากหน่วยงาน ถึงหน่วยงาน วันที่รายงาน (เวลา)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล เพศ ชาย หญิง อายุ ปี
อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำและหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากร
ทางการแพทย์) สัญชาติ เชื้อชาติ
ที่อยู่ที่ติดตามได้ บ้าน อื่น ๆ ระบุ เลขที่ หมู่ที่
หมู่บ้าน ซอย ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์บ้าน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

2. ข้อมูลทางคลินิก (กรณีเป็นผู้ป่วยรับ Refer ให้ตรวจสอบข้อมูลจากใบ Refer)

วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี) วันที่นอนโรงพยาบาลแห่งแรก (วัน/เดือน/ปี)
ชื่อโรงพยาบาล จังหวัด
อาการและอาการแสดงวันพบผู้ป่วย: อุณหภูมิร่างกายแรกรับ องศาเซลเซียส
 ไอ เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก (dyspnea)
 ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว อื่น ๆ ระบุ
 ใส่เครื่องช่วยหายใจ
เอกซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ไม่ได้ทำ ทำ เมื่อวันที่ ระบุผล
CBC (ครั้งแรก) วันที่ ผล Hb mg% Hct % WBC cells/cu.mm
Platelet count $\times 10^3$ N % L % Atyp lymph % Mono %
Renal Function Test วันที่ ผล BUN mg/dl, Cr mg/dl
ผลการตรวจ Influenza test (ถ้ามี) วิธีการตรวจ Negative Positive Flu A Flu B
ชนิดของตัวอย่างที่ส่งตรวจ วันที่
ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก วันที่ ผู้ป่วยใน วันที่
การวินิจฉัยเบื้องต้น
การให้ยาต้านไวรัส ไม่ให้ ให้ วันที่
สถานะผู้ป่วย หาย ยังรักษาอยู่ เสียชีวิต วันที่เสียชีวิต
 ส่งตัวไป รพ. อื่น ๆ ระบุ

3. ประวัติเสี่ยง

3.1 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสกับสัตว์ปีก	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.2 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ หรือไม่ระบุชนิดสัตว์	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.3 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกตายมากผิดปกติ หรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.4 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้สัมผัสสุหรือนมคน	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.5 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.6 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.7 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้เข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศที่มีการระบาด	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.8 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.9 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.10 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
3.11 อื่น ๆ ระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์
 ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
 หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด
 วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์