

แบบสอบถามโรคผู้ป่วยสงสัย และผู้ป่วยคอตีบ

๑. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ป่วย _____ นามสกุล _____ เพศ ชาย หญิง อายุ _____ ปี
 ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ บ้าน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____
 อาชีพ _____ สถานที่ทำงาน _____ กรณีโรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก _____
 เบอร์โทรศัพท์ _____ จำนวนสมาชิกครอบครัวในบ้านเดียวกัน _____ คน

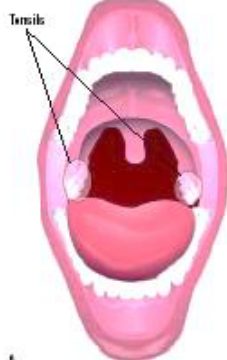
๒. ประวัติวัคซีน เคยได้รับกรณีเด็กวัคซีน ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบ ครั้งล่าสุด วันที่ _____

กรณีผู้ใหญ่dT จำนวน _____ เข็ม ครั้งล่าสุด วันที่ _____

ไม่เคยได้รับ

ไม่มีข้อมูล

๓. อาการและอาการแสดงเบื้องต้น

ประวัติ/อาการ	ผลการตรวจร่างกายแรกรับ (กรณีมาโรงพยาบาล)
<ul style="list-style-type: none"> ● ใช้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ● เจ็บคอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ● กินได้น้อย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ● ไอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ● แผ่นฝ้าขาว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ● ตำแหน่งที่พบ <input type="checkbox"/> ทอนซิลซ้าย <input type="checkbox"/> ทอนซิลขวา <input type="checkbox"/> ลิ้นไก่ <input type="checkbox"/> คอหอยส่วนหลัง ● คอบวม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ● อื่นๆ ระบุ..... 	<ul style="list-style-type: none"> ● Temp _____ °C, BP _____ mmHg, PR _____ /min, RR _____ /min ● Tonsil <input type="checkbox"/> Patch <input type="checkbox"/> Exudates <input type="checkbox"/> Injected <input type="checkbox"/> Enlargement ● Pharynx <input type="checkbox"/> injected <input type="checkbox"/> Not injected <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> ● Lung <input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Abnormal _____

วันเริ่มป่วย (อาการแรก) _____

รับการรักษาครั้งแรกที่ รพ.สต. _____ วันที่ _____ วินิจฉัย _____

รพ. _____ วันที่ _____ วินิจฉัย _____

นอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอก

ภาวะแทรกซ้อน แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก กลืนลำบาก สำลักน้ำ แขนขาอ่อนแรง

วินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ วินิจฉัยทางเดินหายใจอุดตัน วินิจฉัยเส้นประสาทอักเสบ

๔. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ CBC: Hct _____ mg%, WBC _____, PMN ____ %, L ____ %, Platelet _____

การเพาะเชื้อ

Throat swab ครั้งที่ ๑ วันที่เก็บ _____ ผลตรวจที่รพ. Growth No growth ใน ๒ วัน

ผลตรวจจากกรมวิทย์ฯ _____ ผลตรวจ Toxin บวก ลบ

Throat swab ครั้งที่ ๒ วันที่เก็บ _____ ผลตรวจที่รพ. Growth No growth ใน ๒ วัน

ผลตรวจจากกรมวิทย์ฯ/ศูนย์วิทย์ _____ ผลตรวจ Toxin บวก ลบ

๕. ประวัติแพ้ยา แพ้ยากลุ่มเพนนิซิลิน แพ้ยากลุ่ม Erythromycin เคยแพ้เซรุ่มมาก่อน

แพ้ยากลุ่มอื่นๆ ระบุ _____ ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา

๖. การรักษา DATวันที่ _____ ขนาด _____ หน่วย

dT/DPTวันที่ _____

Roxithromycin Erythromycin PGS

ใส่ท่อช่วยหายใจ (ET-tube) เจาะคอ (Tracheostomy)

๗. ประวัติเสี่ยง

โรคประจำตัว ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อื่นๆ _____

มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ มีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำ ประวัติสารเสพติด ระบุ _____

ประวัติเดินทางใน ๑๔ วันก่อนป่วยสถานที่ _____ วันที่ไป _____

(คอตีบ ๑)

สัมผัสผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคคอตีบในระยะ ๑๔ วันก่อนป่วย ระบุชื่อ _____

ลักษณะการสัมผัส _____

งานเลี้ยงหรืองานเทศกาลในระยะ ๑๔ วันก่อนป่วย ระบุ

สถานที่ _____

วันที่ _____

ชื่อผู้สอบสวน _____ หน่วยงาน _____

เบอร์โทร _____