

แบบสอบถามเฉพาะรายโรค布鲁เซลโลสิส

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ..... ศาสนา.....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี).....

วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... วันที่จำหน่าย.....

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย ตาย ส่งต่อ

ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

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
ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อทั่ว ร่างกาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เหงื่อออกตอน กลางคืน	<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		
น้ำหนักลด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตับและม้ามโต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อัมตะบวม แดง ปวด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ ระบุ _____	

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 ย้อมสีแกรม ไม่ทำ
 ทำ สิ่งส่งตรวจ..... วันส่งตรวจ..... ผล.....
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.2 เพาะเชื้อแบคทีเรีย ไม่ทำ
 ทำ สิ่งส่งตรวจ..... วันส่งตรวจ..... ผล.....
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.3 ตรวจทางซีโรโลยีโดยวิธี ระบุ..... ไม่ทำ
 ทำ สิ่งส่งตรวจ..... วันส่งตรวจ..... ผล.....
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.4 ตรวจสอบพันธุกรรมด้วยวิธี PCR ไม่ทำ
 ทำ สิ่งส่งตรวจ..... วันส่งตรวจ..... ผล.....
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

4. การรักษา

- ซึ้อยากินเอง ซึ้อยา..... รักษาด้วยยาสมุนไพร ซึ้อยา.....
 ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล วันที่.....เดือน.....ปี.....
ยาปฏิชีวนะที่ใช้ (ครั้งที่ 1).....เริ่มวันที่.....(ครั้งที่ 2)..... เริ่มวันที่.....
 ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

5. ประวัติการสัมผัสโรคในระยะ 6 เดือนก่อนเริ่มมีอาการ

- 5.1 ได้สัมผัสเลือด รกสัตว์
 มี ระบุ..... ไม่มี
- 5.2 หายใจเอาฝุ่นละอองที่อยู่ภายในคอกสัตว์
 มี ระบุ..... ไม่มี
- 5.3 บริโภคน้ำนมหรือเนื้อสัตว์ หรือไม่
 มี ระบุ..... ไม่มี
- 5.4 ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อโรคนี้
 มี ระบุ..... ไม่มี
- 5.5 สัมผัสสัตว์ที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีอื่นๆเช่น ท่องเที่ยวในฟาร์มหรือสวนสัตว์หรือล่าสัตว์
 มี ระบุ..... ไม่มี

6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 6.1 ลักษณะบ้านพักอาศัย
บริเวณบ้านพักอาศัย พักในฟาร์มหรือเขตเลี้ยงสัตว์ นอกฟาร์ม
ในกรณีที่พักในฟาร์ม
การเลี้ยงสัตว์ อื่นๆ มี ระบุชนิดสัตว์..... ไม่มี
อธิบาย.....
- 6.2 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ
น้ำท่วมขัง/ดินเปียกแฉะและ มี ไม่มี
การเลี้ยงสัตว์อื่นๆ มี ระบุชนิดสัตว์..... ไม่มี
อธิบาย.....
- 5.4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเชลลาที่ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่เมื่ออยู่ในเขตเลี้ยงสัตว์ ในช่วง 6 เดือนก่อนป่วย
- การสัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นแฉะ สัมผัส ระบุ..... ไม่มีการสัมผัส
- การสัมผัสเลือด ปัสสาวะ สิ่งคัดหลั่งจาก สัมผัส ระบุ..... ไม่มีการสัมผัส
ช่องคลอด ช่วยทำคลอดสัตว์
- การป้องกันตนเอง สวมรองเท้าแตะ สวมรองเท้าหุ้มส้นหรือบูทยาว
 สวมถุงมือสั้น สวมถุงมือช่วยคลอด
 ไม่สวมถุงมือ ไม่สวมรองเท้า
- การเกิดบาดแผล มีบาดแผล ระบุ..... ไม่มีบาดแผล
ตำแหน่งบาดแผล มือ แขน ขา เท้า ลำตัว
ลักษณะบาดแผล มีเลือดออก ไม่มีเลือดออก
- ข้ำแหละซากสัตว์ มี ไม่มี
ระบุชนิดสัตว์..... วันที่.....เดือน.....ปี.....เวลา.....
สถานที่ข้ำแหละ.....
ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์.....
 เป็นสัตว์ในท้องที่ นำมาจาก.....

- หันเนื้อประกอบอาหาร มี ไม่มี
 ระบุชนิดสัตว์..... วันที่.....เดือน.....ปี.....เวลา.....
- รับประทานเนื้อสัตว์ดิบ มี ไม่มี
 ระบุชนิดสัตว์.....วันที่.....เดือน.....ปี.....เวลา.....
 ระบุวิธีประกอบอาหาร.....
- บริโภคน้ำนมที่ไม่ผ่านความร้อนอย่างถูกวิธี มี ไม่มี
 ระบุชนิดสัตว์.....วันที่.....เดือน.....ปี.....เวลา.....
 ระบุแหล่งที่มา.....
 เหตุผล.....
- เข้าไปรีดนมสัตว์ หรือทำความสะอาดในคอกปศุสัตว์ มี ไม่มี
 ระบุชนิดสัตว์..... วันที่.....เดือน.....ปี.....เวลา.....
 ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์.....
 เป็นสัตว์ในท้องถิ่น นำมาจาก.....

ชื่อ - สกุล ผู้สอบสวนโรค..... ตำแหน่ง.....
 ที่ทำงาน..... โทรศัพท์..... วันที่สอบสวน.....