

แบบสอบถามไข้กาฬหลังแอ่น

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ..... สกุล..... เพศ [] ชาย [] หญิง อายุ..... ปี เดือน
 HN..... AN..... ที่อยู่..... โทร.....
 อาชีพ..... สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา.....

2. การเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย..... วันรับรักษา..... สถานที่รักษา.....

การตรวจร่างกายแรกรับ

อุณหภูมิกาย.....°C ชีพจร.....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต..... มม./ปรอท
 ระดับความรู้สึกตัว.....

ไข้	[] มี [] ไม่มี [] ไม่ทราบ	ผื่น (skin rash)	[] มี [] ไม่มี [] ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	[] มี [] ไม่มี [] ไม่ทราบ	กระสับกระส่าย	[] มี [] ไม่มี [] ไม่ทราบ
หนาวสั่น	[] มี [] ไม่มี [] ไม่ทราบ	เพ้อ (delirium)	[] มี [] ไม่มี [] ไม่ทราบ
อาเจียน	[] มี [] ไม่มี [] ไม่ทราบ	เซียว	[] มี [] ไม่มี [] ไม่ทราบ
จ้ำเลือด	[] มี [] ไม่มี [] ไม่ทราบ	ช็อค	[] มี [] ไม่มี [] ไม่ทราบ
คอแข็ง (stiffneck)	[] มี [] ไม่มี [] ไม่ทราบ	อื่นๆ	

ผลการรักษา [] หาย [] ยังรักษาอยู่ [] ส่งต่อไปรักษาที่..... [] เสียชีวิต วันที่.....

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 CBC (วันที่.....) Platelet..... / cu.mm. Hct.....%
 WBC.....cells/cu/mm. (N.....% L.....% Eo.....% Mo.....% Ba.....%)
- 3.2. CSF (วันที่.....) WBC.....cells/cu/mm. (N.....% L.....%)
 Protein.....mg/dl Sugar.....mg/dl
- 3.3 Hemoculture วันที่เก็บ..... ผล.....
- 3.4 CSF Gram stain วันที่เก็บ..... ผล.....
- 3.5 CSF culture วันที่เก็บ..... ผล.....
- 3.6 การส่งตรวจ Serogroup ชนิดตัวอย่าง..... วันที่เก็บ..... ผล.....

4. การรักษา

ซื้อยารับประทานเอง เมื่อวันที่..... ได้รับยา.....
 ไปรักษาที่คลินิก เมื่อวันที่..... ได้รับยา.....
 ไปรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อวันที่..... ได้รับยา.....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ประวัติการสัมผัสโรค (10 วัน ก่อนป่วย)

- การไปเที่ยวสถานเริงรมย์ เคย ระบุ..... ไม่เคย
- การไปพิธีฮัจน์ (ตนเอง/บุคคลในครอบครัว) เคย วันที่..... ไม่เคย
- การเดินทางออกนอกพื้นที่ (10 วัน ก่อนป่วย) ระบุ.....
- มีผู้มาเยี่ยมจากนอกพื้นที่หรือไม่ มี ระบุ..... ไม่มี
- มีการสัมผัสใกล้ชิดกับชาวต่างชาติ มี ชาติ..... ไม่มี

5.2 บุคคลที่ผู้ป่วยได้สัมผัสใกล้ชิดก่อนเริ่มมีอาการป่วย

ผู้สัมผัสในบ้าน

อันดับ	ชื่อ	อายุ	เพศ	กิจกรรมที่ทำ	วันที่	อาการป่วย	หมายเหตุ
1							
2							
3							
4							
5							

ผู้สัมผัสในชุมชน ระบุสถานที่.....

อันดับ	ชื่อ	อายุ	เพศ	กิจกรรมที่ทำ	วันที่	อาการป่วย	หมายเหตุ
1							
2							
3							
4							
5							

5.3 สภาพแวดล้อม

- สภาพบ้าน/โรงเรียน/เรือนจำ โปรง แออัด
- สภาพการถ่ายเทอากาศ ถ่ายเท ไม่ถ่ายเท
- สภาพที่ทำงาน โปรง แออัด
- สภาพการถ่ายเทอากาศ ถ่ายเท ไม่ถ่ายเท
- อื่น ๆ ระบุ

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น/ผู้สัมผัส

อันดับ	ชื่อ	อายุ	เพศ	ทำกิจกรรม เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วยอย่างไร	ทำ Throat / NPS	ผล	หมายเหตุ
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

ผู้สอบสวน.....หน่วยงาน..... โทร..... วันที่สอบสวน.....