

แบบรายงานผู้ป่วยมาลาเรีย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (แบบ REPORT CASE MALARIA)

ชื่อผู้ป่วย เพศ อายุ ปี อาชีพ HN
 ที่อยู่ขณะป่วย เลขที่ ซอย ถนน หมู่ที่
 ตำบล อำเภอ จังหวัด โทร.
 รับการรักษาที่ ร.พ. จังหวัด วันที่รับรักษา วันที่จำหน่าย
 มีผู้ป่วยรายอื่นในชุมชน () ไม่มี () มี ชื่อ ที่อยู่
 วันที่เริ่มป่วย สถานที่รักษา

ที่อยู่/การเดินทางไป 60 วันก่อนป่วย

1. วันที่
2. วันที่
3. วันที่

การวินิจฉัย () R/O MALARIA () MALARIA

() *P. falciparum* () *P. vivax* () *P. malariae* () *P. ovale*

อาการที่ตรวจพบ

1. ไข้ วันที่เริ่มเป็นไข้ เป็นมา วัน อุณหภูมิสูงสุด
2. () ตับโต () ม้ามโต () หนาวสั่น () ปวดศีรษะ () คลื่นไส้ () อาเจียน
 () คอเหลือง () ซีด () ปัสสาวะสีดำน () อื่นๆ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ Thick blood film () ไม่ได้ตรวจ

- () ตรวจ () ครั้งที่ 1 ระบุผล วันที่ตรวจ
- () ครั้งที่ 2 ระบุผล วันที่ตรวจ
- () ครั้งที่ 3 ระบุผล วันที่ตรวจ

การตรวจ Thin blood film () ไม่ได้ตรวจ

- () ตรวจ () ครั้งที่ 1 ระบุผล วันที่ตรวจ
- () ครั้งที่ 2 ระบุผล วันที่ตรวจ
- () ครั้งที่ 3 ระบุผล วันที่ตรวจ

การตรวจอื่น ๆ ระบุ

- () มี ระบุผล วันที่ตรวจ () ไม่มี

การรักษา

การใช้ยารักษา

- () ใช้ Primaquine วันที่ให้การรักษา () ไม่ใช่
- () ใช้ Mefloquine วันที่ให้การรักษา () ไม่ใช่
- () ใช้ Quinine วันที่ให้การรักษา () ไม่ใช่
- () ใช้ Doxycycline วันที่ให้การรักษา () ไม่ใช่
- () ใช้ Artesunate วันที่ให้การรักษา () ไม่ใช่
- () ใช้ Chloroquine วันที่ให้การรักษา () ไม่ใช่

แพทย์ผู้รักษา ผู้รายงาน วันที่

ผู้รับรายงาน (ตสจ.) วันที่

ได้แจ้งพื้นที่/ศตม./นคม. แล้ว วันที่

ผู้รับแจ้งในพื้นที่ หน่วยงาน วันที่

ผู้รับแจ้ง (ศตม./นคม.) วันที่