

แบบสอบถามเฉพาะรายโรคอาหารเป็นพิษ

1. ข้อมูลทั่วไป

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

2. การเจ็บป่วย

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

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน

อาการและอาการแสดง

ปวดท้อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คลื่นไส้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดมวนท้อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อาเจียน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายเหลว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายเป็นน้ำ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปากแห้ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายมีมูก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หนาวสั่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ่ายมีเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตะคริว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เห็นภาพซ้อน	<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	อื่นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
		ระบุ.....	

การรักษา

ตรวจรักษาที่.....วันที่..... ไม่ได้รักษา

ได้รับยาปฏิชีวนะ ระบุ..... ไม่ได้รับ ไม่ทราบ

ซื้อยากินเอง ระบุ..... ไม่ได้ซื้อยากินเอง

ผลการรักษา หาย ยังรักษาอยู่ ส่งต่อไปรักษาที่..... เสียชีวิต วันที่.....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- อาหารที่สงสัย พบเชื้อ ระบุ..... ไม่พบเชื้อ ไม่ได้ตรวจ
- เพาะเชื้อจากอุจจาระ พบเชื้อ ระบุ..... ไม่พบเชื้อ ไม่ได้ตรวจ
- เพาะเชื้อจาก Rectal swab พบเชื้อ ระบุ..... ไม่พบเชื้อ ไม่ได้ตรวจ
- เพาะเชื้อจากอาเจียน พบเชื้อ ระบุ..... ไม่พบเชื้อ ไม่ได้ตรวจ
- ทดสอบการสร้างสารพิษ พบสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น ไม่พบสารพิษ ไม่ได้ตรวจ

3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ประวัติการรับประทานอาหาร/เครื่องดื่ม ในช่วง 3 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย

	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น	อาหารมื้อรอง
วันที่..... ประเภทอาหาร แหล่งที่มาของอาหาร ผู้ที่รับประทานร่วม				
วันที่..... ประเภทอาหาร แหล่งที่มาของอาหาร ผู้ที่รับประทานร่วม				
วันที่..... ประเภทอาหาร แหล่งที่มาของอาหาร ผู้ที่รับประทานร่วม				

อาหารที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุการป่วย ระบุ..... ชื่อจากแหล่ง ระบุ.....

ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสอื่นๆ ในชุมชน

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	วันเริ่มป่วย	ผลการเพาะเชื้อตัวอย่างส่งตรวจ			ไม่ได้ตรวจ
			อุจจาระ	Rectal swab	อาเจียน	
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ	
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ	
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ	
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ	
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ... <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ	

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

แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ (Line listing of Food poisoning cases)

สถานที่เกิดโรค..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ชื่อ-สกุล	อายุ	เพศ	ชั้นเรียน/ หมู่บ้าน	เริ่มป่วย		รับประทานอาหารที่สงสัย		รายชื่ออาหาร	อาการ									
				วันที่	เวลา	วันที่	เวลา		คลื่นไส้	อาเจียน	ปวดท้อง	ถ่ายเหลว	ถ่ายเป็นน้ำ	ถ่ายมูกเลือด	อื่นๆ			

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