

แบบสอบถามเฉพาะรายโรคแอนแทรกซ์

1. ข้อมูลทั่วไป

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

2. การเจ็บป่วย

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

อาการและอาการแสดง

2.1 ระบบทางเดินอาหาร

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	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	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	ถ่ายปนเลือด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ	

2.2 ระบบทางเดินหายใจ

คough บวม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	กลิ่นลำบาก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เสียงแหบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ	

2.3 ผิวหนัง

ตุ่มหนอง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	แผลดำ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ต่อมน้ำเหลือง บวมโต <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตำแหน่งที่ต่อมน้ำเหลืองบวมโต ระบุ
อื่นๆ ระบุ	

ผลการรักษา หาย ยังรักษาอยู่ ส่งต่อไปรักษาที่..... เสียชีวิตวันที่.....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในคน

ตัวอย่าง	วันที่ส่งตรวจ	ห้องปฏิบัติการ	ผล
<input type="checkbox"/> swab จากแผล			
<input type="checkbox"/> น้ำไขสันหลัง			
<input type="checkbox"/> เลือด (Hemoculture)			
<input type="checkbox"/> อุจจาระ			
<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....			

3. ประวัติสัมผัสโรค

3.1 ในระยะ 7 วันก่อนป่วย สัมผัสซาก หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่ป่วยหรือตายสงสัยโรคแอนแทรกซ์หรือไม่ทราบสาเหตุหรือไม่

มี ระบุรายละเอียด (วันที่ ลักษณะการสัมผัส สถานที่ แหล่งที่มาของสัตว์)

.....

ไม่มี

3.2 ในระยะ 7 วันก่อนป่วย มีผู้ที่มีอาการคล้ายกันในละแวกบ้านหรือที่ทำงานหรือไม่

ชื่อ..... นามสกุล..... ที่อยู่..... รักษาที่.....

ชื่อ..... นามสกุล..... ที่อยู่..... รักษาที่.....

3.3 ในระยะ 7 วันหลังป่วย มีผู้ที่มีอาการคล้ายกันในละแวกบ้านหรือที่ทำงานหรือไม่

ชื่อ..... นามสกุล..... ที่อยู่..... รักษาที่.....

ชื่อ..... นามสกุล..... ที่อยู่..... รักษาที่.....

4. ผู้สัมผัสโรครายอื่นๆ

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล/ที่อยู่/โทร	ลักษณะการสัมผัสโรค	อาการป่วย	วันเริ่มป่วย
			<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
			<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
			<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
			<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
			<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
			<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
			<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
			<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	

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