

## แบบสอบถามเฉพาะรายโรคสมองอักเสบ

### 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

ไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คอแข็ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะรุนแรงมาก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หลังแข็ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	สับสน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ชักแข็งเกร็ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ ระบุ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไม่รู้สีกตัว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		

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

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

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 Indian ink วันที่เก็บ..... ผล.....

3.6 CSF ย้อมวิธีอื่นๆ ระบุ..... วันที่เก็บ..... ผล.....

3.7 CSF culture วันที่เก็บ..... ผล.....

3.8 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา

HI test เจาะเลือดระยะ Acute เมื่อวันที่..... ผล.....

เจาะเลือดระยะ Converlescence เมื่อวันที่..... ผล.....

ELISA IgM น้ำเหลือง  ทำ วันที่..... ผล.....  ไม่ได้ตรวจ

น้ำไขสันหลัง  ทำ วันที่..... ผล.....  ไม่ได้ตรวจ

IFA น้ำเหลือง  ทำ วันที่..... ผล.....  ไม่ได้ตรวจ

น้ำไขสันหลัง  ทำ วันที่..... ผล.....  ไม่ได้ตรวจ

### 4. ประวัติการได้รับวัคซีน

JE  ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....  ไม่ได้รับ  ไม่ทราบ

## 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ | <input type="checkbox"/> ทำงานในโรงฆ่าสัตว์ |
| ทำมาเป็นระยะเวลา.....                            | ทำมาเป็นระยะเวลา.....                       |
| ระบุสถานที่ที่ทำ.....                            | ระบุสถานที่ที่ทำ.....                       |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....              |   |

5.2 ประวัติการสัมผัสโรค

- การสัมผัส สัตว์เศรษฐกิจ และสัตว์อื่นๆ ภายใน 30 วันก่อนป่วย

- |                  |                             |                                |                                  |
|------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| เลี้ยงสุกร       | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ขายเนื้อสุกร     | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ฆ่าสุกร          | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ขนส่งสุกรมีชีวิต | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |

- การสัมผัสกับสัตว์อื่นๆ

- |            |                             |                                |                                  |
|------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| หมู        | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ม้า        | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ค่างคาว    | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| อื่นๆ..... |                             |                                |                                  |

5.3 แหล่งหรือรังโรค/สภาพแวดล้อม

- |   |                                       |   |                                |
|---|---------------------------------------|---|--------------------------------|
| - สภาพบ้าน                                | มีมุ้งลวดรอบบ้านหรือไม่               | <input type="checkbox"/> มี               | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
|   | นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่ | <input type="checkbox"/> มี               | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| - บริเวณรอบบ้าน                           | มีทุ่งนาหรือไม่                       | <input type="checkbox"/> มี               | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
|   | มีคอกสัตว์หรือไม่                     | <input type="checkbox"/> มี ระบุชนิด..... | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| - ในหมู่บ้าน                              | มีฟาร์ม/คอกสัตว์หรือไม่               | <input type="checkbox"/> มี ระบุชนิด..... | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
|   | มีค่างคาวกินผลไม้ชุกชุมหรือไม่        | <input type="checkbox"/> มี ระบุบริเวณ... | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| - ประวัติการเดินทางในช่วง 30 วัน ก่อนป่วย |                                       | <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....     | <input type="checkbox"/> ไม่มี |

## 6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ก่อนและหลัง 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย

6.1 มีสมาชิกในบ้านที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่  มี ระบุ.....ราย  ไม่มี

- |           |           |          |                   |               |
|-----------|-----------|----------|-------------------|---------------|
| ชื่อ..... | อายุ..... | เพศ..... | วันเริ่มป่วย..... | รักษาที่..... |
| ชื่อ..... | อายุ..... | เพศ..... | วันเริ่มป่วย..... | รักษาที่..... |
| ชื่อ..... | อายุ..... | เพศ..... | วันเริ่มป่วย..... | รักษาที่..... |

6.2 มีผู้ที่อยู่ในละแวกเดียวกันมีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่  มี ระบุ.....ราย  ไม่มี

- |           |           |          |                   |               |
|-----------|-----------|----------|-------------------|---------------|
| ชื่อ..... | อายุ..... | เพศ..... | วันเริ่มป่วย..... | รักษาที่..... |
| ชื่อ..... | อายุ..... | เพศ..... | วันเริ่มป่วย..... | รักษาที่..... |
| ชื่อ..... | อายุ..... | เพศ..... | วันเริ่มป่วย..... | รักษาที่..... |

6.3 มีผู้ที่อยู่โรงเรียน/ที่ทำงานเดียวกันมีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่  มี ระบุ.....ราย  ไม่มี

- |           |           |          |                   |               |
|-----------|-----------|----------|-------------------|---------------|
| ชื่อ..... | อายุ..... | เพศ..... | วันเริ่มป่วย..... | รักษาที่..... |
| ชื่อ..... | อายุ..... | เพศ..... | วันเริ่มป่วย..... | รักษาที่..... |
| ชื่อ..... | อายุ..... | เพศ..... | วันเริ่มป่วย..... | รักษาที่..... |

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