

แบบรายงานผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (แบบ Report case Chikungunya)

ชื่อ เพศ อายุ ปี อาชีพ HN

ที่อยู่ขณะป่วย เลขที่ ซอย ถนน หมู่ที่

ตำบล อำเภอ จังหวัด โทร.

รับการรักษาที่ ร.พ. จังหวัด วันที่รับรักษา วันที่จำหน่าย

ที่อยู่/การเดินทางไปก่อนป่วย 1 สัปดาห์ เลขที่ ซอย ถนน หมู่ที่

ตำบล อำเภอ จังหวัด โทร.

สถานที่เรียนที่ทำงาน

มีผู้ป่วยรายอื่นในชุมชน () ไม่มี () มี ชื่อ

การวินิจฉัย () Chikungunya () R/O Chikungunya () อื่นๆ

อาการที่ตรวจพบ

1. () ไข้สูง วันที่เริ่มเป็นไข้ เป็นมา วัน อุณหภูมิสูงสุด °C

2. () ปวดข้อ/ข้อบวม/ข้ออักเสบ () มีผื่น () ปวดกล้ามเนื้อ () ปวดศีรษะ () ปวดกระบอกตา

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. การตรวจ Complete Blood Count (CBC)

วันที่ WBC PMN % L %
Atyp.Lymph % RBC Morph Hct % Plt.....

วันที่ WBC PMN % L %
Atyp.Lymph % RBC Morph Hct % Plt.....

2. ตรวจทาง Serology

() ตรวจพบ Antibody จำเพาะต่อเชื้อ Chikungunya Virus
ในน้ำเหลืองคู่ (Paired sera) ด้วยวิธี Haemagglutination Inhibition (HI) > 4 เท่า หรือถ้าน้ำเหลืองเดี่ยวต้องพบภูมิคุ้มกัน $\geq 1:2,560$

ครั้งที่ 1 วันที่ ผล ครั้งที่ 2 วันที่ ผล

() ตรวจพบ Antibody ชนิด IgM ต่อเชื้อ Chikungunya Virus (≥ 40 Unit) โดยวิธี ELISA
วันที่ IgM ผล IgG ผล

() ตรวจพบ Chikungunya Virus จากเลือด โดยวิธี PCR ผล

() แยกเชื้อพบ Chikungunya Virus ได้จากเลือด (Virus Isolation) ผล () อื่น ๆ ผล

แพทย์ผู้รักษา ผู้รายงาน วันที่

ผู้รับรายงาน (สสจ.) วันที่

ได้แจ้งผู้รับผิดชอบในพื้นที่แล้ว คือ เทศบาล สสอ. / รพท. / รพช / สอ. วันที่

ผู้รับแจ้งในพื้นที่ วันที่