

ภาคผนวก

แบบสอบถามผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

1. ข้อมูลทั่วไป PUI ไข่ออกผื่น PUI หญิงตั้งครรภ์ PUI ทารกศีรษะเล็ก PUI GBS

ชื่อ.....นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี.....เดือน
 อาชีพ(OCC)..... ลักษณะงานที่ทำ(OCC2)..... โรคประจำตัว(UD)..... โทร.....
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 โรงเรียน/สถานที่ทำงาน..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 ประวัติเดินทางก่อนป่วย 14 วัน และหลังป่วย 5วัน (นอกเหนือจากโรงเรียนและที่ทำงาน)

- (1) สถานที่..... วันที่เดินทาง.....
 (2) สถานที่..... วันที่เดินทาง.....
 (3) สถานที่..... วันที่เดินทาง.....

จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่จริง..... คน ผู้ที่มีอาการไข้/ผื่น จำนวน..... คน (ระบุ)

- (1) ชื่อ..... ความเกี่ยวข้องวันที่มีอาการ.....
 (2) ชื่อ..... ความเกี่ยวข้องวันที่มีอาการ.....

2. อาการและอาการแสดง

วันเริ่มป่วยของอาการแรก (ONSET) วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

- 1) ผื่น (RASH) 1 มี 2 ไม่มี วันเริ่มออกผื่น/...../.....
 - ชนิดผื่น - ระยะเวลาของผื่น.....วัน
 - บริเวณที่พบผื่น (ใส่ตัวเลขเรียงลำดับก่อน-หลัง) ใบหน้า ไหล่ แขน ขา ลำตัว
 อื่น ๆ
- 2) ไข้ (FEVER) 1 มี 2 ไม่มี วันเริ่มมีไข้/...../.....
 3) ตาแดง (CONJ) 1 มี 2 ไม่มี วันเริ่มตาแดง/...../.....
 4) ปวดข้อ (ARTHR) 1 มี 2 ไม่มี วันเริ่มปวดข้อ...../...../.....
 5) ข้อบวม/แดง/ร้อน (JTSWE) 1 มี 2 ไม่มี วันเริ่มข้อบวม/แดง/ร้อน/...../.....
 6) ต่อมน้ำเหลืองโต (LYMP) 1 มี 2 ไม่มี ตำแหน่งที่ต่อมน้ำเหลืองโต.....
 7) ปวดกล้ามเนื้อ (MYAL) 1 มี 2 ไม่มี
 8) ปวดศีรษะ (HEADAC) 1 มี 2 ไม่มี
 9) อ่อนเพลีย (FATIO) 1 มี 2 ไม่มี
 10) กลุ่มอาการทางเดินหายใจส่วนบน (URI) 1 มี 2 ไม่มี
 11) กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (GBS) 1 มี 2 ไม่มี
 12) อื่น ๆ ระบุ.....

**ข้อ 13) และ 14) ตอบเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

- 13) คลอดทารกแรกเกิดศีรษะเล็ก (BABYMICRO) 1 มี 2 ไม่มี 3 ยังไม่ทราบ
 14) ทารกในครรภ์ศีรษะเล็ก (FETUSMICRO) 1 มี 2 ไม่มี 3 ยังไม่ทราบ

3. ปัจจัยเสี่ยงในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย

- 1) สัมผัสผู้ป่วยไข่ออกผื่นก่อนป่วย (RISK1) 1 ใช่ 2 ไม่ใช่
 2) ไปทำงานกับคนที่มีอาการไข้ ออกผื่น (RISK2) 1 ใช่ 2 ไม่ใช่
 3) มีคนในครอบครัว มีอาการไข้ ออกผื่น (RISK3) 1 ใช่ 2 ไม่ใช่

- 4) ท่านเดินทางไปในพื้นที่ที่มีประวัติเสี่ยงโรคชิก้า (RISK4) 1ใช่ 2ไม่ใช่
- 5) บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคชิก้า (RISK5) 1ใช่ 2ไม่ใช่
- โดยอยู่ในรัศมี 1 0 - 25 เมตร 2 26 - 50 เมตร 3 51 - 100 เมตร 4 เกิน 100 เมตร

4. การเก็บตัวอย่างตรวจ Zika

การส่งตรวจ	ระบุวันที่หากมีการส่งตัวอย่างตรวจ	ไม่ส่ง
1) Zika PCR จากปัสสาวะ (ZURIDATE)/...../.....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง
2) Zika PCR จากเลือด (ZPCRDATE)/...../.....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง
3) Zika PCR ตัวอย่างอื่นๆ (OTHPCR) โปรดระบุ...../...../.....	
4) Zika IgM (ZlgMDATE) เฉพาะเด็กทารก และ GBS/...../.....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง
5) Zika IgG (ZlgGDATE) เฉพาะเด็กหัวเล็กที่ Zika IgM negative/...../.....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง

5. สรุปผลการสอบสวน

- 1) สรุปผู้ป่วย (CASE) 1.PUI 2.Suspected 3.Confirmed 4.Asymptomatic infection
- 2) วันที่ยืนยันการติดเชื้อ เฉพาะกรณีผู้ป่วยยืนยันหรือติดเชื้อไม่มีอาการ (CONFDATE)/...../.....
- 3) ที่มาของผู้ป่วย (TYPE) 1.มารับการรักษา 2.หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์
- 3.ค้นหาย้อนหลังจากโรงพยาบาล 4.ค้นหาเพิ่มเติมจากกลุ่มอื่นๆ ระบุ.....
- 5.ผู้สัมผัส (กรณีตอบข้อ 5 โปรดระบุ)

เป็นผู้สัมผัสของผู้ป่วยยืนยัน ชื่อ.....

5.1ผู้สัมผัสร่วมบ้าน 5.2ผู้สัมผัสร่วมโรงเรียน/ที่ทำงาน 5.3ผู้ที่อยู่ในรัศมี 100 เมตร

5.4ผู้ที่ย่านนอกรัศมี 100 เมตร 5.5หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เป้าหมาย

5.6หญิงตั้งครรภ์นอกพื้นที่เป้าหมาย 5.7อื่น ๆ ระบุ.....

6. เฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้ถามเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

- 1) ตั้งครรภ์หรือไม่ (PREG) 1ใช่ 2ไม่ใช่ 3ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- 2) เดือนที่กำหนดคลอด (DELIVER)/..... ระบุเดือน/ปี
- 3) อายุครรภ์เมื่อพบครั้งแรก (GAMEET) สัปดาห์
- 4) อายุครรภ์เมื่อพบหรือสงสัยว่าติดเชื้อ (GAINFECT) สัปดาห์
- 5) ผลการตั้งครรภ์ (PREGOUT)
- 1คลอดทารกปกติ 2คลอดทารกผิดปกติ 3ทารกเสียชีวิตเมื่อแรกเกิด
- 4ทารกตายในครรภ์ (GA 28 wkเป็นต้นไป) 5แท้งบุตร (GAN้อยกว่า 28 wk) 6ยังไม่คลอด

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ: กรุณาส่งสำเนากระดาษตรวจทาง email: zikaboe@gmail.com หรือ Fax: 02-591-8579

เพื่อเป็นหลักฐานการสนับสนุนค่าตรวจ Lab