

แบบสอบถามไข้มาลาเรีย

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน ---

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ.....อาชีพ.....

ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่.....

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนถนน

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.

วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... วันที่จำหน่าย.....

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ไม่สมัครอยู่ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น

ระบุ.....

ในอดีตเคยเจ็บป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียบ้างหรือไม่.....

2. อาการและอาการแสดง

ไข้	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ตับโต/ม้ามโต	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
หนาวสั่น	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ตาเหลือง/ตัวเหลือง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ซีด	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
หมดสติ/ชัก	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
หอบ	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
เลือดออกตามร่างกาย	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปัสสาวะไม่ออก	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปัสสาวะสีดํา	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจ Thick film

1 มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี

3.2 การตรวจ Thin film

1 มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... 2 ไม่มี

3.3 อื่น ๆ ระบุ.....

4. การรักษา

การใช้ยารักษาขั้นหายขาด

Mefloquine	<input type="checkbox"/> 1 ใช้	วันที่ให้การรักษา.....	<input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่
Primaquine	<input type="checkbox"/> 1 ใช้	วันที่ให้การรักษา.....	<input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่
Quinine	<input type="checkbox"/> 1 ใช้	วันที่ให้การรักษา.....	<input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่
Tetracycline/Doxycycline	<input type="checkbox"/> 1 ใช้	วันที่ให้การรักษา.....	<input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่
Artemether	<input type="checkbox"/> 1 ใช้	วันที่ให้การรักษา.....	<input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่
Artesunate	<input type="checkbox"/> 1 ใช้	วันที่ให้การรักษา.....	<input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่
Chloroquine	<input type="checkbox"/> 1 ใช้	วันที่ให้การรักษา.....	<input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่
อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 1 ใช้	วันที่ให้การรักษา.....	<input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่
ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 1 ใช้	วันที่ให้การรักษา.....	<input type="checkbox"/> 2 ไม่ใช่

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

<input type="checkbox"/> 1 หางของป่า/ล่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา	<input type="checkbox"/> 2 ทำป่าไม้ ทำมาเป็นระยะเวลา
ระบุสถานที่ที่ทำ.....	ระบุสถานที่ที่ทำ.....
<input type="checkbox"/> 3 นักสำรวจป่า/ธรรมชาติ ทำมาเป็นระยะเวลา	<input type="checkbox"/> 4 ทหาร/ตำรวจ ตระเวนชายแดน ทำมาเป็นระยะเวลา
ระบุสถานที่ที่ทำ.....	ระบุสถานที่ที่ทำ.....
<input type="checkbox"/> 5 อื่น ๆ (ระบุ)	

5.2 งานอดิเรก

<input type="checkbox"/> 1 หางของป่า/ล่าสัตว์ ระบุสถานที่ที่ทำ.....	<input type="checkbox"/> 2 ท่องเที่ยว ระบุสถานที่ที่ทำ.....
--	--

5.3 ประวัติการรับเลือด (Blood Transfusion)

1 มี ระบุวันที่รับ.....สถานที่รับ..... 2 ไม่มี

5.4 ชนิดยุงพาหะโรคมมาลาเรีย (ที่เคยมีการสำรวจไว้)

<input type="checkbox"/> 1 มีการสำรวจ ระบุชนิด	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มีการสำรวจ
ระบุ.....	
ระบุ.....	
ระบุ.....	

6. แผลงแพรโรค

6.1 ในช่วง 60 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปพื้นที่เสี่ยงใดบ้าง 1 เคย ระบุ 2 ไม่เคย

1. ระบุ วันที่
2. ระบุ วันที่
3. ระบุ วันที่

6.2 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

1. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย.....
3. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย.....

6.3 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

1. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....
3. ชื่อที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

6.4 มีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจากหมู่บ้านอื่นมาพักอาศัยร่วมบ้านหรือบ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ในช่วง 60 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

1. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....
3. ชื่อที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

1. ชื่ออายุ วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย.....
3. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย.....

7.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

1. ชื่อ ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่อ ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....
3. ชื่อ ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....
ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....