

แบบสอบถามโรคสครับไทฟัส

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน

อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ .....

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน .....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่.....

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....ถนน .....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่  ป่วยวินิจฉัย .....  ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

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

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ไม่สมัครอยู่  ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น

ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ไข้เฉียบพลัน	<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
ปวดเมื่อยตัว	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ตาแดง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ไอแห้ง	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ผื่น (maculopapular).	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ต่อมน้ำเหลืองโตและเจ็บ	<input type="checkbox"/> 1 มี ระบุ ตำแหน่ง.....	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
มีแผลเหมือนบุหรีจี้ (eschar)	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
สมองอักเสบ	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปอดบวม	<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
ม้ามโต	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ตับโต	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ .....			

### 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การตรวจ Immuno Fluorescent Antibody Test (IFA)

ตรวจน้ำเหลืองคูกู  1 มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ.....  2 ไม่มี  
ตรวจน้ำเหลืองเดี่ยว  1 มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ.....  2 ไม่มี

#### 3.2 การตรวจ Indirect Immuno Peroxidase Test (IIP)

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

#### 3.3 การตรวจ Weil Felix to OX-K

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

#### 3.4 การตรวจ PCR

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

3.5 อื่น ๆ ระบุ.....

### 4. การรักษา

#### ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

Doxycycline  1 ใช้ วันที่ให้การรักษา.....ขนาดยา.....  2 ไม่ใช่  
Tetracycline  1 ใช้ วันที่ให้การรักษา.....ขนาดยา.....  2 ไม่ใช่  
Chloramphenical  1 ใช้ วันที่ให้การรักษา.....ขนาดยา.....  2 ไม่ใช่  
อื่น ๆ.....

### 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

#### 5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

1 หางของป่า/ล่าสัตว์  2 ทำป่าไม้ ทำมาเป็นระยะเวลา .....  
ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....  
ระบุสถานที่ที่ทำ.....  
 3 นักสำรวจป่า/ธรรมชาติ  4 ทหาร/ตำรวจ ตระเวนชายแดน  
ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ทำมาเป็นระยะเวลา .....  
ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....  
 5 ทำไร่ ทำมาเป็นระยะเวลา .....  6 ทำสวน ทำมาเป็นระยะเวลา .....  
ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....  
 7 อื่น ๆ ( ระบุ ) .....

#### 5.2 งานอดิเรก

1 หางของป่า/ล่าสัตว์  2 ท่องเที่ยว  
ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....

#### 5.3 บริเวณป่า/ไร่/สวน ที่ผู้ป่วยมีโอกาสจะไปรับเชื้อได้นั้น มีหนู/สัตว์ฟันแทะ เช่น กระแต กระต่าย อีเห็น ชะมด ชุกชุมหรือไม่

1 มี  2 ไม่มี

6. แหล่งแพร่โรค

6.1 ในช่วง 21 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง  1 เคย ระบุ  2 ไม่เคย

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

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัสในช่วง 21 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

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

7.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัสในช่วง 21 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

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

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

**แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อริคเก็ตเซีย (Rickettsia)**

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 โทรสาร 0-2591-2153

(หมายเลขวิเคราะห์.....)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ..... เพศ  ชาย  หญิง อายุ.....ปี ..... เดือน.....วัน  
ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....  
วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย..... วัน/เดือน/ปี ที่รับไว้ ..... วัน/เดือน/ปี ที่จำหน่าย.....  
รับการรักษาที่ ร.พ. .... อำเภอ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์..... HN..... แพทย์ผู้รักษา.....

**อาการและการตรวจพบ**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไข้ อุดมภูมิ..... <sup>o</sup> C | <input type="checkbox"/> หนาวสั่น            | <input type="checkbox"/> ไอ               |
| <input type="checkbox"/> เบื่ออาหาร                       | <input type="checkbox"/> ปวดกล้ามเนื้อ       | <input type="checkbox"/> ท้องผูก          |
| <input type="checkbox"/> ตาแดง                            | <input type="checkbox"/> ม้ามโต              | <input type="checkbox"/> ตับโต            |
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ                         | <input type="checkbox"/> คลื่นไส้, อาเจียน   | <input type="checkbox"/> เจ็บคอ           |
| <input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย                        | <input type="checkbox"/> คอแข็ง              | <input type="checkbox"/> ท้องเดิน         |
| <input type="checkbox"/> ปวดหลัง                          | <input type="checkbox"/> ตัวเหลือง, ตาเหลือง | <input type="checkbox"/> Eschar*          |
| <input type="checkbox"/> Rash*                            | <input type="checkbox"/> Petechia*           | <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy* |
| <input type="checkbox"/> อาการอื่นๆ (ระบุ).....           |  |   |

**\* โปรดระบุตำแหน่งที่ตรวจพบ**

	หัว	หน้า	คอ	มือ	รักแร้	หน้าอก	เอว	ก้น	ขาหนีบ	ถุงอัณฑะ	ขา	ที่อื่นๆ(ระบุ)
1. Eshar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3. Petechia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. Lymphadenopathy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

การวินิจฉัยทางคลินิก.....

**การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ**

วันที่เจาะเลือดครั้งที่ 1 ...../...../..... วันที่เจาะเลือดครั้งที่ 2 ...../...../.....  
วัน/เดือน/ปี ที่ส่งตัวอย่าง ...../...../.....

ชื่อและที่อยู่ของผู้นำส่งตัวอย่าง	ชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ต้องทราบผล
ชื่อ.....	ชื่อ.....
ที่อยู่.....	ที่อยู่.....
.....	.....
.....	.....
โทรศัพท์ .....	โทรศัพท์ .....
โทรสาร.....	โทรสาร.....