

**แบบสอบถามวันโรคปอด**

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ ..... อาชีพ .....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

**2. ประวัติการเจ็บป่วย**

วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... ชื่อโรงพยาบาล.....

การวินิจฉัยโรค  1 วัณโรคปอด  2 วัณโรคของอวัยวะอื่น ๆ ระบุ.....

ประเภทผู้ป่วย  1 ผู้ป่วยนอก  2 ผู้ป่วยใน

ผลการรักษา  1 กำลังรักษา  2 หาย วันที่จำหน่าย.....

3 ตาย วันที่.....  4 ส่งต่อ ระบุ.....

**3. อาการและอาการแสดง**

อาการและอาการแสดงสำคัญที่พบในผู้ป่วย

|            |   |                   |   |
|------------|---|-------------------|---|
| ไข้        | <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ | ไอมีเสมหะปนเลือด  | <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ |
| ไอ         | <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ | อ่อนเพลีย         | <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ |
| เจ็บหน้าอก | <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ | เหงื่อออกกลางคืน  | <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ |
| น้ำหนักลด  | <input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ | อื่นๆ (ระบุ)..... |   |

**4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

**4.1 ตรวจเสมหะวิธี direct smear (AFB)**

1 ส่งตรวจ ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

ครั้งที่ 3 วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

2 ไม่ได้ส่งตรวจ

**4.2 เพาะเชื้อจากเสมหะ**

1 ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ..... เชื้อที่พบ.....

2 ไม่ได้ส่งตรวจ

**4.3 เพาะเชื้อจากแหล่งอื่นๆ ได้แก่**

เลือด  2 ไม่ได้ส่งตรวจ  1 ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

น้ำไขสันหลัง  2 ไม่ได้ส่งตรวจ  1 ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

น้ำจากช่องเยื่อหุ้มปอด  2 ไม่ได้ส่งตรวจ  1 ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

น้ำล้างกระเพาะอาหาร  2 ไม่ได้ส่งตรวจ  1 ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

ปีสถานะ  2 ไม่ได้ส่งตรวจ  1 ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....  
อู่จากระ  2 ไม่ได้ส่งตรวจ  1 ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ..... ผล.....

### 5. ประวัติการสัมผัสโรค

5.1 ในระยะ 1 - 3 เดือนก่อน(ป่วย) มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในครอบครัวหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

5.2 ในระยะ 1-3 เดือนก่อน(ป่วย) มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่บ้านติดกัน/ละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

5.3 ในระยะ 1 - 3 เดือนก่อน(ป่วย) มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในห้องเรียนหรือสถานที่ทำงานเดียวกันหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

### 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 ในระยะ 12 เดือนหลังวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในครอบครัวหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

6.2 ในระยะ 12 เดือนหลังวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่บ้านติดกัน/ละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

6.3 ในระยะ 12 เดือนหลังวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในห้องเรียนหรือสถานที่ทำงานเดียวกันหรือไม่

1 มี ระบุ  2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....  
ชื่อ.....อายุ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

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