

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคทริคิโนซิส

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... เลขที่บัตรประชาชน ---

อายุ.....ปี เพศ ① ชาย ② หญิง เชื้อชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....

ถ้าเป็นนักเรียนชั้น.....โรงเรียน.....ที่ตั้งโรงเรียน.....

ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15).....

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

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

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

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

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

ผลการรักษา ① กำลังรักษา ② หาย ③ เสียชีวิต วันที่.....

④ ไม่สมัครใจอยู่ ⑤ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ไข้	① มี เริ่มเมื่อวันที่.....	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
ปวดท้อง	① มี เริ่มเมื่อวันที่.....	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
คลื่นไส้	① มี เริ่มเมื่อวันที่.....	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
อาเจียน	① มี เริ่มเมื่อวันที่.....	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
ท้องเสีย	① มี เริ่มเมื่อวันที่.....	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
ปวดเบ้าตา	① มี เริ่มเมื่อวันที่.....	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
ตาบวม	① มี เริ่มเมื่อวันที่.....	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยตามตัว	① มี เริ่มเมื่อวันที่.....	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
ปวดบวมกล้ามเนื้ออ่อน	① มี เริ่มเมื่อวันที่.....	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
เดินตัวแข็ง	① มี เริ่มเมื่อวันที่.....	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
หายใจขัด หายใจลำบาก	① มี เริ่มเมื่อวันที่.....	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
อาการอื่น ๆ (ระบุ).....			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในคน

① Leucocytosis	วันที่ตรวจ.....	ผล.....
② Eosinophilia (> 400/mm ³)	วันที่ตรวจ.....	ผล.....
③ การตรวจทางซีรัม (ระบุ) :		
.....	วันที่ตรวจ.....	ผล.....
.....	วันที่ตรวจ.....	ผล.....
④ การตรวจกล้ามเนื้ออ่อน	วันที่ตรวจ.....	① พบตัวอ่อน
		② ไม่พบ
		③ อื่น ๆ ระบุ.....

4. การรักษา (ระบุยาที่ใช้) :

..... ขนาดที่ให้..... จำนวน..... วัน
 ขนาดที่ให้..... จำนวน..... วัน
 ขนาดที่ให้..... จำนวน..... วัน

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ชนิดเนื้อสัตว์ (ภายใน 1 เดือนก่อนหน้าที่จะแสดงอาการ) อาหารดิบ ไม่สุกพอ หรือรมควัน

- ① เนื้อสุกรฟาร์ม ② เนื้อสุกรชาวเขา ③ เนื้อสุกรป่า
 ④ เนื้อสัตว์ป่า (ระบุ).....
 ⑤ เนื้อสัตว์อื่น ๆ (ระบุ).....
 ⑥ ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ เช่น ไส้กรอกรมควัน (ระบุ).....

5.2 แหล่งที่มาของเนื้อ

- ① เลี้ยงไว้เอง ② ได้รับมาจากเพื่อนบ้าน ③ จากการล่า
 ④ ซื้อมาจากตลาด (ระบุ).....
 ⑤ ได้รับโดยตรงจากฟาร์ม (ระบุ).....
 ⑥ ได้จากพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศ (ระบุ).....
 ⑦ อื่น ๆ (ระบุ).....
 ⑧ ไม่ทราบ

5.3 ชนิดของอาหารที่ปรุง

- ① ลาบ ② หลู้ ③ ยำ ④ ปิ้งและย่าง
 ⑤ แกง ⑥ แหนม ⑦ อื่น ๆ (ระบุ).....
 รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่.....

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค (เช่น รับประทานด้วยกัน)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	อายุ	อาการป่วย	หมายเหตุ

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวนโรค.....ตำแหน่ง.....
 ที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....วันที่สอบสวน.....