แบบสอบสวนไข้เลือดออก

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ – สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

อายุ.....ปี เพศ [1] ชาย [2] หญิง อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ .....

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

อำเภอ.....จังหวัด.....

[1] ในเขตเทศบาลนคร [2] ในเขตเทศบาลเมือง [3] ในเขตเทศบาลตำบล [4] ในเขต อบต.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่.....

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

[1] ในเขตเทศบาลนคร [2] ในเขตเทศบาลเมือง [3] ในเขตเทศบาลตำบล [4] ในเขต อบต.

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

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น..... โรงเรียน.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผลการรักษา [1] กำลังรักษา [2] หาย [3] เสียชีวิต [4] ไม่สมัครอยู่ [5] ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น

ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ไข้/ไข้สูงเฉียบพลัน	[1] มี	[2] ไม่มี	[9] ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	[1] มี	[2] ไม่มี	[9] ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	[1] มี	[2] ไม่มี	[9] ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้อ	[1] มี	[2] ไม่มี	[9] ไม่ทราบ
ปวดกระดูกหรือข้อต่อ	[1] มี	[2] ไม่มี	[9] ไม่ทราบ
ผื่นแดง	[1] มี	[2] ไม่มี	[9] ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกตามผิวหนัง	[1] มี	[2] ไม่มี	[9] ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกทางอวัยวะภายใน	[1] มี	[2] ไม่มี	[9] ไม่ทราบ
ตับโตมักกดเจ็บ	[1] มี	[2] ไม่มี	[9] ไม่ทราบ
มีภาวะช็อก	[1] มี	[2] ไม่มี	[9] ไม่ทราบ
Tourniquet test	[1] ผลบวก	[2] ผลลบ	[9] ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

- จำนวนเม็ดเลือดขาว ≤ 5,000 เซล / ลูกบาศก์มิลลิเมตร

[1] มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ..... [2] ไม่มี

- เกล็ดเลือด ≤ 100,000 เซล / ลูกบาศก์มิลลิเมตร

  [1] มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ..... [2] ไม่มี

- ฮีมาโตคริต > 40 %

  [1] มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... [2] ไม่มี

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

- PCR [1] มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... [2] ไม่มี
- การแยกเชื้อ [1] มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... [2] ไม่มี
- HI ตรวจน้ำเหลืองคู่ [1] มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... [2] ไม่มี

  ตรวจน้ำเหลืองเดี่ยว [1] มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... [2] ไม่มี
- EIA [1] มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... [2] ไม่มี
- อื่น ๆ ระบุ.....

4. การรักษา

- ไปรับการรักษาที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
- การวินิจฉัยครั้งแรก .....
- การรักษา.....
- การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย .....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
  - ในบ้านผู้ป่วย CI = ...%

    จำนวนภาชนะในบ้านที่สำรวจ ....ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย .....ภาชนะ

    จำนวนภาชนะนอกบ้านที่สำรวจ.....ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย.....ภาชนะ
  - รอบบ้านผู้ป่วยในรัศมี 100 เมตร CI = ...% HI = ...% BI = ...

    จำนวนภาชนะในบ้านที่สำรวจ .....ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย .....ภาชนะ

    จำนวนภาชนะนอกบ้านที่สำรวจ.....ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย.....ภาชนะ

    จำนวนบ้านที่สำรวจ ..... หลังคาเรือน พบลูกน้ำยุงลาย .....หลังคาเรือน
  - ในโรงเรียนที่ผู้ป่วยเรียน CI = ...%

    จำนวนภาชนะภายในอาคาร.....ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย .....ภาชนะ

    จำนวนภาชนะภายนอกอาคาร.....ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย .....ภาชนะ
  - ในวัด / ศูนย์เด็กเล็ก CI = ...%

    จำนวนภาชนะทั้งหมดที่สำรวจ.....ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย .....ภาชนะ

6. แหล่งแพร่โรค

6.1ในช่วง 14 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปที่ไหนบ้าง [1] เคย [2] ไม่เคย

1. ระบุ .....ช่วงวันที่ .....
2. ระบุ.....ช่วงวันที่ .....
3. ระบุ.....ช่วงวันที่ .....

6.2 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน **ก่อนวันเริ่มป่วย** ของผู้ป่วยรายนี้

[1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

6.3 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครู ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน **ก่อนวันเริ่มป่วย** ของผู้ป่วยรายนี้

[1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

6.4 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน **ก่อนวันเริ่มป่วย** ของผู้ป่วยรายนี้

[1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน **หลังวันเริ่มป่วย** ของผู้ป่วยรายนี้

[1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

7.2 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครู ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน **หลังวันเริ่มป่วย** ของผู้ป่วยรายนี้

[1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

7.3 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน **หลังวันเริ่มป่วย** ของผู้ป่วยรายนี้

[1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

ชื่อผู้สอบสวน.....**ตำแหน่ง**.....

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

แบบส่งตัวอย่างตรวจโรคไข้เลือดออก ไข้เดงกี ไข้ปวดข้อออกผื่นชิคุนกุนยา

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……..

ประวัติการเดินทางในระยะเวลา 14 วันก่อนป่วย

วัน/เดือน/ปี ……...ตำบล .....อำเภอ…….....จังหวัด.....

การวินิจฉัย : ☐ DHF grade 1 ☐ DHF grade 2 ☐DHF grade 3 ☐DHF grade 4 ☐ ไข้เดงกี (DF)
☐ ไข้ปวดข้อออกผื่นชิคุนกุนยา ☐ อื่นๆ (ระบุ) ……

อาการและการตรวจพบ :

1. ไข้ วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มเป็นไข้ ……อุณหภูมิสูงสุด……. ^{0}ซ วัน/เดือน/ปี ที่ไข้ลด……..
2. อาการเลือดออก
   - 2.1 Tourniquet ☐ ไม่ได้ทำ ☐ positive……จุด/Inch^2 ☐ negative (วัน/เดือน/ปี ที่ทำ……)
   - 2.2 อาการเลือดออกที่ผิวหนัง ☐ petechiae ☐ ecchymoses ☐ ไม่มี
   - 2.3 ☐ เลือดกำเดาออก 2.4 ☐ เลือดออกจากเหงือก 2.5 ☐ อาเจียนเป็นเลือด
   - 2.6 ☐ ถ่ายเป็นเลือด 2.7 ☐ อื่นๆ (ระบุ)……
3. ตับ ☐โต ขนาด……ซม. ☐ คลำไม่พบ ☐กดเจ็บ
4. อาการช็อค ☐ ไม่มี ☐มี ☐มือเท้าเย็น ☐ กระสับกระส่าย (วัน/เดือน/ปี……..……)
   ☐ ชีพจร…….ครั้ง/นาที แรงดันเลือดตัวบน ต่ำสุด……มม. ปรอท
5. ตรวจร่างกาย พบ ascitis ☐ มี ☐ ไม่มี (fluid thrill , shifting duliness)
6. อาการและการแสดงอื่นๆ (Unusual manifestation) ☐ ตัว/ตา เหลือง ☐ ไม่รู้สึกตัว ☐ ชัก
   ☐ Renal failure…… ☐ อื่นๆ(ระบุ)……

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Platelet counts แรกรับ……/ลบ.มม. สูงสุด……../ลบ.มม . ต่ำสุด……../ลบ.มม.

Hematocrit แรกรับ……% สูงสุด……% ต่ำสุด……%

โปรดระบุรายการที่ต้องการส่งตรวจ

☐ โรคไข้เลือดออก ☐ วิธี ELISA IgM&IgG ☐ วิธี RT-PCR

☐ โรคไข้ออกผื่นชิคุนกุนยาวิธี HI

วัน/เดือน/ปี ที่เจาะเลือด หมายเลขวิเคราะห์ (NIH No.)

ครั้งที่ 1 ……/……/…….. ……

ครั้งที่ 2 ……/……/…….. ……

ครั้งที่ 3 ……/……/…….. ……

ชื่อและที่อยู่ของผู้ต้องการให้ส่งผล

ชื่อ-สกุล……

ที่อยู่ ……

……

โทรศัพท์ …… โทรสาร ……

เฉพาะเจ้าหน้าที่ฝ่ายอาโบไวรัส			
	Acute Serum	Convalescent 1	Convalescent 2
Dengue titer			
Chik-titer			
Dengue RT-PCR			
D-IgM			
D-IgG			
Interpretation			
Date			