# แนวทางการรายงาน
# โรคติดต่ออันตราย
# และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

## ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558



สำนักระบาดวิทยา
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

# แนวทางการรายงาน

## โรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

### ที่ปรึกษา

นพ. นคร เปรมศรี

ดร.พญ. พจมาน ศิริอารยาภรณ์

### บรรณาธิการ

**กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ**

ดร.สพ.ญ. เสาวพักตร์ ฮั้นจ้อย
ดร.พญ. ภาวินี ด้วงเงิน
นส. พวงทิพย์ รัตนะรัต
นส. กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์
นางอาทิชา วงศ์คำมา
นายสหภาพ พูลเกษร
นส. สุทธนันท์ สุทธชนะ
นางอัญชนา วากัส
นางสมคิด คงอยู่
นส. ปณิตา คุ้มผล
นส. อ้อยทิพย์ ยาโสภา

**กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์**

นพ. ฐิติพงษ์ ยิ่งยง
นางสุปิยา จันทรมณี
นางนิรมล ปัญสุวรรณ
นส. ขนิษฐา ภู่บัว
นายวัชรพล สีนอ

**ศูนย์สารสนเทศและการพยากรณ์โรค**

ดร.นพ. ยงเจือ เหล่าศิริถาวร
นายสมาน สยุมภูรุจินันท์

**กลุ่มสอบสวน ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและประสานกฎอนามัยระหว่างประเทศ**

นพ. โรม บัวทอง
นส. กัณฐิกา ถิ่นทิพย์

จัดทำโดย : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

# คำนำ

แนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ฉบับนี้จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และหน่วยงานอื่นๆ นำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา โดยนำเนื้อหามาจากนิยาม โรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2546 แนวทางการรายงานโรคที่มีความสำคัญสูงประเทศไทย และยังได้รับความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ ในการปรับปรุงให้เหมาะสมกับการเฝ้าระวัง การรายงาน และแบบฟอร์มที่ใช้ในการรายงาน การสอบสวนโรค รวมทั้งหลักเกณฑ์ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติงานต่างๆ เพื่อใช้เป็นคู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ

ในหนังสือฉบับนี้ประกอบไปด้วยนิยามในการเฝ้าระวังโรค แบบสอบสวนโรค หลักเกณฑ์และวิธีการแจ้งในกรณีที่เจ้าบ้าน แพทย์ผู้ทำการรักษา ผู้รับผิดชอบในสถานพยาบาล ผู้ทำการชันสูตรที่ทราบข่าวการป่วย สงสัย หรือตรวจพบเชื้อโรคติดต่ออันตรายหรือโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ให้รีบแจ้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคตามช่องทางการรายงานโรค ซึ่งบุคลากรเหล่านี้มีส่วนช่วยในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และช่วยให้การดำเนินงานทางระบาดวิทยามีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์แก่ท่านผู้อ่าน มีความรู้ความเข้าใจ แนวทางขั้นตอนการรายงานโรคอย่างถูกต้อง และหากมีข้อเสนอแนะใดๆ เพิ่มเติม อันจะเป็นประโยชน์ต่องานนี้ สำนักระบาดวิทยายินดีรับไว้พิจารณา โปรดแจ้งได้ที่กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โทร. 0-2590-1775, 0-2590-1795 โทรสาร 0-2590-1784



**(นายแพทย์นคร เปรมศรี)**

รักษาการผู้อำนวยการสำนักระบาดวิทยา

29 มกราคม 2561

# สารบัญ


- หลักเกณฑ์และวิธีการแจ้งในกรณีที่มีโรคติดต่ออันตราย หรือโรคระบาดเกิดขึ้น กรณี เจ้าบ้าน หรือผู้ควบคุมดูแลบ้าน หรือแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาล หรือเจ้าของ หรือผู้ควบคุมสถานประกอบการ 4
- หลักเกณฑ์และวิธีการแจ้งในกรณีที่มีโรคติดต่ออันตราย โรคระบาด หรือโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังเกิดขึ้น กรณีผู้รับผิดชอบในสถานพยาบาล หรือผู้ทำการชันสูตร หรือผู้รับผิดชอบในสถานที่ที่ได้มีการชันสูตร 5
- แบบรายงาน 506 6
- ทะเบียนรับแจ้งและตรวจสอบข่าวการเกิดโรคติดต่ออันตราย หรือโรคระบาดเกิดขึ้นในแนวทางการเฝ้าระวังเหตุการณ์ SRRT เครือข่ายระดับตำบล 7
- นิยามโรคติดต่ออันตราย ฉบับเจ้าบ้าน หรือผู้ควบคุมดูแลบ้าน หรือเจ้าของ หรือผู้ควบคุมสถานประกอบการ 8
- รหัสโรค, เชื้อก่อโรค, และ ICD-10 รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) ตาม พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 12

## นิยามโรคติดต่ออันตราย 23

1. กาฬโรค 23
2. ไข้ทรพิษ 23
3. ไข้เลือดออกไครเมียนคองโก 24
4. ไข้เวสต์ไนล์ 24
5. ไข้เหลือง 25
6. โรคไข้ลาสซา 25
7. โรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์ 26
8. โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก 26
9. โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา 26
10. โรคติดเชื้อไวรัสเฮนดรา 28
11. โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือโรคซาร์ส 28
12. โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส 30
13. วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TBX)) 32

## นิยามโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง 34

1. กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง 34
2. ไข้กาฬหลังแอ่น 35
3. ไข้ดำแดง 35
4. ไข้เด็งกี่ 36
5. ไข้ปวดข้อยุงลาย 37
6. ไข้มาลาเรีย 38
7. ไข้ไม่ทราบสาเหตุ 38
8. ไข้สมองอักเสบชนิดญี่ปุ่น 39
9. ไข้สมองอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ 39
10. ไข้หวัดนก 40
11. ไข้หวัดใหญ่ 41
12. ไข้หัด 41
13. ไข้หัดเยอรมัน 42
14. ไข้เอนเทอริค 42
15. ไข้เอนเทอโรไวรัส 43
16. คอตีบ 43
17. คางทูม 44
18. ซิฟิลิส 45
19. บาดทะยัก 48
20. โปลิโอ 49
21. แผลริมอ่อน 50
22. พยาธิทริคิเนลลา 50
23. พยาธิทริโคโมแนสของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ 51
24. เมลิออยโดสิส 51
25. เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากพยาธิ 52
26. เยื่อหุ้มสมองอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ 52
27. เริมของอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก 53
28. โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสชนิด เอ บี ซี ดี และ อี 53
29. โรคตาแดงจากไวรัส 55
30. โรคติดเชื้อไวรัสซิกา 56
31. โรคติดเชื้อสเตร็ปโตคอคคัสซูอิส 57
32. โรคเท้าช้าง 58
33. โรคบรูเซลโลสิส 58
34. โรคบิด 59
35. โรคปอดอักเสบ 60
36. โรคพิษสุนัขบ้า 61
37. โรคมือเท้าปาก 62
38. โรคเรื้อน 62

39. โรคลิชมาเนีย 63
40. โรคเลปโตสไปโรสิส 64
41. โรคสครับไทฟัส 65
42. โรคสุกใส หรืออีสุกอีใส 66
43. โรคอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน 66
44. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 67
45. โรคเอดส์ 67
46. โรคแอนแทรกซ์ 68
47. โลนที่อวัยวะเพศ 69
48. วัณโรค 70
49. ไวรัสตับอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ 70
50. หนองใน 71
51. หนองในเทียม 72
52. หูดข้าวสุก 73
53. หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก 73
54. อหิวาตกโรค 74
55. อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 74
56. อาหารเป็นพิษ 75
57. ไอกรน 75

แบบสอบสวนโรคติดต่ออันตราย 77

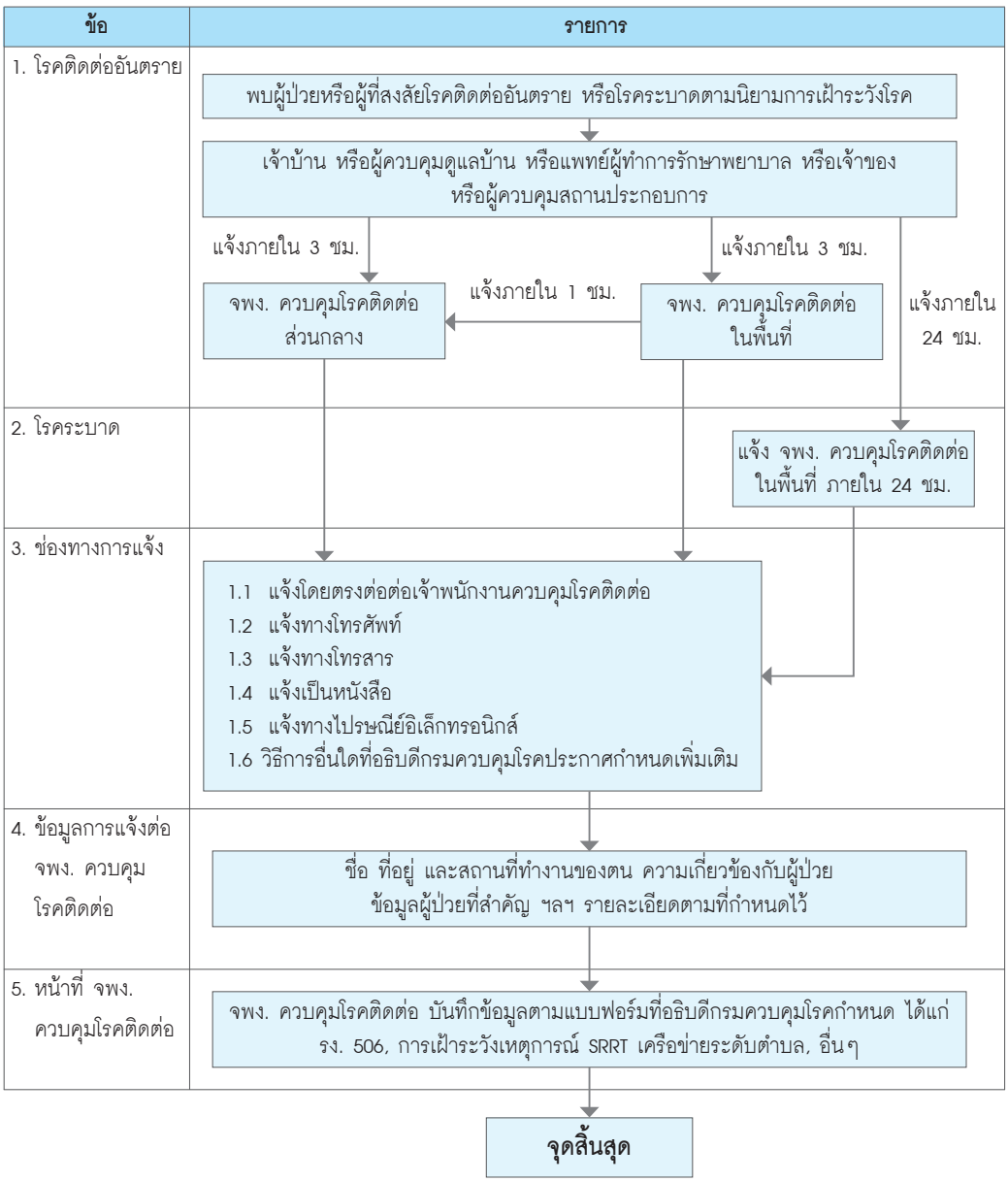
1. กาฬโรค 77
2. ไข้ทรพิษ 79
3. ไข้เลือดออกไครเมียนคองโก/โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา/โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บาร์ก 81
4. ไข้เวสต์ไนล์/โรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์/โรคติดเชื้อไวรัสเฮนดรา 84
5. ไข้เหลือง 88
6. โรคไข้ลาสซา 90
7. โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือโรคซาร์ส 93
8. โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส 93
9. วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 100

แบบสอบสวนโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง 104

1. โรคไข้กาฬหลังแอ่น 104
2. ไข้ดำแดง 107
3. ไข้เด็งกี่/ไข้เลือดออกเด็งกี่/ไข้เลือดออกช็อกเด็งกี่ 110
4. ไข้ปวดข้อยุงลาย 112
5. ไข้มาลาเรีย 115
6. ไข้สมองอักเสบ/ไข้สมองอักเสบชนิดญี่ปุ่น/เยื่อหุ้มสมองอักเสบ 118
7. ไข้หวัดนก 122
8. ไข้หวัดใหญ่ 122
9. ไข้หัด/ไข้หัดเยอรมัน 129
10. ไข้เอนเทอริค 134
11. คอตีบ 138
12. คางทูม 140
13. บาดทะยัก 143
14. พยาธิทริคิเนลลา 145
15. เมลิออยโดสิส 148
16. เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากพยาธิ 151
17. โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส ชนิดเอ/อี/ไม่ระบุเชื้อสาเหตุ 155
18. โรคตาแดงจากไวรัส 158
19. โรคติดเชื้อไวรัสซิกา 160
20. โรคติดเชื้อสเตร็ปโตคอคคัสซูอิส 162
21. โรคเท้าช้าง 166
22. โรคบรูเซลโลสิส 168
23. โรคบิด 171
24. โรคปอดอักเสบ 175
25. โรคพิษสุนัขบ้า 182
26. ไข้เอนเทอโรไวรัส/โรคมือ เท้า ปาก 186
27. โรคเรื้อน 188
28. โรคลิชมาเนีย 195
29. โรคเลปโตสไปโรสิส 197
30. โรคสครับไทฟัส 202
31. โรคสุกใส หรืออีสุกอีใส 205
32. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 207
33. โรคแอนแทรกซ์ 212
34. อหิวาตกโรค 215
35. อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 217
36. โปลิโอ/โรคอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน 225
37. อาหารเป็นพิษ 232
38. ไอกรน 237

# หลักเกณฑ์และวิธีการแจ้ง

## ในกรณีที่มีโรคติดต่ออันตราย หรือโรคระบาดเกิดขึ้น กรณี เจ้าบ้าน หรือผู้ควบคุมดูแลบ้าน หรือแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาล หรือเจ้าของ หรือผู้ควบคุมสถานประกอบการ



# หลักเกณฑ์และวิธีการแจ้ง
## ในกรณีที่มีโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดเกิดขึ้น กรณีผู้รับผิดชอบในสถานพยาบาล หรือผู้ทำการชันสูตร หรือผู้รับผิดชอบในสถานที่ที่ได้มีการชันสูตร

| ข้อ | รายการ |
|---|---|
| 1. โรคติดต่ออันตราย | พบผู้ป่วยหรือผู้ที่สงสัยโรคติดต่ออันตราย หรือโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดตามนิยามการเฝ้าระวังโรค<br>↓<br>ผู้รับผิดชอบในสถานพยาบาล หรือผู้ทำการชันสูตร หรือผู้รับผิดชอบในสถานที่ที่ได้มีการชันสูตร<br>แจ้งภายใน 3 ชม. → จพง. ควบคุมโรคติดต่อส่วนกลาง<br>แจ้งภายใน 1 ชม. → จพง. ควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่<br>แจ้งภายใน 3 ชม. → จพง. ควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ |
| 2. โรคระบาด | แจ้งภายใน 7 วัน<br>แจ้ง จพง. ควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ ภายใน 24 ชม. |
| 3. โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง | จพง. ควบคุมโรคติดต่อในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรณีที่พบในเขตจังหวัด หรือ จพง. ควบคุมโรคติดต่อในสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กรณีที่พบในเขตกรุงเทพมหานคร |
| 3. ช่องทางการแจ้ง | 1.1 แจ้งโดยตรงต่อต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ<br>1.2 แจ้งทางโทรศัพท์<br>1.3 แจ้งทางโทรสาร<br>1.4 แจ้งเป็นหนังสือ<br>1.5 แจ้งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์<br>1.6 วิธีการอื่นใดที่อธิบดีกรมควบคุมโรคประกาศกำหนดเพิ่มเติม |
| 4. ข้อมูลการแจ้งต่อ จพง. ควบคุมโรคติดต่อ | ชื่อ ที่อยู่ และสถานที่ทำงานของตน ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญ ฯลฯ รายละเอียดตามที่กำหนดไว้ |
| 5. หน้าที่ จพง. ควบคุมโรคติดต่อแบบรายงาน 506 | จพง. ควบคุมโรคติดต่อ บันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มที่อธิบดีกรมควบคุมโรคกำหนด ได้แก่ รง. 506, การเฝ้าระวังเหตุการณ์ SRRT เครือข่ายระดับตำบล, อื่นๆ |
| | **จุดสิ้นสุด** |

# บัตรรายงานผู้ป่วย
# แบบ รง. 506

| | |
|---|---|
| เลขที่อี 0 ของ สสจ. ..... | เลขที่อี 1 ของ สสจ. ..... |
| เลขที่อี 0 ของ สสอ. ..... | เลขที่อี 1 ของ สสอ. ..... |
| เลขที่อี 0 ของ รพ./สอ. ..... | เลขที่อี 1 ของ รพ./สอ. ..... |

ข่ายงานเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
โทร. 0-2590-1787, 0-2590-1785

โรค

- ☐ อหิวาตกโรค 01
- ☐ อุจจาระร่วง 02
- ☐ อาหารเป็นพิษ 03
- ☐ บิด Dysentery, unspecified 04
  - ☐ Bacillry (Shigellosis) 05
  - ☐ Amoebic 06
- ☐ Enteric fever 07
  - ☐ Typhoid 08
  - ☐ Paratyphoid 09
- ตับอักเสบ (Hepatitis, unspecified) 10
  - ☐ A 11
  - ☐ B 12
  - ☐ C 13
  - ☐ D 69
  - ☐ E 70
- ☐ โรคตาแดง (haemorrhagic conjunctivitis) 14
- ☐ ไข้หวัดใหญ่ 15
- ☐ หัดเยอรมัน 16
- ☐ สุกใส 17
- ☐ ไข้หรือไข้ไม่ทราบสาเหตุ 18
- ☐ ไข้กาฬหลังแอ่น 19
- ☐ กล้ามเนื้ออัมพาตอ่อนปวกเปียกแบบเฉียบพลัน (AFP) 65
- ☐ โปลิโอมัยเอไลติส 20
- ☐ หัด 21
  - ☐ หัดที่มีโรคแทรก (ระบุ) ..... 22
- ☐ ไข้คอตีบ 23
- ☐ พิษสุนัขบ้า 42
- ☐ Leptospirosis 43
  - ☐ บาดทะยัก 25
  - ☐ บาดทะยัก ในทารกแรกเกิด 53
- ☐ ไข้เด็งกี่ (Dengue fever) 66
- ☐ ไข้เลือดออก (DHF) 26
- ☐ ไข้เลือดออกช็อค (DSS) 27
- ☐ ไข้สมองอักเสบ (Encephalitis, unspecified) 28
  - ☐ Japanese encephalitis 29
- ☐ มาลาเรีย ☐ PV ☐ PM ☐ PF ☐ MIXED 30
- โรคปอดบวม (Pneumonia) 31
- ☐ วัณโรคปอด (ที่ตรวจพบเชื้อ) 32
  - ☐ เยื่อหุ้มสมอง (TB. meningitis) 33
  - ☐ ระบบอื่นๆ ..... 34
- ☐ โรคเรื้อน 35
- ☐ คุดทะราดระยะติดต่อ 36
- ☐ กามโรค
- ☐ ซิฟิลิส (ระบุ) ระยะ ..... 37
  - ☐ หนองใน 38
  - ☐ หนองในเทียม 39
  - ☐ แผลริมอ่อน 40
  - ☐ ฝีมะม่วง 41
- ☐ เริมที่อวัยวะเพศ 79
- ☐ หูดอวัยวะเพศ และทวารหนัก 80
- ☐ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ (ระบุ) .... 81
- ☐ สครับไทยฟัส 44
- ☐ แอนแทรกซ์ 45
- ☐ ทริคิโนสิส 46

โรคจากการประกอบอาชีพ

- ☐ ถูกพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ระบุ) ..... 47
- ☐ พิษจากโลหะหนัก (ระบุ) ..... 48 - 49
- ☐ พิษจากสารตัวทำลาย (ระบุ) ..... 50
- ☐ พิษจากแก๊สสารไอระเหย (ระบุ) ..... 51
- ☐ โรคปอดจากการประกอบอาชีพ (ระบุ) ..... 64
- ☐ โรคจากปัจจัยทางกายภาพ (ระบุ) ..... 67
- ☐ คางทูม 52
- ☐ อาการภายหลังได้รับวัคซีน (AEF1) (ระบุ) .....
- ☐ Hand Foot Mouth disease (HFM) 71
- ☐ Melioidosis 72
- ☐ โรคอื่นๆ (ระบุ) .....

ชื่อผู้ป่วย ..... H.N. .....
ชื่อบิดา - มารดา หรือผู้ปกครอง (สำหรับผู้ป่วยเด็ก ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี) ..... อาชีพของบิดา-มารดา .....

| เพศ | อายุ | ภาวะสมรส | สัญชาติ | งานที่ทำ |
|---|---|---|---|---|
| 1 ชาย<br>2 หญิง | ปี .....<br>เดือน .....<br>วันที่ ..... (☐☐) | 1 โสด<br>2 คู่<br>3 หย่าร้าง<br>4 หม้าย | ☐ คนไทย<br>☐ คนต่างชาติ ประเภท ☐ 1 ☐ 2<br>ระบุสัญชาติ ..... | .....<br>(☐☐) |

**ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย**
**บ้านเลขที่/ถนน** **หมู่ที่** **ตำบล** **อำเภอ** **จังหวัด**
..... 1 ในเขตเทศบาล 2 อบต.
สถานที่ใกล้เคียง ..... (☐☐☐) (☐☐)

| วันที่เริ่มป่วย | วันพบผู้ป่วย | สถานที่รักษา | ประเภทผู้ป่วย |
|---|---|---|---|
| วันที่ ..... (☐☐)<br>เดือน ..... (☐☐)<br>พ.ศ. ..... (☐☐) | วันที่ ..... (☐☐)<br>เดือน ..... (☐☐)<br>พ.ศ. ..... (☐☐) | 1 รพ. ศูนย์ 4 คลินิกของราชการ 7 คลินิก รพ. เอกชน<br>2 รพ. ทั่วไป 5 สอ. 8 บ้าน<br>3 รพ. ชุมชน 6 รพ. ราชการใน กทม. | 1 ผู้ป่วยนอก<br>2 ผู้ป่วยใน |

| สภาพผู้ป่วย | วันที่ตาย | ชื่อผู้รายงาน | สถานที่ทำงาน | จังหวัด | วันที่เขียนรายงาน |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ หาย ☐ ไม่ทราบ<br>☐ ตาย ☐ ยังมีชีวิตอยู่<br>☐ ยังรักษาอยู่ | วันที่ ..... (☐☐)<br>เดือน ..... (☐☐)<br>พ.ศ. ..... (☐☐) | ..... | ..... | ..... (☐☐) | ..... (☐☐☐☐☐☐) |

วันที่รับรายงานของ สสอ. ..... (☐☐☐☐☐☐)
วันที่รับรายงานของ สสจ. ..... (☐☐☐☐☐☐)
วันที่รับรายงานของสำนักระบาดวิทยา ..... (☐☐☐☐☐☐)

ให้ทำเครื่องหมาย X ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ และกรอกรายละเอียดในช่องว่างให้ครบถ้วนและชัดเจน ยกเว้นใน **

***นิยาม** ต่างชาติประเภท 1 คือ ชาวต่างชาติที่เข้ามาขายแรงงานในประเทศไทยไม่มีใบต่างด้าว
ต่างชาติประเภท 2 คือ ชาวต่างชาติหรือนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เข้ามารักษาในประเทศไทย เมื่อหายแล้วกลับประเทศของตน

# ทะเบียนรับแจ้งและตรวจสอบข่าวการเกิดโรคติดต่ออันตราย หรือโรคระบาดเกิดขึ้นในแนวทางการเฝ้าระวังเหตุการณ์ SRRT เครือข่ายระดับตำบล

**ทะเบียนรับแจ้งและตรวจสอบข่าวการเกิดโรค ภัย และเหตุการณ์ผิดปกติ ของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรค .....**

| ที่ | วัน เดือน ปี | ชื่อผู้แจ้ง - แหล่งข่าว/ ที่อยู่/โทร | เนื้อหาข่าวสาร ที่ได้รับแจ้ง | ชื่อผู้รับแจ้ง/ เวลา | การตรวจสอบข่าวสาร (วิธีการและผล) | สรุปความเห็น และการปฏิบัติ | ชื่อผู้ปฏิบัติ/ วันเวลา |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ชื่อผู้ป่วย .....<br>อายุ ..... อาชีพ .....<br>ที่อยู่ .....<br>.....<br>เบอร์โทรศัพท์ (ถ้ามี) .....<br>โรค/อาการสำคัญ/เหตุการณ์สำคัญ<br>.....<br>.....<br>วันเริ่มป่วย .....<br>วันพบผู้ป่วย .....<br>การรักษา .....<br><br>เหตุการณ์อื่นๆ เพิ่มเติม<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... | | ยืนยันการเกิดโรค/เหตุการณ์<br>(.....) เป็นโรคติดต่อจริง คือโรค .....<br>(.....) เป็นโรคที่ยังไม่สามารถระบุชนิดได้<br>(.....) เป็นการเจ็บป่วยที่ผิดปกติ<br>(.....) เป็นเหตุการณ์ผิดปกติ<br>ผลการตรวจสอบ<br>- พบผู้ป่วย ..... คน<br>- พบผู้เสียชีวิต ..... คน<br>- พบผู้ที่มีอาการสงสัย ..... คน<br>- พบเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพดังนี้ .....<br>.....<br>.....<br>วิธีตรวจสอบข่าว<br>(.....) ตรวจสอบด้วยตนเอง<br>(.....) สอบถาม ..... | (.....) แจ้ง SRRT ตำบล<br>(.....) แจ้ง SRRT อำเภอ<br>(.....) แจ้ง SRRT จังหวัด<br>(.....) แจ้ง SRRT อปท.<br>(.....) อื่นๆ ระบุ .....<br>.....<br><br>กิจกรรมที่ดำเนินการ<br>(.....) สอบสวนโรค<br>(.....) ควบคุมโรค<br>(.....) ระงับเหตุอันตราย<br>โดย .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>(.....) อื่นๆ .....<br>.....<br>..... | |
| | ประเภทข่าว<br>( ) โรคหรือกลุ่มอาการทั่วไปที่พบบ่อย<br>( ) โรคใหม่ หรือกลุ่มอาการที่ไม่เคยพบในพื้นที่<br>( ) เหตุการณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพหรือการเกิดโรคในคน | | | | | | |

# นิยามโรคติดต่ออันตราย
## ฉบับเจ้าบ้าน หรือผู้ควบคุมดูแลบ้าน หรือเจ้าของ หรือผู้ควบคุมสถานประกอบการ

### 1. กาฬโรค (Plague)

เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โดยมีหมัดเป็นพาหะนำโรค ในปัจจุบันมีการรายงานการระบาดที่ประเทศในทวีปอเมริกา แอฟริกา เอเชียกลาง จีน รัสเซีย และมาดากัสกา โดยอาจทำให้เกิดอาการติดเชื้อที่ต่อมน้ำเหลือง ในกระแสเลือด หรือมีอาการปอดบวม นิยามการเฝ้าระวังคือผู้ป่วยที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งในสามข้อต่อไปนี้ ควรรายงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- ผู้ป่วยที่มีอาการ ไข้สูง หนาวสั่น คลื่นไส้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ หรือรักแร้โตและมีหนอง
- ผู้ป่วยที่มีอาการไข้สูง ปวดศีรษะ อาเจียน คอหอยและทอนซิลอักเสบ จ้ำเลือดตามผิวหนัง
- ผู้ป่วยที่มีอาการไข้สูง หนาวสั่น ไออาจมีเสมหะปนเลือด หอบ

### 2. ไข้ทรพิษ (Smallpox)

เป็นโรคติดเชื้อไวรัส ที่ทำให้เกิดไข้ และผื่นเป็นตุ่มน้ำ บางรายมีอาการรุนแรงอาจทำให้เกิดอาการเลือดออกในเยื่อบุต่างๆ และผิวหนัง ไม่มีการรายงานพบผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2521 โดยอาการเพื่อการเฝ้าระวังมีนิยามดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีไข้สูงปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ต่อมาเริ่มพบจุดสีแดงขึ้นตามลิ้นเยื่อบุช่องปากและเยื่อบุโพรงจมูก และมีผื่นตามผิวหนัง (ลักษณะของผื่น เริ่มต้นจะเป็นผื่นแบบแบนราบ ต่อมาจะนูนขึ้นเป็นตุ่มกลมๆ ซึ่งมีรอยบุ๋มตรงกลาง) หลังจากนั้นผื่นจะกลายเป็นตุ่มหนองซึ่งค่อนข้างแข็ง โดยเริ่มที่บริเวณใบหน้าก่อน และกระจายไปตาม แขน ขา มือ เท้า และลำตัวจนทั่วภายใน 24 ชั่วโมง

### 3. ไข้เลือดออกไครเมียนคองโก (Crimean - Congo hemorrhagic fever)

โรคติดเชื้อไวรัส โดยมีเห็บเป็นพาหะ นอกจากนี้อาจเกิดจากการสัมผัสกับผู้ป่วยที่มีอาการ มีการรายงานว่าพบผู้ป่วยโรคนี้ที่ประเทศในทวีปแอฟริกา ยุโรปตะวันออก ตะวันออกกลาง จีน อินเดีย บังคลาเทศ โดยนิยามในการเฝ้าระวังผู้ป่วยมีดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีไข้ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดศีรษะ คอแข็ง ปวดตา กลัวแสง ท้องร่วง ต่อมน้ำเหลืองโต มีเลือดออกใต้ผิวหนังเยื่อบุหรือส่วนต่างๆ ของร่างกายร่วมกับมีอารมณ์แปรปรวน สับสน ก้าวร้าว หลังจากนั้นอาจมีง่วงซึมเศร้า

## 4. ไข้เวสต์ไนล์(West Nile Fever)

โรคติดเชื้อไวรัส โดยมียุงเป็นพาหะนำโรค มีรายงานการพบผู้ป่วยโรคนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกา ยุโรปตะวันออก ตะวันออกกลาง เอเชียตะวันตก และออสเตรเลีย ทำให้เกิดอาการไข้สมองอักเสบ โดยนิยามในการเฝ้าระวังผู้ป่วยมีดังนี้

- ผู้ที่มีไข้ ปวดศีรษะ และมีการเปลี่ยนแปลงทางระดับความรู้สึกตัว เช่น ซึมลง อาจมีชัก

## 5. ไข้เหลือง (Yellow fever)

โรคติดเชื้อไวรัส โดยมียุงเป็นพาหะนำโรค มีรายงานการพบผู้ป่วยโรคนี้ในแถบอเมริกาใต้ และแอฟริกา นิยามในการเฝ้าระวังผู้ป่วยมีดังนี้

- ผู้ที่มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ชีพจรเต้นช้าไม่เป็นสัดส่วนกับอาการไข้ อาจมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง และมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ

## 6. โรคไข้ลาสซา (Lassa fever)

เกิดจากการติดเชื้อไวรัส โดยการสัมผัสกับปัสสาวะหรืออุจจาระของหนูที่ติดเชื้อ ทำให้มีอาการไข้ ปวดเมื่อยลำตัว รายที่รุนแรงอาจมีหน้าบวม หายใจหอบเหนื่อย และมีเลือดออกที่อวัยวะต่างๆ มีรายงานพบผู้ป่วยในประเทศแถบแอฟริกา เช่น กานา เบนิน ไนจีเรีย กินีย มาลี เซียราลีโอน นิยามการเฝ้าระวังผู้ป่วยมีดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีไข้ ปวดศีรษะ เจ็บคอ มีอาการไอ อาเจียน ท้องร่วง เจ็บหน้าอกและช่องท้อง ตาอักเสบ และคออักเสบเป็นหนอง ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการเลือดออก ช็อก มีอาการหน้าบวม คอบวม เกล็ดเลือดจะลดลง และการทำงานของเกล็ดเลือดจะผิดปกติ หรือหูหนวกจากพยาธิสภาพที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 8

## 7. โรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์ (Nipah virus disease)

เกิดจากการติดเชื้อไวรัสติดต่อโดยการสัมผัสโดยตรงกับสุกรที่ป่วย หรือการสัมผัสสารคัดหลั่งของสัตว์ที่ป่วยผ่านทางบาดแผล หรือการรับประทานผลไม้ที่ปนเปื้อนน้ำลายของค้างคาวที่เป็นพาหะมีรายงานพบผู้ป่วยในประเทศมาเลเซีย อินเดีย บังคลาเทศ ทำให้เกิดอาการไข้สมองอักเสบ โดยมีนิยามในการเฝ้าระวังอาการดังนี้

- ผู้ที่มีไข้ และมีการเปลี่ยนแปลงทางระดับความรู้สึกตัว เช่น ซึมลง อาจมีชักหรือ

## 8. โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก (Marburg virus disease)

เกิดจากเชื้อไวรัสติดต่อโดยการสัมผัสสารคัดหลั่งของสัตว์ที่เป็นพาหะ ได้แก่ ค้างคาว หรือสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง เช่น เลือด น้ำลายของผู้ป่วย มีรายงานการพบโรคในประเทศแถบแอฟริกา เช่น อูกันดา แองโกลา เคนยา ทำให้เกิดอาการไข้ ปวดเมื่อยร่างกาย ในรายที่รุนแรงทำให้มีเลือดออกที่เยื่อบุต่างๆ และอวัยวะภายใน นิยามในการเฝ้าระวังได้แก่

- ผู้ที่มีไข้สูงเฉียบพลัน อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อและปวดศีรษะมาก ตามมาด้วยอาการเจ็บคอ อาเจียน ท้องเสีย และมีผื่นนูนแดงตามตัว อาจมีอาการอาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟันได้

## 9. โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา (Ebola virus disease - EVD)

เกิดจากเชื้อไวรัสอีโบลา เป็นเชื้อประจำถิ่นแถบประเทศแอฟริกา ติดต่อโดยการสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งของสัตว์ที่มีเชื้ออยู่ เช่น ลิง ลิงชิมแปนซี หรือค้างคาว และสามารถติดต่อคนสู่คนด้วยการสัมผัสโดยตรงกับเลือดที่ติดเชื้อและสารคัดหลั่ง ทำให้มีเลือดออกง่ายและรุนแรง อวัยวะล้มเหลว และเสียชีวิต อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 90 และเป็นโรคติดต่อจากคนสู่คน ขณะนี้ยังไม่มียาสำหรับรักษาโรคนี้ นิยามในการเฝ้าระวังได้แก่

- ผู้ที่มีไข้สูง หรือมีเลือดออกผิดปกติ / มีอาการรุนแรงที่เกิดกับหลายระบบอวัยวะและทรุดลงอย่างรวดเร็ว ร่วมกับมีประวัติสัมผัสโรคในช่วง 21 วันก่อนเริ่มป่วย หรือเดินทางมาจากประเทศที่เกิดโรค (ณ ปัจจุบัน ได้แก่ กินี ไลบีเรีย เซียราลีโอน และเมืองลากอส ไนจีเรีย)

## 10. โรคติดเชื้อไวรัสเฮนดรา (Handra virus disease)

เกิดจากเชื้อไวรัสเฮนดรา มีรายงานการพบเชื้อครั้งแรกที่ประเทศออสเตรเลีย ติดต่อโดยการสัมผัสใกล้ชิดกับสัตว์ที่ติดเชื้อ เช่น ม้า และค้างคาว ทำให้มีอาการคล้ายเป็นไข้หวัด คือ มีไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อไอ เจ็บคอ และเยื่อหุ้มสมองอักเสบแบบไม่รุนแรง นิยามในการเฝ้าระวังได้แก่

- ผู้ที่มีไข้สูง ปวดศีรษะ เจ็บคอ วิงเวียน ซึม และสับสน หรืออาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือมีปอดอักเสบ

## 11. โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือโรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome - SARS)

เกิดจากเชื้อไวรัสระบบทางเดินหายใจในกลุ่มเชื้อโคโรนาไวรัส เกิดขึ้นครั้งแรกที่ประเทศจีน ติดต่อกันได้ง่ายโดยการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยการหายใจเอาเชื้อไวรัสที่กระจายอยู่ในละอองเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย หรือการสัมผัสกับสารคัดหลั่งแล้วนำมาสัมผัสกับเยื่อบุจมูก ตา หรือปาก ทำให้มีไข้สูง หนาวสั่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เบื่ออาหาร บางรายมีถ่ายอุจจาระเหลว แล้วตามด้วยอาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก ในรายที่มีอาการรุนแรง จะมีภาวะหายใจล้มเหลวและเสียชีวิต

องค์การอนามัยโลกร่วมกับองค์การต่างๆ ได้พยายามควบคุมโรค และสามารถหยุดการระบาดได้ ปัจจุบันก็ยังไม่พบการกลับมาการระบาด นิยามในการเฝ้าระวังได้แก่

- ผู้ที่มีไข้สูง ไอ หายใจเหนื่อย/ลำบาก มีการติดเชื้อในปอดหรือปอดอักเสบ หรือมีภาวะระบบหายใจล้มเหลว ร่วมกับมีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อ SARS หรือมีประวัติเดินทางไปประเทศที่มีการระบาดของโรค SARS หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค SARS

## 12. โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส (Middle East Respiratory Syndrome - MERS)

เกิดจากเชื้อไวรัสระบบทางเดินหายใจในกลุ่มเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ ปี 2012 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในประเทศแถบคาบสมุทรอาหรับหรือผู้เดินทางจากประเทศในแถบนั้น คาดการณ์ว่าน่าจะติดต่อมาจากสัตว์ เนื่องจากพบเชื้อในอูฐในประเทศกาตาร์ โอมาน อียิปต์ และซาอุดิอาระเบีย ติดต่อโดยการสัมผัสสารคัดหลั่งจากระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยจากการไอ จาม และพบได้ในบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น บุคลากรทางการแพทย์ บุคคลในครอบครัว การติดต่อระหว่างบุคคลทั่วไปไม่เกิดขึ้นได้ง่ายนัก ในผู้ป่วยบางรายติดเชื้อแล้วไม่แสดงอาการ บางรายอาจมีอาการเพียงเล็กน้อยเหมือนป่วยเป็นโรคหวัด และหายได้เป็นปกติ ในบางรายอาจมีท้องเสีย มวนท้อง คลื่นไส้อาเจียน ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีปอดบวมหรือไตวายได้ นิยามในการเฝ้าระวัง มี 3 กรณี

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ เป็นต้น) ร่วมกับมีไข้สูง หรือมีประวัติเข้ารับบริการในโรงพยาบาล/สัมผัสอูฐ/ดื่มนมอูฐ หรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยมีปอดบวม ร่วมกับที่มีประวัติเสี่ยง หมายถึง ผู้ป่วยปอดบวม ร่วมกับที่มีประวัติอาศัยหรือเดินทางจากพื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยปอดบวม หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ตรวจตัวอย่างจากระบบทางเดินหายใจ

กรณีที่ 3 ผู้ป่วยปอดบวมรุนแรงหรือผู้ป่วยปอดบวมที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือมีภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ไม่ทราบเชื้อสาเหตุ ถึงแม้ไม่มีประวัติเสี่ยง

## 13. วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TBX))

เป็นวัณโรคที่มีการดื้อยา 4 ขนานร่วมกัน ได้แก่ ไอโซไนอะซิด (Isoniazid) ไรแฟมพิซิน (Rifampicin) กลุ่มยาฟลูออโรควิโนโลน (Fluoroquinolones) และกลุ่มยาทางเลือกที่ 2 ที่เป็นยาชนิดฉีด (Second-line injectable drugs) มีอาการไอเรื้อรังหรือไอเป็นเลือด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย มีไข้ เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการระบบการหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

# รหัสโรค, เชื้อก่อโรค, และ ICD-10
# รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506)
# ตาม พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558

## 1. โรคติดต่ออันตราย 12 โรค

| รหัส 506 | รหัส ICD-10 | ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค | ชื่อโรคภาษาไทย |
|---|---|---|---|
| กำหนดให้รายงานทันทีที่พบผู้ป่วย แม้เพียงสงสัย โดยแจ้งเบื้องต้นไปยังคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด โดยไม่ต้องรอการวินิจฉัยสุดท้ายจากแพทย์ และไม่ต้องรอการลงรหัส ICD-10 | A20.0 - A20.3, A20.7 - A20.9, | Plague จำแนกประเภทโดยใช้รหัส Organism ดังนี้<br>1 กาฬโรคต่อมน้ำเหลือง (Bubonic plague)<br>2 กาฬโรคชนิดโลหิตเป็นพิษ (Septicemic plague)<br>3 กาฬโรคปอด (Pneumonic plague) | กาฬโรค |
| | B03 | Smallpox | ไข้ทรพิษ |
| | A98.0 | Crimean - Congo hemorrhagic fever | ไข้เลือดออกไครเมียนคองโก |
| | A92.3 | West Nile Fever | ไข้เวสต์ไนล์ |
| | A95.0, A95.1, A95.9 | Yellow fever | ไข้เหลือง |
| | A96.2 | Lassa fever | โรคไข้ลาสซา |
| | B33.8 | Nipah virus disease | โรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์ |
| | A98.3 | Marburg virus disease | โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก |
| | A98.4 | Ebola virus disease | โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา |
| | B33.8 | Hendra virus disease | โรคติดเชื้อไวรัสเฮนดรา |
| | B97.21 | Severe Acute Respiratory Syndrome - SARS | โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือโรคซาร์ส |
| | J12.81 | Middle East Respiratory Syndrome - MERS | โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส |

## 2. รหัสโรคที่ใช้ในการรายงานผู้ป่วยในข่ายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) 71 รหัสโรค

| รหัส 506 | รหัส ICD-10 | ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค | ชื่อโรคภาษาไทย |
|---|---|---|---|
| 01 | A00.0, A00.1, A00.9 | Cholera<br>จำแนกรหัส Organism type ดังนี้<br>1 Vibrio cholerae Eltor Inaba<br>2 Vibrio cholerae Eltor Ogawa<br>3 Vibrio cholerae Eltor Hikojima<br>6 Vibrio cholerae O139<br>9 Unknown | อหิวาตกโรค |
| 02 | A02.0, A04.0 - A04.9, A08.0 - A08.5, A09.0, A09.9 | Acute diarrhea, Diarrhea, Infantile diarrhea, Gastroenteritis, Enteritis, Summer diarrhea | โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน |
| 03 | A05.0, A05.2 - A05.4, A05.8 - A05.9 | Food poisoning, Foodborne disease, Foodborne intoxication, Acute foodborne infection<br>จำแนกรหัส Organism type ดังนี้<br>1 Vibrio parahaemolyticus<br>2 Salmonella spp.<br>3 Staphylococcus<br>5 Clostridium perfringens<br>9 Unknown | อาหารเป็นพิษ |
| 05 | A03.0 - A03.3 A03.8 - A03.9 | Shigellosis dysentery, Bacillary dysentery | โรคบิดจากเชื้อชิเกลลา |
| 06 | A06.0, A06.1, A06.9 | Amoebic Dysentery, Amoebiasis | โรคบิดอะมีบา |
| 08 | A01.0 | Typhoid fever, Typhus abdominalis, Enteric fever (Typhoid fever type) | ไข้รากสาดน้อย, ไข้ไทฟอยด์, ไข้เอนเทอริค (ชนิดไข้ไทฟอยด์) |
| 09 | A01.1 - A01.4 | Paratyphoid fever, Enteric fever (Paratyphoid fever type) | ไข้รากสาดเทียม, ไข้พาราไทฟอยด์, ไข้เอนเทอริค (ชนิดไข้พาราไทฟอยด์) |
| 10 | B17.8 - B17.9, B19.0, B19.9 | Hepatitis, Unspecified viral hepatitis | ไวรัสตับอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ |
| 11 | B15.0, B15.9 | Viral hepatitis A, Acute Viral hepatitis A | โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส ชนิด เอ |

| รหัส 506 | รหัส ICD-10 | ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค | ชื่อโรคภาษาไทย |
|---|---|---|---|
| 12 | B16.0 - B16.2, B16.9 | Viral hepatitis B, Acute Viral hepatitis B | โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส ชนิด บี |
| 13 | B17.1 | Viral hepatitis C, Acute Viral hepatitis C | โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส ชนิด ซี |
| 14 | B30.0 - B30.3, B30.8 - B30.9 | Viral conjunctivitis, Haemorrhagic conjunctivitis | โรคตาแดงจากไวรัส |
| 15 | J10.0, J10.1, J10.8 J11.0, J11.1, J11.8 | Influenza, (Flu)<br>จำแนกรหัส Organism type ดังนี้<br>1 Influenza A unknown subtype<br>2 Influenza B unknown subtype<br>3 Influenza A (H1)<br>4 Influenza A (H3)<br>7 Other specify<br>9 Unknown | ไข้หวัดใหญ่ |
| 16 | B06.0, B06.8, B06.9, M01.4 | Rubella, German measles, Congenital rubella<br>จำแนกรหัส Organism type ดังนี้<br>1 IgM positive<br>2 IgM negative<br>3 Inconclusive<br>9 Unknown | ไข้หัดเยอรมัน, เหือด |
| 17 | B01.0 - B01.2, B01.8 - B01.9 | Varicella, Chickenpox | โรคสุกใส อีสุกอีใส |
| 18 | R50.8, R50.9 | Pyrexia of unknown origin, Fever of unknown origin, P.U.O. F.U.O., Fever cause | ไข้ไม่ทราบสาเหตุ |
| 19 | A39.0, A39.2 - A39.5, A39.8 - A39.9 | Meningococcal meningitis, Meningococcemia<br>จำแนกรหัส Organism type ดังนี้<br>1 N. meningitides group A<br>2 N. meningitides group B<br>3 N. meningitides group C<br>4 N. meningitides group Y<br>5 N. meningitides group W135<br>6 N. meningitides group X<br>7 N. meningitides unknown serogroup<br>9 Unknown | ไข้กาฬหลังแอ่น |

| รหัส 506 | รหัส ICD-10 | ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค | ชื่อโรคภาษาไทย |
|---|---|---|---|
| 20 | A80.0 - A80.4, A80.9 | Poliomyelitis, Polio, Acute poliomyelitis<br>จำแนกรหัส Organism type ดังนี้<br>1 Wild type 1<br>2 Wild type 2<br>3 Wild type 3<br>4 VAPP<br>5 VDPV<br>9 Unknown | โปลิโอ, ไข้ไขสันหลังอักเสบ |
| 21 | B05.9 | Measles<br>จำแนกรหัส Organism type ดังนี้<br>1 IgM positive<br>2 IgM negative<br>3 Inconclusive<br>9 Unknow | ไข้หัด |
| 22 | B05.0 - B05.4, B05.8 | Measles with complication<br>ระบุรหัส Complication ดังนี้<br>1 Pneumonia (ICD10: B05.2)<br>2 Diarrhea (ICD10: B05.4)<br>3 Encephalitis (ICD10: B05.0)<br>4 Otitis media (ICD10: B05.3)<br>5 Other (ICD10: B05.8)<br>6 nknown<br>7 Pneumonia + Diarrhea (ICD10: B05.2 ร่วมกับ B05.4)<br>8 Pneumonia + Encephalitis (ICD10: B05.2 ร่วมกับ B05.0)<br>9 Pneumonia + Other (ICD10: B05.2 ร่วมกับ B05.8)<br>ระบุรหัส Organism type ดังนี้<br>1 IgM positive<br>2 IgM negative<br>3 Inconclusive<br>9 Unknown | ไข้หัดที่มีโรคแทรกซ้อน |
| 23 | A36.0 - A36.3, A36.8 - A36.9 | Diphtheria, Facial diphtheria, Nasal diphtheria, Laryngeal diphtheria | คอตีบ |
| 24 | A37.0, A37.9 | Pertussis, Whooping cough | ไอกรน |
| 25 | A34, A35 | Tetanus, Lockjaw | บาดทะยัก |

| รหัส 506 | รหัส ICD-10 | ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค | ชื่อโรคภาษาไทย |
|---|---|---|---|
| 26 | ICD10 (เก่า)<br>A91.1, A91.9<br>ICD10 (2016)<br>A97.0,A97.1 | Dengue haemorrhagic fever<br>จำแนกรหัส Organism type ดังนี้<br>1 Serotype 1<br>2 Serotype 2<br>3 Serotype 3<br>4 Serotype 4<br>9 Unknown | ไข้เลือดออกเด็งกี่ |
| 27 | ICD10 (เก่า)<br>A91.0<br>ICD10 (2016)<br>A97.2 | Dengue shock syndrome,<br>Dengue with shock<br>จำแนกรหัส Organism type ดังนี้<br>1 Serotype 1<br>2 Serotype 2<br>3 Serotype 3<br>4 Serotype 4<br>9 Unknown | ไข้เลือดออกช็อกเด็งกี่ |
| 28 | A83.1 - A83.5,<br>A83.8 - A83.9,<br>A84.0 - A84.1,<br>A84.8 - A84.9,<br>A85.0 - A85.2,<br>A85.8, A86,<br>B00.4,<br>G04.8 - G04.9,<br>G05.1 | Unspecified encephalitis | ไข้สมองอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ |
| 29 | A83.0 | Japanese encephalitis, J.E.,<br>J.E.V. Disease | ไข้สมองอักเสบชนิดญี่ปุ่น |
| 30 | B50.0,<br>B50.8 - B50.9,<br>B51.0,<br>B51.8 - B51.9,<br>B52.0,<br>B52.8 - B52.9,<br>B53.0, B53.1,<br>B53.8, B54 | Malaria<br>จำแนกรหัส Organism type ดังนี้<br>1 Plasmodium falciparum<br>(ICD10: B50.0, B50.8 - B50.9)<br>2 Plasmodium vivax<br>(ICD10: B51.0, B51.8 - B51.9)<br>3 Plasmodium malariae<br>(ICD10: B52.0, B52.8 - B52.9)<br>4 Mixed type<br>5 Plasmodium ovale (ICD10: B53.0)<br>6 Plasmodium knowlesi<br>(ICD10: B53.8)<br>9 Unknown (ICD10: B54) | ไข้มาลาเรีย |

| รหัส 506 | รหัส ICD-10 | ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค | ชื่อโรคภาษาไทย |
|---|---|---|---|
| 31 | J12.0 - J12.3,<br>J12.8 - J12.9,<br>J13, J14,<br>J15.0 - J15.9,<br>J16.0, J16.8,<br>J17.0 - J17.1,<br>J18.0 - J18.2,<br>J18.8 - J18.9,<br>J85.1 | Pneumonitis, Pneumonia | โรคปอดอักเสบ โรคปอดบวม |
| 32 | A15.0 - A15.3,<br>A16.0 - A16.2,<br>J65 | Tuberculosis, Pulmonary TB<br>จำแนกรหัส Organism type ดังนี้<br>1 ตรวจพบเชื้อ (ICD10: A15.0 - A15.3)<br>2 ตรวจไม่พบเชื้อ (ICD10: A16.0)<br>3 ไม่ได้ตรวจเชื้อ<br>(ICD10: A16.1 - A16.2, J65) | วัณโรคปอด |
| 33 | A17.0 - A17.1 | Tuberculosis meningitis,<br>Tuberculous meningitis | วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง |
| 34 | A15.4 - A15.9,<br>A16.3 - A16.5,<br>A16.7 - A16.9,<br>A17.8 - A17.9,<br>A18.0 - A18.8,<br>A19.0 - A19.2,<br>A19.8 - A19.9,<br>B20.0, K23.0,<br>K67.3, K93.0,<br>M01.1, M49.0,<br>M90.0, N33.0,<br>N74.0 - N74.1 | Tuberculosis other organs<br>จำแนกรหัส Complication type ดังนี้<br>1 TB Lymph node (ICD10: A15.4,<br>A16.3, A18.2)<br>2 TB Spine node (ICD10: A18.0<br>เฉพาะ vertebral column, M49.0)<br>3 TB Hips, Bones, Joints (ICD10:<br>A18.0 อื่นๆ, M01.1, M90.0)<br>4 TB Peritoneum (ICD10: A18.3<br>เฉพาะ peritonitis, K67.3)<br>5 TB Skin (ICD10: A18.4)<br>6 TB Gastro-intestinal tract (ICD10:<br>A18.3 อื่นๆ, K23.0, K93.0, N33.0,<br>N74.0 - N74.1)<br>7 TB Genito-Urinary organs tract<br>(ICD10: A18.1)<br>8 TB other organs (ICD10:<br>A15.5 - A15.9, A16.4 - A16.5,<br>A16.7 - A16.9, A17.8 - A17.9,<br>A18.5 - A18.8, A19.0 - A19.2,<br>A19.8 - A19.9, B20.0)<br>9 Unknown | วัณโรคระบบอื่นๆ |

| รหัส 506 | รหัส ICD-10 | ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค | ชื่อโรคภาษาไทย |
|---|---|---|---|
| 35 | A30.0 - A30.5, A30.8 - A30.9 | Leprosy | โรคเรื้อน |
| 37 | A50.0 - A50.7, A50.9 A51.0 - A51.5, A51.9, A52.0 - A52.3, A52.7 - A52.9, A53.0, A53.9 | Syphilis<br>จำแนกรหัส Complication type ดังนี้<br>1 primary syphilis (ICD10: A51.0 - A51.2)<br>2 secondary syphilis (ICD10: A51.3 - A51.4)<br>3 late or tertiary syphilis (ICD10: A52.0, A52.7)<br>4 latent syphilis (ICD10: A51.5, A51.9, A52.8 - A52.9, A53.0, A53.9)<br>5 congenital syphilis (ICD10: A50.0 - A50.7, A50.9)<br>6 neurosyphilis (ICD10: A52.1 - A52.3)<br>7 others<br>9 unknown | ซิฟิลิส |
| 38 | A54.0 - A54.6, A54.8 - A54.9, K67.1, M73.0, N74.3, O98.2 | Gonorrhea, G.C., Gonococcal urethritis, Gonococcal vulvovaginitis, Gonococcal cervicitis, Gonococcal bartholinitis | หนองใน |
| 39 | A56.0 - A56.4, A56.8, N34.1 - N34.3 | Non-Gonococcal urethritis/ vaginitis/ cervicitis, Non-specific urethritis/ vaginitis/ cervicitis, NGU/V, NSU/V, Chlamydial infection of genitourinary tract/ anus & rectum/ pharynx | หนองในเทียม |
| 40 | A57 | Chancroid, Soft chancre | แผลริมอ่อน |
| 41 | A55 | Lymphogranuloma Venereum/ Chlamydial lymphogranuloma (venereum) / L.G.V. | กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง |
| 42 | A82.0, A82.1, A82.9 | Rabies, Hydrophobia | โรคพิษสุนัขบ้า |
| 43 | A27.0, A27.8, A27.9 | Leptospirosis, Weil disease | โรคเลปโตสไปโรสิส ไข้ฉี่หนู |
| 44 | A75.0 - A75.3, A75.9 | Scrub Typhus, Mite-borne typhus fever | โรคสครับไทฟัส |

| รหัส 506 | รหัส ICD-10 | ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค | ชื่อโรคภาษาไทย |
|---|---|---|---|
| 45 | A22.0 - A22.2,<br>A22.7 - A22.9 | Anthrax<br>จำแนกรหัส Complication type ดังนี้<br>1 cutaneous anthrax (ICD10: A22.0)<br>2 pulmonary anthrax (ICD10: A22.1)<br>3 gastrointestinal anthrax (ICD10: A22.2)<br>8 others (ICD10: A22.7 - A22.8)<br>9 unknown (ICD10: A22.9) | โรคแอนแทรกซ์ |
| 46 | B75 | Trichinosis, Trichinellosis | พยาธิทริคิเนลลา |
| 52 | B26.0 - B26.3,<br>B26.8 - B26.9 | Mumps | คางทูม |
| 53 | A33 | Tetanus neonatorum | บาดทะยักในทารกแรกเกิด |
| 54 | A87.8 - A87.9,<br>G00.9, G02.0,<br>G03.0,<br>G03.8 - G03.9 | Unspecified meningitis | เยื่อหุ้มสมองอักเสบ<br>ไม่ระบุเชื้อสาเหตุ |
| 55 | B83.2, G02.8 | Eosinophilic Meningitis | เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากพยาธิ |
| 58 | T62.0 | Mushroom poisoning | รับประทานเห็ดมีพิษ |
| 65 | ผู้ที่มีอายุ <15 ปี<br>และมี ICD10<br>ใน 23 กลุ่มโรค<br>1) G82.0,<br>G82.2 - G82.3,<br>G82.5,<br>G83.0 - G83.3,<br>G83.8 - G83.9<br>2) G95.9<br>3) G61.0<br>4) G36.9<br>5) G58.0, G58.9<br>6) G62.9<br>7) E80.2<br>8) G58.8<br>9) G70.0<br>10) T60.0<br>11) G36.9<br>12) G72.3<br>13) G72.4 | Acute Flaccid Paralysis (AFP) | โรคอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อน<br>ปวกเปียกเฉียบพลัน |

| รหัส 506 | รหัส ICD-10 | ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค | ชื่อโรคภาษาไทย |
|---|---|---|---|
| | 14) M79.1<br>15) M79.2<br>16) G37.3<br>17) R53<br>18) G80.2, G81.0<br>19) M60.8, M60.9<br>20) G04.0<br>21) G04.8<br>22) G04.9<br>23) G71.3<br>หมายเหตุ: ไม่นับรหัสที่เข้าเกณฑ์ AFP แต่อยู่ในรายงานโรคอื่นแล้ว 3 กลุ่มโรค ได้แก่<br>24) A80.0 - A80.4, A80.9<br>(รหัส 506: 20)<br>25) A05.1<br>(รหัส 506: 85)<br>26) B75<br>(รหัส 506: 46) | | |
| 66 | ICD10 (เก่า)<br>A90<br>ICD10 (2016)<br>A97.9 | Dengue fever<br>จำแนกรหัส Organism type ดังนี้<br>1 Serotype 1<br>2 Serotype 2<br>3 Serotype 3<br>4 Serotype 4<br>9 Unknown | ไข้เด็งกี่ |
| 68 | B55.0, B55.1, B55.2, B55.9 | Leishmaniasis<br>จำแนกรหัส Complication type ดังนี้<br>1 Kala azar (Visceral leishmaniasis) (ICD10: B55.0)<br>2 Cutaneous leishmaniasis (ICD10: B55.1)<br>3 Mucocutaneous leishmaniasis (ICD10: B55.2)<br>9 Unknown (ICD10: B55.9) | โรคลิชมาเนีย |

| รหัส 506 | รหัส ICD-10 | ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค | ชื่อโรคภาษาไทย |
|---|---|---|---|
| 69 | B17.0 | Viral hepatitis D, Acute Viral hepatitis D | โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส ชนิด ดี |
| 70 | B17.2 | Viral hepatitis E, Acute Viral hepatitis E | โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส ชนิด อี |
| 71 | B08.4, B08.5 | Hand foot and mouth disease (HFM)<br>จำแนกรหัส Organism type ดังนี้<br>1 HFM ไม่ระบุเชื้อ<br>2 Herpangina ไม่ระบุเชื้อ<br>3 Enterovirus 71<br>4 Coxsackie A<br>5 Coxsackie B<br>6 Enterovirus others or unspecified<br>9 Unknown | โรคมือเท้าปาก |
| 72 | A24.1 - A24.4 | Melioidosis | เมลิออยโดสิส |
| 74 | A38 | Scarlet fever | ไข้ดำแดง |
| 76 | B74.0 - B74.2, B74.8 - B74.9, H13.0 | Elephantiasis Lymphatic Filariais, Filariasis<br>จำแนกรหัส Organism type ดังนี้<br>1 Wuchereria bancrofti (ICD10: B74.0)<br>2 Brugia malayi (ICD10: B74.1)<br>3 Brugia timori (ICD10: B74.2)<br>4 Others (ICD10: B74.8)<br>9 Unknown (ICD10: B74.9, H13.0) | โรคเท้าช้าง |
| 78 | T80.5, T80.6, T88.0, T88.1, M02.2 | Adverse Event Following Immunization (AEFI) | อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค |
| 79 | A60.0 - A60.1, A60.9 | Anogenital Herpes, Genital Herpes Simplex Virus Infection | เริมของอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก |
| 80 | A63.0 | Condyloma Acuminata (Venereal Warts) | หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก |
| 81 | A63.8, A64 | Other Sexually transmitted diseases | โรคเพศสัมพันธุ์อื่นๆ ที่ไม่ระบุ |
| 82 | ไม่มี ICD-10 เฉพาะ | Streptococcus suis infection | โรคติดเชื้อสเตร็ปโตคอคคัสซูอิส |

| รหัส 506 | รหัส ICD-10 | ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค | ชื่อโรคภาษาไทย |
|---|---|---|---|
| 83 | A23.0 - A23.3,<br>A23.8 - A23.9 | Brucellosis<br>จำแนกรหัส Organism type ดังนี้<br>1 Brucella melitensis (ICD10: A23.0)<br>2 Brucella abortus (ICD10: A23.1)<br>3 Brucella suis (ICD10: A23.2)<br>4 Brucella canis (ICD10: A23.3)<br>5 Others (ICD10: A23.8)<br>9 Unknown (ICD10: A23.9) | โรคบรูเซลโลสิส |
| 84 | A92.0 | Chikungunya fever | ไข้ปวดข้อยุงลาย / ไข้ชิคุนกุนยา |
| 85 | A05.1 | Botulism | อาหารเป็นพิษจากโบทูลิซึม |
| 86 | A59.0,<br>A59.8 - A59.9 | Vaginal trichomoniasis | พยาธิทริโคโมแนสของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ |
| 87 | A92.5 | Zika virus disease | โรคติดเชื้อไวรัสซิกา |
| 88 | B85.3 | Pediculosis Pubis | โลนที่อวัยวะเพศ |
| 89 | B08.1 | Genital Molluscum Contagiosum | หูดข้าวสุก |
| 90 | A85.0, A87.0,<br>B34.1 | Enterovirus Fever<br>จำแนกรหัส Complication type ดังนี้<br>1 Enteroviral encephalitis (ICD10: A85.0)<br>2 Enteroviral meningitis (ICD10: A87.0)<br>9 Enterovirus infection, unspecified site (ICD10: B34.1) | ไข้เอนเทอโรไวรัส |
| 91 | J09 | Avian Influenza | ไข้หวัดนก |

# เรื่อง นิยามการรายงาน
# โรคติดต่ออันตราย พ.ศ. 2560

## 1. กาฬโรค (Plague)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการและอาการแสดง ดังต่อไปนี้
   - กาฬโรคต่อมน้ำเหลือง (Bulbonic plague) ไข้สูง หนาวสั่น คลื่นไส้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ หรือรักแร้โตและมีหนอง หรือม้ามโตและมีหนอง
   - กาฬโรคของโลหิต (Septicemic plague) มีอาการของโลหิตเป็นพิษ ไข้สูง ปวดศีรษะ อาเจียน คอหอยและทอนซิลอักเสบ อาจมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ และจ้ำเลือดตามผิวหนัง
   - กาฬโรคปอด (Pneumonicmic plague) ไข้สูง หนาวสั่น ไอ มีเสมหะปนเลือด หอบ Chest X-ray พบลักษณะของปอดอักเสบ ร่วมกับมีประวัติสัมผัสผู้ป่วยกาฬโรค
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
   - มีผลเพาะเชื้อได้จากหนอง เสมหะ เลือด น้ำไขสันหลัง พบเชื้อ Yersinia pestis
   - เก็บตัวอย่างเลือด 2 ครั้ง (Paired-sera) เพื่อตรวจทางภูมิคุ้นกันวิทยา ด้วยวิธี Immunofluorescent antibody (IFA) หรือ ELISA ให้ผลบวก

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 2. ไข้ทรพิษ (Smallpox)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ มีไข้สูงมากกว่า 38.3 องศาเซลเซียส ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะบริเวณหลัง รู้สึกอ่อนเปลี้ยเพลียแรง และอาจมีอาการอาเจียนได้ อาการในระยะนี้จะเป็นอยู่ 2 - 4 วันก่อนผื่นขึ้น ต่อมาเริ่มพบจุดสีแดงขึ้นตามลิ้น เยื่อบุช่องปากและเยื่อบุโพรงจมูก ต่อมาจะเริ่มปรากฏผื่นตามผิวหนัง (ลักษณะของผื่น เริ่มต้นจะเป็นผื่นแบบแบนราบ ต่อมาจะนูนขึ้นเป็นตุ่มกลมๆ ซึ่งมีรอยบุ๋มตรงกลาง) หลังจากนั้นผื่นจะกลายเป็นตุ่มหนองซึ่งค่อนข้างแข็ง โดยเริ่มที่บริเวณใบหน้าก่อน และกระจายไปตาม แขน ขา มือ เท้า และลำตัวจนทั่วภายใน 24 ชั่วโมง

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบจากการผลเพาะเชื้อหรือด้วยวิธี PCR

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่ยืนยัน

## 3. ไข้เลือดออกไครเมียนคองโก (Crimean - Congo hemorrhagic fever)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกได้แก่ ผู้ป่วยที่มีไข้ ปวดกล้ามเนื้อคอแข็ง กลัวแสง ท้องร่วง ต่อมน้ำเหลืองโต มีเลือดออกใต้ผิวหนังเยื่อบุหรือส่วนต่างๆ ของร่างกายร่วมกับมีอารมณ์แปรปรวน สับสน ก้าวร้าว หลังจากนั้นอาจมีง่วงซึมเศร้า หรือหัวใจเต้นเร็ว บางรายมีตับอักเสบร่วมด้วย
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการให้ผลบวกต่อไวรัสอาร์เอ็นเอกลุ่ม Bunyaviridae

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยที่ยืนยันผล

## 4. ไข้เวสต์ไนล์ (West Nile Fever)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ อาจจะสูงหรือต่ำก็ได้ และมีการเปลี่ยนแปลงทางระดับความรู้สึกตัว อาจมีชัก
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัย ร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยและมีผลการตรวจพบเชื้อด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้
   - พบแอนติบอดีที่จำเพาะต่อ West Nile Virus โดยวิธี ELISA
   - พบสารพันธุกรรมของไวรัส West Nile virus โดยวิธี PCR
   - เพาะแยกเชื้อจาก Serum หรือสมอง

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยที่ยืนยันผล

## 5. ไข้เหลือง (Yellow fever)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ชีพจรเต้นช้าไม่เป็นสัดส่วนกับอาการไข้ อาจมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง และมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ตรวจระดับภูมิคุ้มกันด้วยวิธี HI Test (paired sera) มีระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 4 เท่า (four-fold rising)
   - ตรวจหาสารพันธุกรรมด้วยวิธี PCR for Yellow fever virus ให้ผลบวก

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 6. โรคไข้ลาสซา (Lassa fever)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีไข้ ปวดศีรษะ เจ็บคอ มีอาการไอ อาเจียน ท้องร่วง เจ็บหน้าอกและช่องท้อง ตาอักเสบ และคออักเสบเป็นหนอง ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการเลือดออก ช็อก มีอาการหน้าบวม คอบวม เกล็ดเลือดจะลดลง และการทำงานของเกล็ดเลือดจะผิดปกติ หรือหูหนวกจากพยาธิสภาพที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 8
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - วิธี ELISA ให้ผลบวก
   - วิธี PCR จากเลือด ปัสสาวะ หรือตัวอย่างจากคอหอยให้ผลบวก

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยที่ยืนยันผล

## 7. โรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์ (Nipah virus disease)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ อาจจะสูงหรือต่ำก็ได้ และมีการเปลี่ยนแปลงทางระดับความรู้สึกตัว อาจมีชัก หรือ ผู้ที่มีไข้และอาเจียน หรือมีอาการแสดงทางระบบทางเดินหายใจ
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
   - ตรวจวิธี ELISA ให้ผลบวก
   - ตรวจวิธี IFA ให้ผลบวก
   - PCR for Nipah virus ให้ผลบวก

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยที่ยืนยันผล

## 8. โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก (Marburg virus disease)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้สูงเฉียบพลัน อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อและปวดศีรษะมาก ตามมาด้วยอาการเจ็บคอ อาเจียน ท้องเสีย และมีผื่นนูนแดงตามตัว
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
   - ตรวจวิธี RT-PCR ให้ผลบวก
   - การตรวจหาแอนติเจนโดยวิธี ELISA ในตัวอย่างเลือด น้ำเหลือง หรือจากอวัยวะ ให้ผลบวก

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยที่ยืนยันผล

## 9. โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา (Ebola virus disease - EVD)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน (PUI: patient under investigation)

   ผู้ที่มีอาการไข้ตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียสขึ้นไป ร่วมกับมีประวัติสัมผัสโรคในช่วง 21 วันก่อนเริ่มป่วย ข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้

- อาศัยอยู่ หรือเดินทางมาจากประเทศที่เกิดโรค (ณ ปัจจุบัน ได้แก่ กินี ไลบีเรีย เซียราลีโอน และเมืองลากอส ไนจีเรีย)
- สัมผัสผู้ป่วยหรือศพของผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้ออีโบลา
- สัมผัสโดยตรงกับสัตว์จำพวกค้างคาว หนู ลิง สัตว์ป่าเท้ากีบที่มาจากพื้นที่เกิดโรค

2. ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case)

ได้แก่ ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน ที่มีอาการเลือดออกผิดปกติ / มีอาการรุนแรงที่เกิดกับหลายระบบอวัยวะและทรุดลงอย่างรวดเร็ว (Severe and rapid progressive) รวมทั้งผู้เสียชีวิตโดยที่มีอาการดังกล่าวโดยไม่ทราบสาเหตุอื่นๆ ที่ชัดเจน

3. ผู้ป่วยน่าจะเป็น (Probable case)

ได้แก่ ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน / ผู้ป่วยสงสัย ที่มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยหรือศพ หรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่ยืนยัน/น่าจะเป็นผู้ติดเชื้ออีโบลา หรือผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุรายอื่น

4. ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case)

ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน / ผู้ป่วยสงสัย / ผู้ป่วยยืนยันที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบหลักฐานการติดเชื้อไวรัสอีโบลา อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Ebola Realtime RT-PCR ให้ผลบวก
- การตรวจด้วยวิธี ELISA พบ Ebola IgM ให้ผลบวก
- สามารถแยกเชื้อไวรัสอีโบลา (viral isolation)

**หมายเหตุ** ณ ปัจจุบัน ห้องปฏิบัติการในประเทศไทย ยังไม่ทำการแยกเชื้อไวรัสอีโบลาในห้องปฏิบัติการ เนื่องจากต้องการความปลอดภัยสูงในระดับ BSL4

5. ตัดออกจากการเป็นผู้ป่วย (discarded)

ผู้ป่วยที่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบหลักฐานการติดเชื้อไวรัสอีโบลา จากการตรวจคัดกรองด้วยวิธีมาตรฐาน 2 วิธีที่แตกต่างกัน ดังเกณฑ์ต่อไปนี้

1. Ebola Realtime RT-PCR และ การตรวจด้วยวิธี ELISA พบ Ebola IgM ให้ผลลบ
2. Ebola Realtime RT-PCR 2 ครั้ง ด้วย primer ที่แตกต่างกัน ให้ผลลบ หรือการตรวจด้วย family PCR โดยใช้ primer ที่แตกต่างกัน 5 คู่

**หมายเหตุ** ตัวอย่างที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะต้องเก็บตัวอย่างในวันที่เริ่มมีอาการป่วยมาแล้ว 3 วันขึ้นไป ในกรณีที่ให้ผลลบในช่วงไม่เกินสามวันหลังมีอาการดังกล่าว ต้องทำการตรวจซ้ำอย่างน้อยอีกหนึ่งครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากสามวันแรกหลังมีอาการผลที่ได้อาจเป็นผลลบปลอม เพราะปริมาณเชื้อน้อย

3. กรณีที่ไม่สามารถเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจหาการติดเชื้อได้ ให้คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านวิชาการและยุทธศาสตร์ฯ โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ ร่วมกันพิจารณาข้อมูลผู้ป่วย อาการทางคลินิก ระบาดวิทยาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เพื่อลงความเห็นว่าจะตัดออกจากการเป็นผู้ป่วยหรือไม่

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

1. ให้รายงานทีมเฝ้าสอบสวนโรคทันที
2. ให้เก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
3. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยสงสัยลงในแบบรายงาน/แบบสอบสวนพร้อมชื่อผู้สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัย
4. ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิต แนะนำให้จัดการศพหรืองานศพด้วยวิธีการที่ปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อ หรือมีทีมช่วยจัดการศพให้ เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่มีการแพร่กระจายของเชื้อ

## 10. โรคติดเชื้อไวรัสเฮนดรา (Handra virus disease)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้สูง ปวดศีรษะ เจ็บคอ วิงเวียน ซึม และสับสน หรืออาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ในระยะแรกมักจะพบอาการปอดอักเสบ
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
   - การตรวจทางน้ำเหลืองวิทยา หา IgM และ IgG โดยวิธี ELISA ให้ผลบวก
   - ตรวจวิธี serum neutralization ยืนยันการวินิจฉัยโดยการแยกเชื้อไวรัสให้ผลบวก

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยที่ยืนยันผล

## 11. โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือโรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome - SARS)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัยจำแนกเป็นสองกรณีดังนี้
   1.1 ผู้ป่วยสงสัยที่มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส ร่วมกับไอ หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก และมีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
   - มีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อ SARS หรือ
   - มีประวัติเดินทางไปประเทศที่มีการระบาดของโรค SARS หรือ
   - อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค SARS

1.2 ผู้ที่เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันที่หาสาเหตุไม่ได้ ร่วมกับมีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- มีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อ SARS หรือ
- มีประวัติเดินทางไปประเทศที่มีการระบาดของโรค SARS หรือ
- อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค SARS

2. ผู้ป่วยเข้าข่าย หมายถึง ผู้ที่เข้าได้กับเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

2.1 ผู้ป่วยสงสัย SARS ที่มีผลการตรวจเอกซเรย์ปอดพบว่ามีลักษณะเข้าได้กับการติดเชื้อในปอด (pneumonia) หรือ pneumonia ร่วมกับมีภาวะระบบหายใจล้มเหลว (respiratory distress syndrome: RDS)

2.2 ผู้ป่วยสงสัยที่เสียชีวิต ร่วมกับมีผลการชันสูตรพยาธิสภาพของโรคเข้าได้กับภาวะ RDS โดยหาสาเหตุอื่นๆ ไม่ได้

3. ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยสงสัย SARS ที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลบวกต่อเชื้อ SARS coronavirus อย่างน้อยหนึ่งวิธีต่อไปนี้

3.1 ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสด้วยวิธี PCR ตามเงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- ตรวจพบจากตัวอย่างที่ต่างกันอย่างน้อย 2 ชนิด เช่น จากสารคัดหลั่งในโพรงจมูก และจากอุจจาระเป็นต้น หรือ
- ตรวจพบจากตัวอย่างชนิดเดียวกันแต่เก็บห่างกันอย่างน้อยสองวัน

3.2 ตรวจพบภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS (Seroconversion by ELISA or IFA) ด้วยเงื่อนไขอย่างหนึ่งต่อไปนี้ :

- ตรวจไม่พบภูมิคุ้มกันจากการเจาะตัวอย่างครั้งแรก และตรวจพบภูมิคุ้มกันในตัวอย่างที่สองที่เก็บห่างกันอย่างน้อย 14 วัน
- พบการเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS อย่างน้อย 4 เท่าในตัวอย่างที่เก็บห่างกันอย่างน้อย 14 วัน

3.3 ตรวจพบเชื้อไวรัส SARS จากการเพาะเชื้อ (Virus isolation) ร่วมกับการยืนยันด้วยวิธี PCR จากห้องปฏิบัติการที่ได้การรับรองมาตรฐาน

## ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยสงสัย

## 12. โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส (Middle East Respiratory Syndrome - MERS)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่เข้าข่ายเฝ้าระวังและต้องดำเนินการสอบสวนโรค (Patients under investigated: PUI)

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ ผู้ที่มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (ไอ น้ำมูก เจ็บคอ เป็นต้น) และมีประวัติเดินทางมาจากพื้นที่ที่พบผู้ป่วยในช่วงเวลา 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย และมีลักษณะ อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ มีอุณหภูมิกายมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส หรือมีประวัติเข้ารับบริการในโรงพยาบาลในพื้นที่เสี่ยงในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย หรือสัมผัสอูฐ หรือดื่มนมอูฐ ในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย หรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยปอดบวมที่มีประวัติเสี่ยง หมายถึง ผู้ป่วยปอดบวมที่มีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ในช่วงเวลา 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย ได้แก่ อาศัยหรือเดินทาง หรือเป็นผู้สัมผัสของผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยปอดบวม หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ตรวจตัวอย่างจากระบบทางเดินหายใจ หรือผู้สัมผัสใกล้ชิด "ผู้ป่วยเข้าข่าย" หรือ "ผู้ป่วยยืนยัน" ติดเชื้อทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือผู้ป่วยปอดบวมที่เกิดเป็นกลุ่มก้อน (พบผู้ป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป) ในชุมชนหรือที่ทำงานเดียวกัน หรือมีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา ในผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่มนี้ถ้าตรวจพบเชื้อสาเหตุอื่นๆ แล้ว แต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเชื้อดังกล่าว ต้องส่งตรวจหาเชื้อไวรัสโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง

กรณีที่ 3 ผู้ป่วยปอดบวมรุนแรง หรือภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS) ที่ไม่ทราบเชื้อสาเหตุ (ปอดบวมรุนแรง หมายถึงผู้ป่วยปอดบวมที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ) ถึงแม้ไม่มีประวัติเสี่ยงก็ตาม

<u>หมายเหตุ</u> ประเทศในตะวันออกกลาง ได้แก่ บาห์เรน อียิปต์ อิหร่าน ตุรกี อิรัก อิสราเอล จอร์แดน คูเวต เลบานอน โอมาน กาตาร์ ซาอุดิอาระเบีย ซีเรีย สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ เยเมน และดินแดนปาเลสไตน์ (เวสต์แบงค์ และฉนวนกาซา)

2. ผู้ป่วยน่าจะเป็น (Probable case) แบ่งออกเป็น 3 กรณี :

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยปอดบวม หรือภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS) ซึ่งมีประวัติอาศัยอยู่หรือเดินทางไปประเทศแถบตะวันออกกลางที่มีรายงานการระบาดโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย ร่วมกับมีผลการตรวจที่ไม่สามารถสรุปผลได้ (inconclusive tests) (เช่น ตรวจ PCR ให้ผลบวกเพียงชุดเดียว)

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยปอดบวม หรือภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS) ซึ่งมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ร่วมกับไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจหาเชื้อ MERS-CoV ให้ผลลบ จากการตรวจเพียง 1 ครั้ง โดยเก็บตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมหรือด้อยคุณภาพ

กรณีที่ 3 ผู้ป่วยที่มีอาการของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน (ไม่ว่าจะเป็นอาการของระบบทางเดินหายใจส่วนบนหรือส่วนล่าง) ซึ่งมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ร่วมกับมีผลการตรวจที่ไม่สามารถสรุปผลได้ (เช่น ตรวจ PCR ให้ผลบวกเพียงชุดเดียว)

3. ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันด้วยวิธีดังนี้

3.1 พบสารพันธุกรรมเชื้อ MERS-CoV โดยการตรวจด้วยวิธีข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- วิธี PCR ตรวจหาจีโนมจำเพาะ (specific genomic target) อย่างน้อย 2 ตำแหน่ง
- วิธี PCR ตรวจหาจีโนมจำเพาะ 1 ตำแหน่ง ร่วมกับวิธี DNA sequencing

3.2 ผลการตรวจซีรั่มคู่ให้ผลบวกด้วย 2 วิธี คือ การคัดกรองด้วยวิธี ELISA/IFA และการตรวจยืนยันด้วยวิธี neutralization assay (การตรวจด้วยวิธีทางซีโรโลยีไม่เหมาะสมสำหรับการตรวจวินิจฉัยเพื่อการรักษา หรือค้นหาผู้ป่วยที่กำลังติดเชื้อ เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ MERS-CoV จะตรวจพบได้อย่างเร็วสุดในวันที่ 14 - 21 หลังวันที่ผู้ป่วยติดเชื้อ)

ผู้ป่วยคัดออก (Excluded) ผู้ป่วยที่ข้อมูลจากการสอบสวนโรคพบว่า ไม่เข้านิยามผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ข้างต้น หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ

**หมายเหตุ**

1. สำหรับผู้ป่วยยืนยัน ต้องมีผลการตรวจเชื้อ MERS-CoV ให้ผลบวกจากห้องปฏิบัติการอย่างน้อย 2 แห่ง ได้แก่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมกับห้องปฏิบัติการที่เป็นเครือข่ายของกระทรวงสาธารณสุข

2. ตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมหรือด้อยคุณภาพ ได้แก่ กรณีที่มีเพียงตัวอย่างที่ได้จากทางเดินหายใจส่วนต้น (เช่น nasopharyngeal swab) โดยที่ไม่ได้เก็บตัวอย่างจากทางเดินหายใจส่วนล่างมาตรวจด้วย (สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ ผู้ป่วย PUI ในกลุ่มที่ 2 และ 3) หรือตัวอย่างที่คุณภาพต่ำเนื่องจากใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสมในขณะที่ขนส่ง หรือตัวอย่างที่เก็บห่างจากวันเริ่มป่วยมากเกินไปจนไม่สามารถแปลผลได้เมื่อตรวจไม่พบเชื้อ (ควรเก็บตัวอย่างเร็วที่สุดภายใน 3 วันเมื่อผู้ป่วยเริ่มปรากฏอาการของโรค หรืออย่างช้าภายใน 3 - 9 วัน)

3. ผลการตรวจที่ไม่สามารถสรุปผลได้ (Inconclusive tests) หมายถึง ผลการตรวจคัดกรองโดยวิธี PCR ให้ผลบวก (หมายถึง ตรวจเชื้อ MERS-CoV ด้วย probe เพียงชุดเดียว) โดยไม่มีการตรวจยืนยันโดยวิธี PCR อีกครั้งด้วย probe ชุดที่ 2 หรือ ได้ตรวจ PCR ด้วย probe ชุดที่ 2 แล้วให้ผลลบต่อ MERS-CoV หรือผลการตรวจซีรั่มให้ผลบวกในซีรั่มเดี่ยว (Evidence of sero-reactivity by a single convalescent serum sample) โดยไม่ได้มีผลการตรวจโดยวิธี PCR ร่วมด้วย

# 13. วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug-resistant tuberculosis: XDR-TB)

## ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้มีเหตุอันควรสงสัยเป็น XDR-TB หมายถึง กลุ่มผู้ป่วย MDR-TB หรือ pre XDR-TB ต่อไปนี้
   1) กลุ่มที่ปฏิเสธการรักษา หรือไม่ยินยอมให้มีผู้กำกับการกินยา
   2) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการขาดการรักษา เช่น โรคจิตเวช/คนเร่ร่อน/ติดสุราเรื้อรัง/สารเสพติด เป็นต้น
   3) กลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น กินหรือฉีดยาไม่สม่ำเสมอ
   4) ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมผัสผู้ป่วย XDR-TB ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมผัสกับผู้ป่วย XDR-TB ที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ จำแนกได้ดังนี้
      - ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (household contact) หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย ถ้านอนห้องเดียวกัน (household intimate) มีโอกาสรับและติดเชื้อสูงมากกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันแต่นอนแยกห้อง (household regular)
      - ผู้สัมผัสใกล้ชิด (close contact) หมายถึง บุคคลที่ไม่ใช่ผู้อาศัยร่วมบ้านแต่อยู่ร่วมกันในพื้นที่เฉพาะ เช่น ทำงานที่เดียวกันในช่วงเวลานาน โดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาเฉลี่ยวันละ 8 ชั่วโมง หรือ 120 ชั่วโมง ใน 1 เดือน

**หมายเหตุ**

1) ผู้มีเหตุอันควรสงสัยเป็น XDR-TB ต้องส่งสิ่งส่งตรวจ เพื่อทดสอบความไวต่อยาแนวที่สอง ทุกราย โดยในขณะที่รอผลตรวจให้แยกกักผู้ป่วยในสถานที่ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ โดยดำเนินการตามหลักการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งอาจจะเป็นหอผู้ป่วยที่แยกจากหอผู้ป่วยอื่น หรือเป็นพื้นที่ที่เหมาะสม

2) การตรวจทดสอบความไวต่อยาแนวที่สอง ตามวิธีที่องค์การอนามัยโลกรับรอง ปัจจุบันใช้วิธีอณูชีววิทยา อาทิเช่น Line probe assay สำหรับทดสอบความไวต่อยาแนวที่สอง (SL-LPA) โดยใช้ระยะเวลาตรวจ 2 วัน ทั้งนี้ระยะเวลาในกระบวนการส่งตรวจขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการ ข้อจำกัดและบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

3) หากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าไม่ใช่ XDR-TB แต่เป็น DS-TB, MDR-TB/ pre XDR-TB ให้ดูแลรักษาตามมาตรฐาน และผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรักษา เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยดื้อยาเพิ่มจนอาจเป็น XDR-TB ได้

2. ผู้ป่วยที่ยืนยันการวินิจฉัย XDR-TB หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีการดื้อยา 4 ขนานร่วมกัน ได้แก่ ไอโซไนอะซิด (Isoniazid) ไรแฟมพิซิน (Rifampicin) ยาในกลุ่มฟลูออโรควิโนโลน (Fluoroquinolones) และยาในกลุ่มทางเลือกที่สองที่เป็นยาชนิดฉีด (Second - line injectable drugs)

ระยะเวลาการแยกกักและคุมไว้สังเกตุ

**ระยะเวลาการแยกกัก**

1) แยกกักผู้มีเหตุอันควรสงสัยระหว่างรอผลตรวจความไวต่อยาแนวที่สอง
การทดสอบความไวต่อยาแนวที่สองเพื่อหา XDR-TB ตรวจโดยวิธีที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

ปัจจุบันใช้วิธีอณูชีววิทยา Line probe assay (SL-LPA) ใช้ระยะเวลาตรวจ 2 วัน แต่ระยะเวลาในกระบวนการส่งตรวจขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการ ข้อจำกัดและบริบทของแต่ละหน่วยบริการ (ระยะเวลาแยกกัก 2 - 5 วัน)

เมื่อพบผู้มีเหตุอันควรสงสัย ต้องรีบดำเนินการส่งเสมหะตรวจทางห้องปฏิบัติการทันที

หากพบว่าเป็นผู้ป่วย XDR-TB ให้รายงานกรมควบคุมโรคทราบทันที โดยปฏิบัติตาม หลักเกณฑ์และวิธีการแจ้ง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

2) แยกกักผู้ป่วย XDR-TB

ดูแลรักษาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานที่ที่กำหนด อย่างน้อย 30 วัน โดยพิจารณาจากผลการตรวจเสมหะ AFB Smear เป็นลบ อย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 7 วันติดต่อกัน (ระยะเวลาแยกกัก 4 - 5 สัปดาห์

**ระยะเวลาการคุมไว้สังเกต**

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับอนุญาตจากเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อให้สามารถกลับไปรับการรักษา ณ ที่พักอาศัยหรือที่บ้าน ให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อคุมไว้สังเกต

ช่วงที่หลัง ให้คุมไว้สังเกตและจำกัดการเดินทาง จนครบกำหนดการรักษา โดยระยะเวลาการคุมไว้สังเกต ใช้เกณฑ์การพ้นระยะแพร่เชื้อ ซึ่งพิจารณาจากมีผลการเพาะเลี้ยงเชื้อเป็นลบอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 30 วัน (sputum culture conversion) (ระยะเวลาการคุมไว้สังเกต 2 - 3 เดือน)

เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการคุมไว้สังเกตแล้วให้ทีมสหวิชาชีพดูแลรักษาจนครบกำหนดการรักษา

## ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

1. กรณีพบผู้ที่เป็นหรือผู้ที่สงสัยว่าเป็น XDR-TB เกิดขึ้น ให้บุคคลดังต่อไปนี้แจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ (มาตรา 31)
   - เจ้าบ้านหรือผู้ควบคุมดูแลบ้าน กรณีเกิดขึ้นในบ้าน
   - แพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาล ผู้รับผิดชอบในสถานพยาบาล กรณีเกิดขึ้นในสถานพยาบาล
   - ผู้ทำการชันสูตรหรือผู้รับผิดชอบในสถานที่ที่ได้มีการชันสูตร กรณีที่ได้มีการชันสูตรทางการแพทย์
   - เจ้าของหรือผู้ควบคุมสถานประกอบการหรือสถานที่อื่นใด กรณีเกิดขึ้นในสถานที่นั้นๆ

   เมื่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อได้รับแจ้งจากบุคคลข้างต้นนี้ ให้แจ้งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี และรายงานข้อมูลนั้นให้กรมควบคุมโรคทราบโดยเร็ว (มาตรา 32)
2. กรณีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าเป็น XDR-TB ให้ห้องปฏิบัติการที่ทำการตรวจ (อาจเป็นห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล สำนักวัณโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรค หรือห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานอื่นๆ) แจ้งไปยังโรงพยาบาลที่ส่งสิ่งส่งตรวจ แจ้งหน่วยตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team, SAT) และแจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรคแห่งชาติ (NOC-TB) เตรียมรับสถานการณ์ในจังหวัด โดยสอดคล้องกับหลักเกณฑ์และวิธีการตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็น XDR-TB ให้โรงพยาบาลที่ตรวจวินิจฉัยและรักษา ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในโปรแกรม TBCM ทุกราย
4. กลุ่มผู้สัมผัส XDR-TB ทุกรายต้องได้รับการคัดกรอง และบันทึกข้อมูลในโปรแกรม TBCM

# เรื่อง นิยามการรายงาน
# โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง พ.ศ. 2560

## 1. กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง (Lymphogranuloma Venereum หรือ Granulomalnguinale)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* และไม่มีแผลติดเชื้อบริเวณขาเท้าหรือทวารหนัก ร่วมกับมีต่อมน้ำเหลืองในบริเวณขาหนีบบวมโตหรือเป็นฝีหนองอาจมีประวัติแผลเล็กๆ ตื้นๆ ซึ่งหายเองได้โดยไม่ได้ทำการรักษา
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย ไม่มี
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับเก็บสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากรอยโรค (แผล) หนองที่ดูดฝีหรือทวารหนัก ตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ (การตรวจทางห้องปฏิบัติการทำได้ยาก และไม่เป็นที่แพร่หลาย)

- Complement fixation titers >1:64
- Microimmunofluorescencetiters >1:256
- Direct immunofluorescence ให้ผลบวกต่อ C. trachomatis
- Cell culture จากฝีหนองพบ C. trachomatis
- PCR หรือ LCR หรือ TMA จากฝีหนองเยื่อบุทวารหนักให้ผลบวกต่อ C. trachomatis

<u>หมายเหตุ</u>

มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หมายถึง การที่ผู้ป่วยผู้ติดเชื้อหรือคู่เพศสัมพันธ์

1) มีกรณีใดกรณีหนึ่งได้แก่มีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนขึ้นไป, มีคู่เพศสัมพันธ์ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน (anonymous sex partners), มีคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่, เปลี่ยนคู่เพศสัมพันธ์บ่อย, มีคู่เพศสัมพันธ์ที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีคู่เพศสัมพันธ์เป็นหญิงหรือชายให้บริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรืออาจนานกว่านี้ในบางโรคที่มีระยะฟักตัวนานและ

2) มีเพศสัมพันธ์ในกรณีดังกล่าวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง หรือถุงยางอนามัยแตกรั่ว หลุดในช่องทางใดช่องทางหนึ่งที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น อวัยวะเพศ ทวารหนัก ช่องปาก เป็นต้น

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 2. ไข้กาฬหลังแอ่น (Meningococcal meningitis):

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ มีไข้อาจมีปวดศีรษะ อาเจียน ร่วมกับอย่างน้อยหนึ่งอาการ ดังต่อไปนี้ 1) มีอาการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง เช่น คอแข็ง 2) ซึม อาจพบอาการชัก ตรวจร่างกายระดับความรู้สึกอาจปกติจนถึงโคม่า 3) จ้ำเลือดตามผิดหนังชนิดรุนแรง (purpura fulminant)
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยและพบลักษณะอย่างน้อยหนึ่งข้อจากตัวอย่างน้ำไขสันหลัง ดังนี้
   - ตรวจพบ WBC >100 จนถึงหลายพันตัว
   - CSF sugar น้อยกว่าร้อยละ 50 ของ blood sugar
   - โปรตีน มากกว่าหรือเท่ากับ 50 mg%
   - ย้อมสีแกรมจากเชื้อที่เพาะได้จาก เลือดน้ำไขสันหลัง พบ gram negative diplococcic
3. ผู้ป่วยที่ยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยและและพบลักษณะอย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังนี้
   - เพาะเชื้อ Nesseria meningitides จากเลือด น้ำไขสันหลัง เพื่อหาเชื้อแบคทีเรียโดยใช้ Blood agar หรือ Chocolate agar
   - ตรวจน้ำเหลืองน้ำไขสันหลัง ด้วยวิธี Latex agglutination ให้ผลบวก สำหรับเชื้อ meningococcemia
   - ตรวจ CSF ด้วยวิธี PCR ให้ผลบวก

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 3. ไข้ดำแดง (Scarlet fever)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีไข้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ร่วมกับมีผื่นละเอียดสีแดง สัมผัสแล้วมีลักษณะคล้ายกระดาษทรายบริเวณลำคอ รักแร้ ตามตัว และแขนขา มีปื้นขาวที่ลิ้น หรือลิ้นมีลักษณะบวมแดงคล้ายผลสตรอว์เบอร์รี่ (strawberry tongue)
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ "สเตรปโตค็อกคัส กลุ่มเอ" (group A streptococcus) หรือ "สเตรปโตค็อกคัส ไพโอจีนัส" (Streptococcus pyogenes)

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## ไข้เด็งกี่ (Dengue Fever)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้เฉียบพลัน ร่วมกับ อาการอื่นๆ อย่างน้อย 2 อาการ ต่อไปนี้ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ปวดกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกหรือข้อต่อ มีผื่น มีอาการเลือดออก tourniquet test ให้ผลบวก
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัย และพบลักษณะอย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังนี้
   - มีผลการตรวจเลือดทั่วไปของไข้เด็งกี่คือ ผลการตรวจ Complete Blood Count (CBC) พบมีจำนวนเม็ดเลือดขาว ≤ 5,000 เซล/ลูกบาศก์มิลลิเมตร) และพบสัดส่วน lymphocyte สูง
   - มีผลการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ
3. ผู้ป่วยที่ยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ตรวจพบเชื้อได้จากเลือดในระยะไข้ โดยใช้วิธี PCR หรือการแยกเชื้อ
   - ตรวจพบแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อในน้ำเหลืองคู่ (paired sera) ด้วยวิธี Hemagglutination Inhibition (HI) ≥ 4 เท่า หรือถ้าน้ำเหลืองเดี่ยว ต้องพบภูมิคุ้มกัน >1:1,280
   - ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด IgM ≥ 40 ยูนิต หรือการเพิ่มขึ้นของ IgG อย่างมีนัยสำคัญโดยวิธี Enzyme Immuno Assay (EIA)

## ไข้เลือดออกเด็งกี่ (Dengue Hemorrhagic Fever)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้เฉียบพลัน และ tourniquet test ให้ผลบวก (ตรวจพบจุดเลือดออกเท่ากับหรือมากกว่า 10 จุด ต่อตารางนิ้ว ถือว่าให้ผลบวก) ร่วมกับมีลักษณะที่บ่งบอกถึงการรั่วของ plasma และอาการอื่นๆ อย่างน้อย 1 อาการ ต่อไปนี้ ปวดศีรษะอย่างรุนแรงปวดกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกหรือข้อต่อ มีผื่น มีอาการเลือดออก ตับโตมักกดเจ็บ
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัย และพบลักษณะอย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังนี้
   - มีผลการตรวจเลือดทั่วไปของไข้เลือดออกเด็งกี่และหลักฐานการรั่วของ plasma คือ ผลการตรวจ Complete Blood Count (CBC) พบมีจำนวนเม็ดเลือดขาว ≤ 5,000 เซล/ลูกบาศก์มิลลิเมตร) และพบสัดส่วน lymphocyte สูงและมีเกล็ดเลือด ≤ 100,000 เซล/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
   - มีผลการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

3. ผู้ป่วยที่ยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ตรวจพบเชื้อได้จากเลือดในระยะไข้ โดยใช้วิธี PCR หรือการแยกเชื้อ
   - ตรวจพบแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อในน้ำเหลืองคู่ (paired sera) ด้วยวิธี Hemagglutination Inhibition (HI) ≥ 4 เท่า หรือถ้าน้ำเหลืองเดี่ยว ต้องพบภูมิคุ้มกัน >1:1,280
   - ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด IgM ≥ 40 ยูนิต หรือการเพิ่มขึ้นของ IgG อย่างมีนัยสำคัญโดยวิธี Enzyme Immuno Assay (EIA)

### ไข้เลือดออกช็อกเด็งกี่ (Dengue Shock syndrome)

#### ✚ ประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบไหลเวียนโลหิตหรือมีภาวะความดันโลหิตลดต่ำลง

#### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

## 5. ไข้ปวดข้อยุงลาย (Chikungunya fever)

#### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้สูง มีผื่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกหรือข้อ ปวดกระบอกตา และมีเลือดออกตามผิวหนัง
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้
   - มีผลการตรวจเลือดทั่วไป ได้แก่ Complete Blood Count (CBC) อาจมีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ, เกร็ดเลือดปกติ ซึ่งสามารถแยกจากไข้เด็งกี่ได้
   - มีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ตรวจพบแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อในน้ำเหลืองคู่ (paired sera) ด้วยวิธี Haemagglutination Inhibition (HI) >4 เท่าหรือถ้าน้ำเหลืองเดี่ยวนั้นต้องพบภูมิคุ้มกัน >1: 1,280
   - ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด IgM โดยวิธี ELISA
   - ตรวจพบเชื้อได้จากเลือดโดยวิธี PCR หรือการแยกเชื้อ (culture)

#### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

## 6. ไข้มาลาเรีย (Malaria)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

มาลาเรียเป็นโรคหนึ่งที่องค์การอนามัยโลกร่วมกับประเทศสมาชิก มีเป้าหมายมุ่งสู่การกำจัดโรคมาลาเรียให้หมดไปในอนาคต ดังนั้นนิยามผู้ป่วยจึงแบ่งเป็นสองส่วน คือ ผู้ป่วยที่มีอาการและผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันและผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ

1. ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึง ผู้ที่มีอาการเข้าได้กับเกณฑ์ทางคลินิก และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นบวกอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้
   - เกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ร่วมกับมีประวัติเดินทางเข้าป่า หรือแหล่งที่มีการรายงานของโรคมาลาเรีย หรือมีประวัติรับเลือด ในระยะ 2 สัปดาห์ถึง 2 สองเดือนก่อนมีอาการป่วย ร่วมกับมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
     - ตับ หรือม้ามโต
     - หนาวสั่น
     - คลื่นไส้ อาเจียน
     - ตาเหลือง
     - ซีด
   - เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลบวกข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
     - การตรวจ Thick หรือ Thin film พบเชื้อมาลาเรียในเลือดจากกล้องจุลทรรศน์
     - การตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อมาลาเรียในกระแสเลือดด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR)
2. ผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ ได้แก่ผู้ที่ไม่มีอาการป่วย แต่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลบวก

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานทั้งผู้ป่วยยืนยันและผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ

## 7. ไข้ไม่ทราบสาเหตุ (Pyrexia of Unknown origin หรือ Fever of Unknown Origin)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ ผู้ที่มีไข้ >38.3 ˚C วัดหลายครั้งทางรักแร้ โดยเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน นานอย่างน้อย 7 วัน โดยหลังจากซักประวัติการเจ็บป่วยและตรวจร่างกายแล้วไม่สามารถอธิบายสาเหตุของไข้ได้

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นแล้วยังไม่สามารถอธิบายสาเหตุของไข้ได้

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัย

## 8. ไข้สมองอักเสบชนิดญี่ปุ่น (Japanese Encephalitis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ อาจจะสูงหรือต่ำก็ได้ และมีการเปลี่ยนแปลงทางระดับความรู้สึกตัว อาจมีชัก

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- JE IgM ใน CSF >40 unit (โดยวิธีELISA)
- JE IgM ใน serum >40 unit และอัตราส่วนระหว่าง JE IgM/Dengue IgM >1 (โดยวิธี ELISA)

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยที่ยืนยันผล

## 9. ไข้สมองอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ (Unspecified encephalitis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ อาจจะสูงหรือต่ำก็ได้ และมีการเปลี่ยนแปลงทางระดับความรู้สึกตัว อาจมีชัก

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ ได้แก่ การตรวจเพาะเชื้อ การตรวจภูมิคุ้มกันวิทยา หรือการตรวจหาด้วยเทคนิคอณูชีวโมเลกุล

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

# 10. ไข้หวัดนก (Avian Influenza)

## ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้
   1.1 ผู้ป่วยที่มีไข้ มากกว่าเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส ร่วมกับอาการใดอาการหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ หายใจผิดปกติ (หอบเหนื่อย หรือหายใจลำบาก) หรือ
   1.2 แพทย์สงสัยว่าเป็นปอดบวม หรือไข้หวัดนก และมีประวัติเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้
      - ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสกับสัตว์ปีก
      - ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกตายมากผิดปกติ หรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม
      - ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของไข้หวัดนก
      - ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแล หรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ
   1.3 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรง หรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้
   1.4 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ
   1.5 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่มีการหายใจล้มเหลว (respiratory failure) หรือเสียชีวิต
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันติดเชื้อไข้หวัดนก เช่น H5 หรือ H7 หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่มีผลการตรวจสุดท้ายตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้
   3.1 ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไข้หวัดนก ด้วยวิธี RT-PCR ในสิ่งส่งตรวจตัวอย่างเดียวแต่ต้องใช้ primer หรือ probe จำนวน 2 ชุด หรือตรวจจากสิ่งส่งตรวจอย่างน้อย 2 ตัวอย่าง ที่เก็บจากผู้ป่วยที่ตำแหน่งแตกต่างกัน (เช่น throat swab กับ nasopharyngeal aspirate) หรือตรวจจากสิ่งส่งตรวจอย่างน้อย 2 ตัวอย่างที่เก็บจากผู้ป่วยในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน
   3.2 เพาะเชื้อไวรัสไข้หวัดนกได้
   3.3 ตรวจซีรั่มคู่ให้ผลบวกด้วยวิธี Micro neutralization test พบระดับภูมิคุ้มกันจากเลือดในระยะพักฟื้นสูงขึ้น 4 เท่าจากระดับในระยะเฉียบพลัน (การตรวจด้วยวิธีทางซีโรโลยีไม่เหมาะสมสำหรับการตรวจวินิจฉัยเพื่อการรักษาหรือค้นหาผู้ป่วยที่กำลังติดเชื้อเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไข้หวัดนกจะตรวจพบได้อย่างเร็วสุดในวันที่ 14 - 21 หลังวันที่ผู้ป่วยติดเชื้อ)

## ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัยและนำมาจำแนกเป็น

- Patient Under Investigation (PUI) หมายถึง ผู้ป่วยที่ยังต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางคลินิกและ/หรือประวัติการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่และ/หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนที่จะสามารถสรุปจำแนกประเภทผู้ป่วยได้ชัดเจน
- Excluded หมายถึง ผู้ป่วยที่จากการสอบสวนโรคพบว่า ไม่เข้านิยามผู้ป่วยประเภทต่างๆ ข้างต้น

## 11. ไข้หวัดใหญ่ (Influenza)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ (>38 ˚c) และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร่วมกับอาการอื่นอย่างน้อยหนึ่งอาการดังต่อไปนี้ ปวดศีรษะ ไอรุนแรง เจ็บคอ อ่อนเพลีย คัดจมูก เยื่อบุตาอักเสบ
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่มีผลการตรวจสุดท้ายตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการพบด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้
   - 3.1 วิธี RT-PCR โดยพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่
   - 3.2 เพาะเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ได้
   - 3.3 ตรวจซีรั่มคู่ให้ผลบวกด้วยวิธี Hemagglutination Inhibition assay (HI assay) โดยพบระดับภูมิคุ้มกันจากเลือดในระยะพักฟื้นสูงขึ้น 4 เท่าจากระดับในระยะเฉียบพลัน

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 12. ไข้หัด (Measles)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ ผื่นแดงขึ้นขณะยังมีไข้ ไอ ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ มีน้ำมูก ตาแดง ตรวจร่างกายพบ Koplik's spot หรือผู้ป่วยที่แพทย์สงสัยว่าเป็นโรคหัด
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับผู้ป่วยที่สงสัย และมีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยันไข้หัด
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - MeaslesspecificIgM ให้ผลบวก
   - ตรวจพบเชื้อจากเลือด หรือสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก เสมหะ โดยวิธีการเพาะเชื้อ

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยพบผู้ป่วยสงสัย และให้เก็บตัวอย่างตรวจยืนยันเพื่อหาภูมิคุ้มกันชนิด IgM ต่อเชื้อหัดด้วยวิธี ELISA ที่ห้องปฏิบัติการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในผู้ป่วยสงสัยทุกราย

## 13.ไข้หัดเยอรมัน (Rubella)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ต่ำๆ ผื่นแดงขึ้นอย่างเฉียบพลัน ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่
   - ต่อมน้ำเหลืองที่คอ หลังศีรษะ หรือหลังหูโต
   - ปวดข้อหรือข้อบวมแดง
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับผู้ป่วยที่สงสัย และมีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยันไข้หัด
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจ Rubella specific IgM ให้ผลบวก (โดยตัวอย่างควรเก็บภายใน 28 วันหลังจากมีผื่นขึ้น)

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัย และให้เก็บตัวอย่างตรวจยืนยันเพื่อหาภูมิคุ้มกันชนิด IgM ต่อเชื้อหัดเยอรมันด้วยวิธี ELISA ที่ห้องปฏิบัติการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในผู้ป่วยสงสัยทุกราย

## 14.ไข้เอนเทอริค (Enteric fever)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ลอยสูงนานกว่า 1 สัปดาห์ ร่วมกับอาการอื่นอย่างน้อยสองอาการดังต่อไปนี้ 1) ปวดศีรษะ 2) เบื่ออาหาร 3) หัวใจอาจเต้นช้ากว่าปกติ (โดยยังมีไข้สูง) 4) ท้องอืด ท้องผูก ปวดท้อง อาจมีท้องเสียได้ 5) บางรายอาจมีอาการรุนแรง โดยถ่ายเป็นเลือด ซ๊อคเนื่องจากภาวะที่มีเลือดแข็งตัวกระจ่ายไปทั่วร่างกาย (Disseminated Intravascular Coagulopathy Shock) เยื่อบุช่องท้องอักเสบจากลำไส้ทะลุ 6) อาจพบตับโต ม้ามโต
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยและพบลักษณะอย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังนี้
   - ตรวจเลือด CBC พบ WBC ต่ำกว่า 7,000/ลบมม.
   - Widal test ให้ผลบวก (ควรตรวจหลังการเริ่มมีอาการ 10 วัน)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับผลเพาะเชื้อจากอุจจาระ ปัสสาวะ หรือเลือด พบเชื้อ Salmonella Typhi หรือ Salmonella Paratyphi A หรือ Salmonella Paratyphi B หรือ Salmonella Paratyphi C

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 15. ไข้เอนเทอโรไวรัส (Enterovirus)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่
   1.1 ผู้ป่วยมีไข้ร่วมกับอาการหอบเหนื่อยเฉียบพลัน และมีอาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้การติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง (CNS infection) อย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ได้แก่ ชัก/เกร็ง (seizure/convulsion) หรือ ตรวจร่างกายพบ meningeal sign หรือ encephalitis หรือสั่น (tremor) หรือแขน ขาอ่อนแรง (acute flaccid paralysis) หรือตรวจร่างกายพบ myoclonic jerk ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีหรือไม่มีอาการของโรคมือ เท้า ปาก (Hand-foot-mouth disease) หรืออาการของโรคแผลในคอหอย (Herpangina) ซึ่งผู้ป่วยจะมีเฉพาะแผลในปากโดยไม่มีผื่นหรือตุ่มน้ำที่ฝ่ามือฝ่าเท้า
   1.2 ผู้ป่วยมีอาการของโรคมือเท้าปาก (Hand-foot-mouth disease) หรือโรคแผลในคอหอย (Herpangina) ร่วมกับมีไข้สูง ≥ 39 องศาเซลเซียส และมีอาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ได้แก่ อาเจียน ท้องเสีย ซึม หอบเหนื่อย หรืออาการทางระบบประสาทส่วนกลาง (ดังข้างต้น)
   1.3 ผู้ป่วยมีอาการของโรคมือ เท้า ปาก (Hand-foot-mouth disease) หรือมีโรคแผลในคอหอย (Herpangina) ที่ไม่มีอาการรุนแรง (ไม่ครบตามเกณฑ์ข้อ 1 หรือข้อ 2)
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทาง คลินิกและข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ร่วมกับผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมต่อเชื้อไวรัสเอนเตอโร 71 หรือ ผลการตรวจซีรั่มคู่ต่างกันอย่างน้อย 4 เท่าของระดับแอนติบอดีต่อไวรัสเอนเตอโร 71

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 16. คอตีบ (Diphtheria)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัยหมายถึง ผู้ที่มีอาการและอาการแสดงครบทั้ง 3 ข้อ ดังนี้
   - ไข้
   - เจ็บคอ
   - แผ่นฝ้าสีขาวปนเทา ติดแน่นที่บริเวณทอนซิล ช่องคอ และ/หรือโพรงจมูก กล่องเสียง

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ที่มีอาการแสดงครบ 3 ข้อ ร่วมกับ ลักษณะอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ดังต่อไปนี้
   - ทางเดินหายใจอุดตัน (airway obstruction)
   - กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบหรือปลายประสาทอักเสบ (myocarditis or neuritis 1 - 6 สัปดาห์หลังเริ่มมีอาการ
   - เป็นผู้สัมผัสต่อผู้ป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนมีอาการป่วย
   - กำลังมีการระบาดเกิดขึ้นในพื้นที่ในช่วงเวลานั้น
   - เสียชีวิต
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ ครบ 3 ข้อ ร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ตรวจ CBC เพื่อแยกจากโรคอื่น เช่น Infectiousmononucleosis, Streptococcal Pharyngitis, โรคเลือดบางชนิด (Agranulocytosis)
   - Throat swab บริเวณแผ่นฝ้าป้ายลงแผ่นใสเพื่อย้อม Gram's stain อาจจะพบลักษณะเฉพาะของเชื้อ คือมีรูปร่างคล้ายกระบองโค้งเล็กน้อยติดสีแกรมบวกไม่มีสปอร์เชื้อเรียงตัวคล้ายรูปตัว V ลักษณะการเรียงตัวดังกล่าวเมื่อรวมกันเป็นกลุ่มทำให้ดูคล้ายกับอักษรจีน
   - Throat swab เพาะเชื้อพบ Corynebacterium diphtheria

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 17. คางทูม (Mumps)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ต่ำ ปวดบวมอย่างเฉียบพลันบริเวณต่อมน้ำลาย บริเวณหน้าหู อักเสบอาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ โดยไม่มีสาเหตุอื่น บางครั้งอาจมีอาการเจ็บคอเวลากลืนน้ำลาย ปวดขากรรไกรเวลาเคี้ยวอาหาร มีอาการอักเสบของต่อมน้ำลาย อาจตรวจพบรอยแดงและอาการบวมบริเวณรูเปิดของท่อน้ำลายในช่องปาก
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ตรวจภูมิคุ้มกันวิทยาด้วยวิธี ELISA เพื่อหา Mumps IgM โดยการเจาะเลือดเพียงครั้งเดียวประมาณ 3 - 5 ซีซี ในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือนหลังเริ่มป่วย
   - ตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันในน้ำเหลืองคู่ (paired sera) ต่อไวรัสคางทูมต่างกัน >4 เท่า
   - แยกเชื้อไวรัสคางทูม (mumps virus) โดยการเก็บตัวอย่าง เช่น น้ำลาย เลือด ปัสสาวะ และน้ำไขสันหลัง ในช่วงระยะแรกๆ ของการเจ็บป่วย

## ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

# 18. ซิฟิลิส (Syphilis)

## 18.1 ซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย (ไม่มี)

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ทารกหรือเด็กที่คลอดจากมารดาที่ไม่ได้รับการรักษาซิฟิลิส หรือได้รับการรักษาไม่ได้ตามมาตรฐานก่อนคลอด (รวมถึงรักษาได้ครบตามมาตรฐาน แต่น้อยกว่า 30 วันก่อนคลอด) ไม่ว่าทารกจะมีอาการแสดงหรือไม่ก็ตาม

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ทารกหรือเด็กที่คลอดจากมารดาที่ไม่ได้รับการรักษาซิฟิลิส หรือได้รับการรักษาไม่ได้มาตรฐานก่อนคลอด (รวมถึงรักษาได้ครบตามมาตรฐาน แต่น้อยกว่า 30 วันก่อนคลอด)

**ร่วมกับมีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้**

- ทารกอายุน้อยกว่า 2 ปี มี hepatosplenomegaly, rash, condylomalata, snuffles, jaundice (non-viral hepatitis), pseudoparalysis, anemia, edema(neprotic syndrome and/or malnutrition)
- เด็กโตพบ stigmata (e.g. interstitial keratitis, nerve deafness, anterior bowing of shins, frontal bossing, mulberry molars, Hutchison teeth, saddle nose, rhagades, clutton joints)
- ไม่มีอาการหรืออาการแสดง แต่ผลตรวจเลือดซิฟิลิสเป็นบวก (latent congenital syphilis โดยแบ่งเป็น early latent congenital syphilis ในเด็กอายุ <2 ปี และ late latent congenital syphilis ในเด็กอายุ >2 ปี)

**ร่วมกับการตรวจ treponemal test ให้ผลบวก**

**ร่วมกับมีอย่างน้อยหนึ่งสิ่งดังต่อไปนี้**

- ตรวจร่างกายพบลักษณะของโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด
- ภาพรังสีกระดูก (long bones) พบลักษณะของซิฟิลิสแต่กำเนิด
- การตรวจ VDRL ในน้ำไขสันหลังให้ผลบวก
- มีการเพิ่มขึ้นของ cerebrospinal fluid (CSF) cell count หรือ protein โดยปราศจากสาเหตุอื่น
- การตรวจ fluorescent treponemal antibody absorbed-19S-IgM antibody test หรือ IgM enzyme-linked immunosorbent assay ให้ผลบวก

**<u>รวมถึง</u>** ทารกหรือเด็กที่ไม่มีอาการหรืออาการแสดง แต่ผลตรวจเลือดซิฟิลิสเป็นบวกตามเกณฑ์ดังนี้

- ตรวจพบเชื้อ spirochete ในสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากรก สายสะดือ และสารคัดหลั่งหรือรอยโรคจากทารก เช่น น้ำไขสันหลัง สารคัดหลั่งจากโพรงจมูก และสารคัดหลั่งจากแผลที่ผิวหนังด้วยการตรวจวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้
  - Dark field microscopy พบเชื้อ Treponemapallidum
  - Direct fluorescent antibody test for T. pallidum ให้ผลบวก
  - Other specific stains ให้ผลบวกต่อเชื้อ T. pallidum
  - ตรวจทางพยาธิวิทยา (histopathology) โดยการตรวจรกหรือสายสะดือพบเชื้อ T.pallidum
- ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือด
  - ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี non-treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น RPR (rapid plasma reagin card test) หรือ VDRL (Venereal Disease Research Laboratory slide test) ให้ผลบวก (reactive) ในทารกและ >4 เท่าเมื่อเทียบกับมารดา
  - ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น FTA-ABS (fluorescent treponemal antibody-absorption test), TPHA (Treponemapallidum-hemagglutination assay), TP-PA (Treponemapallidum particle agglutination assay), ICT (immunochromatography test), EIA (enzyme immunoassay), CMIA (chemiluminescent immunoassay) หรือ immunoblot (western blot) เป็นต้น ให้ผลบวก (reactive) หลังทารกอายุ 18 เดือน

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

## 18.2 ซิฟิลิสระยะที่ 1 (primary syphilis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์*ร่วมกับมีแผลบริเวณอวัยวะเพศหรืออวัยวะอื่นที่ใช้สำหรับเพศสัมพันธ์ เช่น ปาก ทวารหนัก มักมีแผลเดียว แผลสะอาดไม่เจ็บ บริเวณก้นแผลแข็งคล้ายกระดุม
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยซิฟิลิสที่ยืนยันผลหรือมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยซิฟิลิส
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับ
   - ตรวจน้ำเหลืองจากก้นแผล ด้วย dark field microscope พบเชื้อ T.pallidum
   - Direct fluorescent antibody test for T.pallidum ให้ผลบวก

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 18.3 ซิฟิลิสระยะที่ 2 (secondary syphilis)

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้
    - มีผื่น อาจพบได้ทั่วตัว มักพบที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ลักษณะผื่นส่วนใหญ่จะแดง อาจนูน มีสะเก็ด ไม่คัน หรือผื่นเฉพาะ เช่น condylomalata, mucous patch เป็นต้น
    - ผมร่วงและ/หรือคิ้วร่วง
    - ต่อมน้ำเหลืองโต
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยสงสัย ร่วมกับมีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้
    - ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี non-treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น RPR หรือ VDRL ให้ผลบวก และ titer >1:8
    - มีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยซิฟิลิสที่ยืนยันผลหรือมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยซิฟิลิส
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึงผู้ป่วยสงสัย ร่วมกับ
    - ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี non-treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น RPR หรือ VDRL ให้ผลบวก และ titer >1:8 และ
    - ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น FTA-ABS, TPHA, TP-PA, ICT, EIA, CMIA หรือ immunoblot เป็นต้น ให้ผลบวก (reactive)

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

## 18.4 ซิฟิลิสระยะแฝง (latent syphilis)

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* ร่วมกับตรวจพบโรคจากการตรวจเลือดโดยไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงใดๆ ของซิฟิลิสระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะอื่นๆ และไม่มีประวัติการรักษาซิฟิลิสมาก่อนแยกการวินิจฉัยซิฟิลิสระยะแฝงโดยพิจารณาจากระยะเวลาที่มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และประวัติการตรวจเลือดซิฟิลิส ดังนี้
    - ซิฟิลิสระยะแฝงช่วงแรก/ต้น (early latent syphilisมีประวัติเสี่ยงฯ ภายใน 2 ปีนี้ และอาจมีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เช่น เคยตรวจเลือดซิฟิลิสแบบ non-treponemal test ครั้งสุดท้ายไม่เกิน 2 ปี ผลเป็นปกติหรือผลการตรวจเลือดซิฟิลิสครั้งนี้มี titer สูงขึ้น >4 เท่าเมื่อเทียบกับการตรวจคราวก่อนหรือมีประวัติอาการภายใน 2 ปีที่เข้ากับซิฟิลิสระยะที่ 1 หรือระยะที่ 2 หรือมีคู่เพศสัมพันธ์ที่เข้าข่าย (probable) หรือได้รับการยืนยัน (confirm) เป็นซิฟิลิสระยะที่ 1 หรือระยะที่ 2 หรือซิฟิลิสระยะแฝงช่วงแรก/ต้น
    - ซิฟิลิสระยะแฝงช่วงหลัง (late latent syphilis) ไม่มีประวัติเสี่ยงฯ ใน 2 ปีนี้ แต่เคยมีประวัติเสี่ยงฯ มาก่อนอาจมีประวัติเคยตรวจเลือดซิฟิลิสครั้งสุดท้ายเกิน 2 ปี โดยผลเป็นปกติ

- ซิฟิลิสระยะแฝงที่ไม่ทราบระยะเวลาที่เป็น (latent syphilis of unknown duration มีประวัติเสี่ยงทั้งภายใน 2 ปีนี้ และเกิน 2 ปี ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเริ่มติดเชื้อซิฟิลิสตั้งแต่เมื่อไร และไม่เคยตรวจเลือดซิฟิลิสมาก่อน

ร่วมกับ

- ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น FTA-ABS, TPHA, TP-PA, ICT, EIA, CMIA หรือ immunoblot เป็นต้น ให้ผลบวก (reactive)

แต่

- ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี non-treponemaltest วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น RPR หรือ VDRL ให้ผลลบ (non-reactive) และไม่สามารถตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี treponemal test ที่แตกต่างจากวิธีแรก

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ไม่มี
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึงผู้ป่วยสงสัย ร่วมกับ
   - ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น FTA-ABS, TPHA, TP-PA, ICT, EIA, CMIA หรือ immunoblot เป็นต้น ให้ผลบวก (reactive)

   และ
   - ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี non-treponemaltest วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น RPR หรือ VDRL ให้ผลบวก กรณีได้ผลลบ (non-reactive) ต้องมีการตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี treponemal test ที่แตกต่างจากวิธีแรกให้ผลบวก

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานเฉพาะผู้ป่วยซิฟิลิสระยะแฝงช่วงแรก/ต้นที่เข้าข่ายและผู้ป่วยซิฟิลิสระยะแฝงช่วงแรก/ต้นที่ยืนยันผล

## 19. บาดทะยัก (Tetanus)

### กรณีบาดทะยักทั่วไป

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการกล้ามเนื้อหดเกร็งแบบเฉียบพลัน (muscular contractions) หรือกระตุก ขากรรไกรแข็ง คอแข็ง อ้าปากไม่ได้ กลืนลำบาก อาจมีอาการกล้ามเนื้อเกร็งทั่วร่างกาย (muscle spasms)

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยง เช่น มีประวัติถูกของมีคม ถูกสัตว์กัดมีบาดแผลหรือสัมผัสดิน

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยที่มีผลการตรวจเพาะเชื้อพบเชื้อ Clostridium tetani

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## กรณีบาดทะยักในเด็กแรกเกิด

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไม่ดูดนม คอแข็ง หลังแข็งชักเกร็งเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น ร่วมกับประวัติในระหว่างอายุ 2 วัน ร้องและดูดนมได้ปกติ และเริ่มป่วยเมื่ออายุได้ 3 - 28 วัน

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยที่มีผลการตรวจเพาะเชื้อพบเชื้อ Clostridium tetani

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

# 20. โปลิโอ (Poliomyelitis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี มีอาการมีอาการอัมพาตอ่อนปวกเปียกอย่างเฉียบพลัน ไม่ว่าจะเกิดจากอะไรก็ตาม ยกเว้นอาการบาดเจ็บรุนแรง

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการโดยการแยกเชื้อไวรัสโปลิโอธรรมชาติ (Wild poliovirus) ได้จากอุจจาระของผู้ป่วย (แยกเชื้อ virus จากอุจจาระโดยเก็บตัวอย่างอุจจาระ 2 ตัวอย่าง ห่างกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมงขึ้นไป โดยทั้ง 2 ตัวอย่างต้องเก็บภายใน 14 วันหลังเริ่มมีอัมพาต และแต่ละตัวอย่างต้องมีปริมาณมากพอ (ไม่น้อยกว่า 8 กรัม) จากนั้นส่งไปที่ห้องปฏิบัติการของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (NIH) โดยระบบลูกโซ่ความเย็น)

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 21. แผลริมอ่อน (Chancroid)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง มีแผลบริเวณอวัยวะเพศอาจมีแผลเดียว หรือหลายแผล ลักษณะแผลจะมีขอบนิ่ม ก้นแผลมีเศษเนื้อยุ่ยสีเหลือง แผลนี้หากสัมผัสจะรู้สึกเจ็บ อาจพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบบวมโตหรืออักเสบเป็นเป็นฝีร่วมด้วย และมีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายใน 3 เดือน
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ร่วมกับมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการย้อม gram's stain หรือ Unna Papenheim พบ gram negative coccobacilli ซึ่งเรียงตัวเป็นแนวยาวคล้ายฝูงปลา (school of fish)

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 22. พยาธิทริคิเนลลา (Trichinosis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดกล้ามเนื้อ และเปลือกตาหรือหน้าบวม ตัวบวม เท้าบวม ร่วมกับมีประวัติการรับประทานเนื้อสัตว์ (โดยเฉพาะสัตว์ป่า) ชนิดดิบๆ สุกๆ ภายใน 12 ชั่วโมง - 1 เดือน
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ผลการตรวจเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอซิโนฟิลเพิ่มสูงกว่าปกติ (10 - 90%)
   - มีค่า Creatinine kinase ในซีรั่มสูงกว่าปกติ (มากกว่า 30 U/L)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ผลการตรวจซีรั่มด้วยวิธี ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay) ให้ผลบวก
   - ผลการตรวจกล้ามเนื้อน่องพบตัวอ่อนของพยาธิ

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 23. พยาธิทริโคโมแนสของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ (Vaginal Trichomoniasis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย (ไม่มี)

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ตกขาวสีขาวปนเทา หรือสีเหลืองออกเขียว อาจพบลักษณะเป็นฟองมีกลิ่นเหม็นมีอาการระคายเคืองบริเวณปากช่องคลอดและในช่องคลอดอาจเกิดการอักเสบของปากมดลูกทำให้มีจุดเลือดออกเป็นหย่อม ๆ เรียกว่า strawberry spot หรือ flea bitten cervix อาจมีอาการปัสสาวะแสบขัดหรือปวดแสบร้อนบริเวณต้นขาด้านใน เจ็บขณะร่วมเพศ ผู้ชายจะมีปัสสาวะแสบขัด

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ตกขาวสีขาวปนเทา หรือสีเหลืองออกเขียว อาจพบลักษณะเป็นฟองมีกลิ่นเหม็นมีอาการระคายเคืองบริเวณปากช่องคลอดและในช่องคลอดอาจเกิดการอักเสบของปากมดลูกทำให้มีจุดเลือดออกเป็นหย่อม ๆ เรียกว่า strawberry spot หรือ flea bitten cervix อาจมีอาการปัสสาวะแสบขัดหรือปวดแสบร้อนบริเวณต้นขาด้านใน เจ็บขณะร่วมเพศผู้ชายจะมีปัสสาวะแสบขัด ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อหรือผลบวกต่อ T.vaginalis ในสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากช่องคลอด หรือปัสสาวะด้วยการตรวจวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้

- การเพาะเชื้อ T.vaginalis
- Nucleic acid hybridization test
- Nucleic acid amplification test เช่น PCR หรือ LCR หรือ TMA

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

## 24. เมลิออยโดสิส (Melioidosis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย (ไม่มี)

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์สงสัยว่าเป็นโรคเมลิออยด์โดยไม่มีผลเพาะเชื้อยืนยัน หรือผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- ผลการตรวจพบเชื้อด้วยวิธี PCR ให้ผลบวก
- ผลตรวจ IHA หรือ IFA ให้ผลบวก
- ผลตรวจ IHA หรือ IFA เพิ่มขึ้นสี่เท่า (Fourfold rising)

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับผลการเพาะเชื้อจากเลือดหรือจากชิ้นส่วนใดของร่างกายพบเชื้อ Burkholderiapseudomallei

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

## 25. เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากพยาธิ (Eosinophilic meningitis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และมีอาการปวดศีรษะเล็กน้อยในช่วงระยะเวลา 2 - 3 วัน ซึ่งอาการปวดจะกำเริบมากขึ้นอย่างเฉียบพลัน สายตาเสื่อม หลังและคอแข็ง ซึม หมดสติ ผิวหนังชา แขนและขาอ่อนแรง ใบหน้าและกล้ามเนื้อตาเป็นอัมพาต ชักกระตุก มีอาการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง และระดับความรู้สึกตัวอาจปกติจนถึงขั้นโคม่า ในกรณีเด็กอาจพบกระหม่อมหน้าโป่งตึง
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ผลการตรวจน้ำไขสันหลังพบเซลล์สูงขึ้นเท่ากับหรือมากกว่า 20% และมี eosinophil สูงเท่ากับหรือมากกว่า 10% หรือพบตัวพยาธิในน้ำไขสันหลัง
   - ผลการตรวจเลือด พบจำนวนเม็ดเลือดขาวค่อนข้างสูง และ eosinophil สูงด้วย
   - ผลการตรวจทางเคมีคลินิกของน้ำไขสันหลัง พบโปรตีนสูงกว่า 50 มิลลิกรัม น้ำตาลและคลอไรด์ปกติ

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 26. เยื่อหุ้มสมองอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ (Unspecified meningitis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ ปวดศีรษะ อาเจียน และซึม ต่อมาอาจมีอาการชักร่วมด้วย เมื่อตรวจร่างกายขณะมีอาการไข้ ระดับความรู้สึกตัวอาจปกติจนถึงขั้นโคม่า ในกรณีเด็กอาจพบกระหม่อมหน้าโป่งตึง
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - เพาะเชื้อจากเลือด น้ำไขสันหลัง พบเชื้อแบคทีเรีย
   - ตรวจน้ำเหลือง น้ำไขสันหลัง ด้วยวิธี Latex agglutination ให้ผลบวกต่อเชื้อใดเชื้อหนึ่ง (S. pneumoniae, H. influenzae, S. agalactiae, N. meningitidis หรือ E. coli)

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 27. เริมของอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก (Anogenital Herpes)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* ร่วมกับมีอาการแสบๆ คันๆ แล้วมีตุ่มน้ำใสขึ้นอยู่เป็นกลุ่มๆ ต่อมาตุ่มแตกเป็นแผล ถ้าเป็นการติดเชื้อครั้งแรกมักมีรอยโรคหลายแห่ง แผลหายช้า และมีอาการตามระบบร่วมด้วย ถ้าเป็นการเกิดโรคซ้ำอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงน้อยกว่าครั้งแรกมาก ลักษณะรอยโรคเป็นตุ่มน้ำใสกลุ่มเล็กๆ และหายได้เองโดยไม่มีแผลเป็นในเวลา 7 - 10 วัน บริเวณที่พบบ่อย ได้แก่ อวัยวะเพศ ทวารหนัก ปากช่องคลอด ปากมดลูก บางครั้งพบรอยโรคที่ริมฝีปาก
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย ไม่มี
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยร่วมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้
   - Tzanck smear พบ multinucleated giant cell
   - พบเชื้อหรือผลบวกต่อ herpes simplex virus ในสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากแผลด้วยการตรวจวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้
     - เพาะเชื้อในเซลเลี้ยงเชื้อ
     - Direct fluorescence assay
     - Nucleic acid amplification test เช่น PCR หรือ LCR หรือ TMA

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย หากรักษาหายแล้วกลับเป็นโรคซ้ำใหม่ ไม่ต้องรายงาน

## 28. โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส ชนิด เอ บี ซี ดี และ อี (Viral hepatitis A, B, C, D and E)

### 28.1 Viral hepatitis A D และ E

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้เฉียบพลัน ครั่นเนื้อครั่นตัว คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด และจุกแน่นบริเวณใต้ชายโครงขวา ต่อมาจะมีปัสสาวะสีเข้ม ร่างกายและตาเหลือง โดยไม่มีประวัติได้รับยาหรือสารพิษที่เป็นสาเหตุของตับอักเสบเฉียบพลัน
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบค่า SGPT (ALT) ในน้ำเหลืองมากกว่า 100 U/L

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - Hepatitis A: พบ anti HAV IgM
   - Hepatitis D: พบ HBs ag ร่วมกับ anti HDV (IgG)
   - Hepatitis E: พบ anti HEV IgM

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 28.2 Viral hepatitis B และ C

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ หมายถึงผู้มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี และมีอาการของตับอักเสบ โดยยังไม่มีผลตรวจยืนยันสาเหตุจากเชื้อไวรัส หรือไม่สามารถอธิบายสาเหตุของตับอักเสบจากการได้รับยา สารพิษ หรือการเจ็บป่วยอื่นได้ จำแนกตามระยะดำเนินโรคต่อไปนี้
   1.1 ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบระยะตับอักเสบเฉียบพลัน (Acute Hepatitis) หมายถึง ผู้มีอาการไข้ ครั่นเนื้อครั่นตัว อ่อนเพลีย และอาการแสดงการทำงานของตับผิดปกติ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ตัวเหลืองตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม ปวดจุกแน่น หรือกดเจ็บใต้ชายโครงขวา หรือ hepatic coma และ/หรือ มีค่า alanine aminotransferase (ALT) มากกว่า 400 U/L (10 เท่าของค่าปกติ)
   1.2 ผู้ติดเชื้อตับอักเสบระยะเรื้องรัง (Chronic Infection) หมายถึง ผู้มีอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตับอักเสบเรื้อรัง ได้แก่ ตับแข็ง หรือ Liver cell carcimoma
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึง ผู้ที่มีผลตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือซี ดังต่อไปนี้
   3.1 ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBV)
      - ผู้ป่วยตับอักเสบบีเฉียบพลัน (Acute Hepatitis B) หมายถึง ผู้มีอาการตับอักเสบเฉียบพลันร่วมกับมี positive IgM-specific antibodies ต่อ HBV core antigen (anti-HBcIgM)
      - ผู้ติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรัง (Chronic HBV Infection) หมายถึง ผู้ที่ตรวจพบ HBsAgpositive โดยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของตับอักเสบเฉียบพลันในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา นับรวมผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ (HBV carrier) และผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรัง (HBV Chronic Hepatitis)
   3.2 ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (HCV)
      - ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยตับอักเสบซีเฉียบพลัน (Acute Hepatitis C) หมายถึง ผู้มีอาการตับอักเสบเฉียบพลัน ร่วมกับมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
         - seroconversion to hepatitis C virus antibodies (anti-HCV); หรือ
         - HCV ribonucleic acid (RNA) positive และ anti-HCV negative; หรือ

- Anti-HCV positive โดยมีผล anti-HBcIgM, anti-HAVIgM และ anti-HEV IgM เป็น negative (ยืนยันว่าไม่ป่วยจากไวรัสตับอักเสบชนิดอื่น)

- ผู้ติดเชื้อตับอักเสบซีเรื้อรัง (Chronic HCV Infection) หมายถึงผู้ตรวจพบ HCV RNA หรือ HCVcore antigen

หมายเหตุ:

- กรณีผู้ที่ไม่มีอาการหรือไม่มีผลตรวจเข้าเกณฑ์ติดเชื้อเฉียบพลัน แต่ตรวจพบผล Anti-HCV positive ให้รายงานเป็นผู้เคยหรือยังคงมีการติดเชื้อตับอักเสบซี (Past or presence HCV Infection)
- ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อประกอบด้วย 1) มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน หรือมีปัญหาถุงยางอนามัยแตกรั่ว หลุดระหว่างมีเพศสัมพันธ์กับคู่เพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (ได้แก่ผู้ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน คู่นอนชั่วคราว หญิงหรือชายให้บริการทางเพศ ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือซี หรือเอชไอวี หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ และเป็นชายมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับชายด้วยกัน), 2) มีประวัติฉีดยาเสพติด และใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น, 3) เป็นเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ, และ 4) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อฯ หรือผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ
- การติดเชื้อระยะเฉียบพลันในระยะที่เป็น seroconversion อาจยังไม่แสดงอาการของตับอักเสบ

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่พบผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อ ผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อตามชนิดของเชื้อไวรัสตับอักเสบ และทุกระยะการดำเนินโรค จนถึงเสียชีวิต

## 29.โรคตาแดงจากไวรัส (Viral conjunctivitis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการเยื่อบุตา แดง อักเสบ ปวดตา มีขี้ตา อาจจะมีจุดเลือดออกใต้เยื่อตาขาว และมักเป็นสองข้าง
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ตรวจระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส Adenovirus หรือ Enterovirus หรือ Coxsackie virus A24 ใน paired sera เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 4 เท่า (four-fold rising)
   - แยกเชื้อไวรัสได้จากสารคัดหลั่งที่เก็บจาก conjunctival swab

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

# 30.โรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika virus disease)

## ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง

ผู้ป่วยมี 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยทั่วไป ทารกที่มีศีรษะเล็ก และผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

1.1 ผู้ป่วยสงสัย หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีผื่น (maculopapular rash) ร่วมกับมีอาการอย่างน้อย 2 ใน 4 อาการ ดังนี้ ไข้ ปวดข้อ ตาแดง หรือปวดศีรษะ

1.2 ผู้ป่วยทั่วไป หมายถึง

- ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอาการดังนี้มีผื่น (maculopapular rash) ร่วมกับมีอาการอย่างน้อย 2 ใน 4 อาการ ดังนี้ ไข้ ปวดข้อ ตาแดง หรือปวดศีรษะ
- ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี
  - ผู้ป่วยรายเดียวที่พบทั้ง 3 อาการ ได้แก่ ไข้ ผื่น (maculopapular rash) และตาแดง หรือ
  - ผู้ป่วยกลุ่มก้อนตั้งแต่สองรายขึ้นไปที่มีอาการ ดังนี้
    - มีผื่น ร่วมกับอาการอย่างน้อย 1 ใน 3 อาการ ดังนี้ ไข้ ปวดข้อ ตาแดง หรือ
    - ไข้ ร่วมกับอาการอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการ ดังนี้ ปวดศีรษะ ปวดข้อ ตาแดง

    ใน 2 สัปดาห์ ในหมู่บ้าน ชุมชน โรงเรียน หรือที่ทำงานเดียวกัน หรือทำกิจกรรมในสถานที่เดียวกัน
- มีผื่น (maculopapular rash) ที่อาศัยอยู่หรือมีประวัติเดินทางเข้าไปในตำบลที่พบผู้ป่วยยืนยันและยังอยู่ในระยะเวลาควบคุมโรค

1.3 ทารกที่มีศีรษะเล็ก (Neonatal Microcephaly) และ/หรือ พบ brain calcification หมายถึง ทารกที่คลอดมาไม่เกิน 1 เดือน และวัดรอบศีรษะแล้วมีค่าความยาวเส้นรอบวงต่ำกว่า 3 Percentile ของค่าปกติในเพศและกลุ่มอายุครรภ์ของทารกนั้น (Fenton curve) โดยกุมารแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย และ/หรือ พบหินปูนในเนื้อสมอง (intracranial calcification) และมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

1.4 ผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain-Barre syndrome) ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทอักเสบอื่นๆ ภายหลังการติดเชื้อ หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการอักเสบเฉียบพลันของเส้นประสาทหลายๆ เส้นพร้อมกัน demyelinating polyradiculoneuropathy จนก่อให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน ซึ่งในรายที่รุนแรงอาจถึงขั้นเป็นอัมพาต และอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือผู้ที่มาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง 2 ข้าง อาจจะมีชาหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้อาจจะหายใจไม่ได้เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้น โดยแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยและมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

ในกรณีที่ผู้ป่วย GBS มีอาการ Acute Flaccid Paralysis ร่วมด้วยให้ดำเนินการเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจโปลิโอ ตามโครงการกวาดล้างโรคโปลิโอนั้น เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของการเฝ้าระวังหาเชื้อที่เป็นสาเหตุของกลุ่มอาการดังกล่าว

ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่เข้าเกณฑ์ทางคลินิกใน 4 กลุ่ม ที่ไม่ได้เก็บตัวอย่างส่งตรวจหรือเก็บในเวลาที่ไม่เหมาะสม และมีผลการตรวจ IgM หัด, หัดเยอรมัน ให้ผลลบ

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่เข้าเกณฑ์ทางคลินิกใน 4 กลุ่ม ที่ไม่ได้เก็บตัวอย่างส่งตรวจหรือเก็บในเวลาที่ไม่เหมาะสม ร่วมกับมีผลการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ (เช่น มีวันเริ่มป่วย ภายใน 2 สัปดาห์ ก่อนหรือหลัง วันเริ่มป่วยของผู้ป่วยยืนยันและอยู่ในหมู่บ้าน ชุมชน โรงเรียน หรือที่ทำงานเดียวกัน หรือทำกิจกรรมในสถานที่เดียวกัน)

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่เข้าเกณฑ์ทางคลินิกใน 4 กลุ่ม และผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- ตรวจพบสารพันธุกรรมของไวรัสซิกา โดยวิธี RT-PCR หรือ
- ผู้ป่วยทารกศีรษะเล็ก (อายุไม่เกิน 1 เดือน) ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด ZIKV IgM โดยวิธี ELISA

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 31. โรคติดเชื้อสเตร็ปโตคอคคัสซูอิส (Streptococcus suis infection)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการไข้สูงเฉียบพลัน (มากกว่า 38 องศาเซลเซียส) โดยหลังจากซักประวัติการเจ็บป่วยและตรวจร่างกายแล้วไม่สามารถอธิบายสาเหตุของไข้ได้ ร่วมกับมีประวัติเสี่ยง คือ สัมผัส (เช่น เลี้ยงหมู และชำแหละหมู) หรือรับประทานหมูหรือเลือดหมูดิบภายใน 1 สัปดาห์

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคติดเชื้อสเตร็ปโตคอคคัสซูอิสและมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยยืนยัน

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคไข้หูดับและมีผลการทางห้องปฏิบัติการยืนยัน พบเชื้อ Streptococcus suis

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 32. โรคเท้าช้าง (Elephantiasis Lymphatic Filariais)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ ร่วมกับอาการปวด บวม แดงร้อน บริเวณต่อมและท่อทางเดินน้ำเหลือง อาจมีหรือไม่มีอวัยวะบวม โต เช่น แขน ขา อวัยวะเพศ ก็ได้
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัย ร่วมกับการมีประวัติอยู่ในพื้นที่ๆ มีโรคเท้าช้างเป็นโรคประจำถิ่น (endemic area)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยและมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ตรวจหาเชื้อ microfilaria ในกระแสโลหิต โดยวิธี thick film technique ส่วนใหญ่ต้องเจาะเลือดตั้งแต่ 20.00 - 24.00 น.
   - ตรวจหาแอนติเจนของเชื้อ W. bancrofti โดยวิธี Immunochromatographic test (ICT)
   - Polymerase Chain Reaction (PCR) เพื่อตรวจสอบเชื้อพยาธิโรคเท้าช้าง W. bancrofti และ B. malayi ในเลือด โดยการเพิ่มจำนวนสารพันธุกรรม DNA ที่จำเพาะ โดยการทำปฏิกิริยาลูกโซ่โพลีเมอร์เรส
4. ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic carrier) หมายถึงผู้ที่ไม่มีอาการ และมีผลตามเกณฑ์ห้องปฏิบัติการ

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

เนื่องจากโรคนี้มีอุบัติการณ์ต่ำและอาจมีการนำเข้าจากแรงงานต่างชาติ จึงให้รายงานทั้งผู้ป่วยที่เข้าข่าย ผู้ป่วยที่ยืนยันผล และผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการด้วย เพื่อการควบคุมป้องกันโรคต่อไป

## 33. โรคบรูเซลโลสิส (Brucellosis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้สูงหรือไข้เป็นๆ หายๆ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย เหงื่อออกมากตอนกลางคืน ร่วมกับอาการอื่นๆ อย่างน้อยหนึ่งอาการ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดข้อ หรือปวดหลัง อ่อนเพลียมาก น้ำหนักลด อัณฑะบวม/โต แดง และมีประวัติบริโภคเนื้อหรือน้ำนมของสัตว์ที่ไม่ผ่านความร้อนอย่างถูกวิธี หรือมีประวัติสัมผัสกับสัตว์ติดโรค เช่น โค กระบือ แพะ แกะ สุกร สุนัข
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ผลการเพาะเชื้อจากเลือด น้ำไขสันหลัง หนอง พบเชื้อ Brucella spp.
   - ELISA test for brucellosis ให้ผลบวก
   - PCR ให้ผลบวก

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

# 34. โรคบิด (Dysentery)

## กรณีโรคบิดจากเชื้อชิเกลลา (Shigellosis dysentery หรือ Bacillary dysentery)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้สูง (เกิน 38.5 ˚C) ถ่ายเป็นน้ำ และ/หรือ ตามด้วยถ่ายเป็นมูกเลือด อาจร่วมกับอาการอื่นๆ ดังนี้
   - ปวดเบ่ง (เหมือนถ่ายไม่สุด) ถ่ายกระปริดกระปรอย
   - คลื่นไส้ อาเจียน
   - ในเด็ก อาจมีชักร่วมด้วย
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับการตรวจอุจจาระพบ WBC >20 cells/HPF
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับเพาะเชื้อจากอุจจาระ หรือ rectal swab พบเชื้อ Shigella spp. (Group A หรือ B หรือ C หรือ D)

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

<u>หมายเหตุ</u> ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์ทางคลินิกของบิดชิเกลโลซิสและบิดอมีบา หรือไม่ได้ตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือตรวจไม่พบเชื้อสาเหตุทั้งบิดชิเกลโลซิสและบิดอมีบา แต่มีอาการถ่ายเป็นมูกเลือด ให้รายงานเป็นบิดไม่จำเพาะไปก่อน แต่ให้พยายามตรวจหาเชื้อตัวอื่นต่อไป

## กรณีโรคบิดอมีบา (Amoebic Dysentery หรือ Amoebiasis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย (ไม่มี)
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ที่มีอาการถ่ายเหลวมากกว่า 2 สัปดาห์ หรือถ่ายเป็นมูกปนเลือด (มีกลิ่นเหม็นรุนแรงคล้ายหัวกุ้งเน่า) โดยไม่พบสาเหตุอื่น ร่วมกับอาการอย่างน้อย 1 อาการ ดังต่อไปนี้
   - ไข้
   - ปวดเบ่ง (เหมือนถ่ายไม่สุด)
   - ถ่ายกระปริดกระปรอย
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าข่าย ร่วมกับมีผลการตรวจข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ตรวจอุจจาระสดพบ trophozoites form ของ Entamoebahistolytica หรือ
   - ทำ sigmoidoscope หรือ proctoscope เพื่อดูรอยโรค และเก็บอุจจาระสด ตรวจพบ trophozoites ของ Entamoebahistolytica

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

## กรณีโรคบิดไม่จำเพาะ (Non-specific dysentery)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่ถ่ายเป็นน้ำ หรือมูกปนเลือด ร่วมกับอาการอย่างน้อย 1 อาการ ดังต่อไปนี้
   - ไข้
   - ปวดท้องทั่วไป โดยเฉพาะบริเวณตรงกลาง หรือปวดมากที่บริเวณท้องน้อยด้านขวา (right iliac fossa)
   - อาเจียนมาก
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับ
   - การตรวจทั่วไป ตรวจอุจจาระพบ WBC >20 cells/HPF
   - การตรวจจำเพาะ ตรวจอุจจาระสดไม่พบ cyst หรือ trophozoite ของ Entamoebahistolytica หรือเพาะเชื้อจากอุจจาระไม่พบเชื้อ Shigella spp. หรือตรวจพบเชื้ออื่นๆ

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัย หากตรวจพบเชื้ออื่นๆ ให้รายงานในช่องอื่นๆ

## 35. โรคปอดอักเสบ (Pneumonitis หรือ Pneumonia)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ร่วมกับไอ และหายใจเร็วหอบเหนื่อย ตรวจร่างกายพบมีเสียง crepitation ในปอด หรือเสียง bronchial breath sound
   - โรคปอดอักเสบในเด็กอายุ 2 เดือน - 5 ปี แบ่งเกณฑ์ทางคลินิกเป็น 3 ระดับดังนี้
     - โรคปอดอักเสบไม่รุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการไอร่วมกับหายใจหอบเร็วกว่าปกติ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้
       อายุ 2 เดือน - 1 ปี หายใจมากกว่า 50 ครั้ง/นาที
       อายุ 1 ปี - 5 ปี หายใจมากกว่า 40 ครั้ง/นาที
     - โรคปอดอักเสบรุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการไออาจมีหายใจเร็วหรือไม่มีแต่มีชายโครงบุ๋มเวลาหายใจเข้า
   - ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน ผู้ป่วยจะหายใจเร็วมากกว่า 60 ครั้ง/นาทีหรือมีชายโครงบุ๋มมากถือว่าเป็นชนิดรุนแรง
   - สำหรับผู้ป่วยอายุมากกว่า 5 ปี อาการหายใจเร็ว ได้แก่ หายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาที และอาการหายใจหอบเหนื่อย คือ หายใจมีชายโครงบุ๋ม ซีดหรือเขียว
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ให้ผลบวกต่อเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส ได้แก่ เสมหะ tracheal suction nasopharyngeal swab น้ำจากช่องเยื่อหุ้มปอด หรือเลือด
   - ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อก่อโรคทางเดินหายใจด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) จากตัวอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ให้ผลบวกต่อเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส ได้แก่ เสมหะ tracheal suction nasopharyngeal swab น้ำจากช่องเยื่อหุ้มปอด หรือเลือด
   - ตรวจพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อในซีรั่มอย่างน้อย 4 เท่า ในระยะเฉียบพลันและระยะพักฟื้น

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 36. โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ปวดศีรษะ ชา เจ็บเสียวบริเวณแผลที่ถูกสัตว์กัดรวมทั้งบริเวณใกล้เคียงเป็นอาการนำ รวมทั้งมีอาการคันอย่างรุนแรงบริเวณแผลที่ถูกกัดหรือตามลำตัว และอาการกลืนลำบาก ถ่มน้ำลาย ร่วมกับอาการอื่นๆ อย่างน้อยหนึ่งอาการ ได้แก่ มีอาการกลัวน้ำ กลัวลม พบ Myoedema หรือมีอาการอัมพาตของแขน ขา อย่างชัดเจน
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับการมีประวัติคลุกคลีหรือถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด ข่วน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - การตรวจหาแอนติเจนโดยวิธีอิมมูโนฟลูออเรสเซนต์ (FAT) ให้ผลบวก
   - การแยกเชื้อไวรัสโดยการฉีดเข้าสมองหนูเซลล์เพาะเลี้ยง ให้ผลบวก
   - การตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันโดย Mouse Neutralization Test (MNT), Rapid Fluorescent Focus Inhibition Test (RFFIT) ให้ผลบวก
   - การตรวจสารพันธุกรรมโดยวิธี PCR/Nested PCR ให้ผลบวก

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

## 37. โรคมือเท้าปาก (Hand Foot and Mouth disease)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ มีอาการไข้ มีแผลเปื่อยหลายแผลในปาก และมีอาการเจ็บร่วมกับมีตุ่มน้ำพองขนาดเล็กที่ฝ่ามือ นิ้วมือ ฝ่าเท้า และบางครั้งอาจมีปรากฏที่ก้น
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมไวรัสเอนเตอโรหรือผลการตรวจซีรั่มคู่ต่างกันอย่างน้อย 4 เท่า ของระดับแอนติบอดีต่อไวรัสเอนเตอโร

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

## 38. โรคเรื้อน (Leprosy)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการและอาการแสดงดังนี้
   - 1.1 อาการและอาการแสดงที่สงสัยโรคเรื้อน
     - 1.1.1 โรคผิวหนังเรื้อรังที่เป็นมานานกว่า 3 เดือน ไม่คัน รักษาด้วยยากินหรือยาทาไม่ดีขึ้น
     - 1.1.2 วงแบนราบสีจางหรือเข้มกว่าผิวหนังปกติ วงขอบนูนแดง มีอาการชา ผิวแห้ง เหงื่อไม่ออก ขนร่วงไม่คัน
     - 1.1.3 ผื่นนูนแดง ตุ่มผิวอิ่มฉ่ำเป็นมันเลื่อม ไม่คัน หูหนา
     - 1.1.4 ตุ่มแดงกดเจ็บตามใบหน้า แขน ขา ลำตัว
     - 1.1.5 มีอาการบวมที่หน้ามือ เท้า
     - 1.1.6 ฝ่ามือ ฝ่าเท้าชา
     - 1.1.7 เจ็บหรือกดเจ็บบริเวณเส้นประสาทที่ข้อศอก ข้อพับขา
     - 1.1.8 กล้ามเนื้อตา มือ เท้า อ่อนแรง ลีบ นิ้วงอกุด ข้อมือ/ข้อเท้าตก หลับตาไม่สนิท
     - 1.1.9 แผลเรื้อรังที่ฝ่าเท้า
   - 1.2 อาการแสดงสำคัญ (Cardinal signs) ของโรคเรื้อนคือ
     - 1.2.1 ตรวจพบรอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน
     - 1.2.2 ตรวจพบอาการชาข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
       - ชาที่รอยโรคผิวหนังโดยจะใช้ควบคู่กับการตรวจพบรอยโรคที่ผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน (ข้อ 1.2.1)

- ชาบริเวณที่รับความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายที่ถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน ได้แก่ ที่บริเวณตา มือ เท้า ซึ่งจะต้องใช้ควบคู่กับการตรวจพบเส้นประสาทโตที่มาเลี้ยงบริเวณที่ตรวจพบอาการชา (ข้อ 1.2.3)

1.2.3 ตรวจพบเส้นประสาทโตจากการคลำบริเวณเส้นประสาทที่อยู่ตื้นๆ เช่น บริเวณคอ ข้อศอก ข้อพับขา หรือข้อเท้า เป็นต้น

1.2.4 ตรวจพบเชื้อรูปแท่งติดสีทนกรด (Acid fast bacilli) จากการกรีดผิวหนัง (Slit skin smear)

หากพบอาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อจาก 3 ข้อแรก (ข้อ 1.2.1 - 1.2.3) หรือพบข้อ 1.2.4 เพียงข้อเดียว ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัย ร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่มีผลการตรวจวินิจฉัยยืนยันโรคเรื้อน

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับอาการแสดงสำคัญ (Cardinal signs) ของโรคเรื้อน โดยมีการจำแนกผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็น 2 ประเภท เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนการรักษาและการดำเนินงานควบคุมโรค ดังนี้

3.1 ประเภทเชื้อน้อย (Paucibacillary leprosy : PB) คือผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ และมีรอยโรค 1 - 5 แห่ง หรือมีรอยโรคมากกว่า 5 แห่ง แต่กระจายข้างเดียวของร่างกาย

3.2 ประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy : MB) คือ ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อทุกราย หรือผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ แต่มีรอยโรคมากกว่า 5 แห่ง และกระจาย 2 ข้างของร่างกาย

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่ยืนยันผล

## 39. โรคลิชมาเนีย (Leishmaniasis)

### กรณีโรคลิชมาเนียชนิดเกิดแผลที่ผิวหนัง

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีแผลลักษณะเป็นแผลแดงตื้น ขอบเขตชัดเจน ขอบแผลยกตรงกลางแผลมี granulation tissue (โดยแผลจะเป็นตรงที่ริ้นฝอยทรายซึ่งเป็นพาหะนำโรคกัด รอยโรคเริ่มต้นจากมีตุ่มเล็กแดงกลมแข็ง ต่อมาตุ่มนี้มีขนาดใหญ่ขึ้น มีสะเก็ดน้ำเหลืองปกคลุมแตกออกเกิดเป็นแผลที่ขยายขนาดอย่างช้าๆ แผลแดงตื้นขอบเขตชัดเจน โดยแผลอาจเป็นจุดเดียว หรือเป็นหลายจุด และอาจเกิดขึ้นที่เยื่อบุต่างๆ เช่น เยื่อบุช่องปาก จมูก เป็นต้น

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)

## กรณีโรคลิชมาเนียชนิดก่อเกิดสภาพอวัยวะภายใน

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้เรื้อรังเป็นๆ หายๆ (Intermittent fever; chronically) ร่วมกับอาการต่อไปนี้ น้ำหนักลดอย่างต่อเนื่อง (Progressive weight loss) ร่วมกับซีด (Pale) ม้ามโต (Splenomegaly) และตับโต (Hepatomegaly) มีเลือดออกได้ง่าย (Bleeding tendency) เช่น เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน ต่อมน้ำเหลืองโต (Lymphadenopathy) ผิวหนังสีคล้ำขึ้น (Hyperpigmented skin) อ่อนเพลีย (Fatigue)
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยลิชมาเนียชนิดเกิดแผลที่ผิวหนัง หรืออวัยวะภายในร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
    - การแสดงและคัดแยกเชื้อลิชมาเนีย (Demonstration &Isolation parasites) โดยการดูผ่านกล้องจุลทรรศน์ (Microscopicexamination) จากตัวอย่าง skin biopsy, skin aspiration, skin scraping, bone marrow aspiration, bone marrow biopsy, lymph node aspiration หรือ biopsy
    - ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้นพบเชื้อ Leishmania
    - ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อ Leishmania จากตัวอย่างข้างต้น
    - ตรวจพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อในซีรั่มอย่างน้อย 4 เท่า ในระยะเฉียบพลันและระยะพักฟื้น

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยยืนยัน

## 40.โรคเลปโตสไปโรสิส (Leptospirosis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้สูง หนาวสั่น และปวดศีรษะรุนแรง ร่วมกับอาการอื่นๆ อย่างน้อยหนึ่งอาการ ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อรุนแรง หรือกดเจ็บตามกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง ตาแดง (หลอดเลือดแดงแผ่ซ่านเป็นตาข่าย suffusion conjunctivitis หรือมีเลือดออก) อาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท เช่น คอแข็ง ความรู้สึกตัวผิดปกติ เป็นต้น ไอแห้งหรือไอมีเสมหะปนเลือด ไตวาย การหายใจล้มเหลว เลือดออกผิดปกติตามอวัยวะต่างๆ เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ ไอเป็นเลือดสด อาการดีซ่าน ความดันโลหิตต่ำ โดยไม่ทราบสาเหตุ และมีประวัติสัมผัสกับน้ำพื้นที่ชื้นแฉะ หรือสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนสิ่งขับถ่ายของสัตว์ แม้ว่าจะไม่ได้เจาะเลือดผู้ป่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือถ้าหากเจาะเลือด

ผู้ป่วยในขณะแรกรับ แล้วนำไปตรวจ Screening test แล้วให้ผลลบ และไม่สามารถติดตามเจาะเลือดผู้ป่วยครั้งที่สอง (10 - 14 วัน หลังจากเจาะครั้งแรก) ส่งตรวจได้ ก็ให้รายงานเป็นผู้ป่วยที่สงสัย

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - เพาะเชื้อจากเลือด หรือน้ำไขสันหลัง หรือปัสสาวะพบเชื้อ Leptospira spp.
   - ตรวจ Microscopic agglutination test (MAT) ตรวจครั้งเดียว >1: 400 หรือตรวจเลือดคู่ (paired sera) พบ four-fold rising
   - ตรวจ Immunofluorescent antibody test (IFA) ตรวจครั้งเดียว IgM >1: 400 หรือตรวจเลือดคู่ (paired sera) พบ four-fold rising ของ IgM หรือ IgG
   - การตรวจสารพันธุกรรมโดยวิธี PCR/Nested PCR ให้ผลบวก
   - ตรวจ Screening test ให้ผลบวก

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 41. โรคสครับไทฟัส (Scrub typhus)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ มีแผลเหมือนถูกบุหรี่จี้ (eschar) มีประวัติเข้าไปในพื้นที่เสี่ยง ร่วมกับอาการอื่นๆ อย่างน้อย 2 อาการ ดังนี้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัว ปวดกระบอกตา ตาแดง ไอแห้ง มีผื่นลักษณะเป็นตุ่มนูนสีแดง ต่อมน้ำเหลืองใกล้แผลโตและเจ็บ บางรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการซึม สมองอักเสบ ปอดบวม ตัวและตาเหลือง

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีประวัติเที่ยวหรือเข้าไปในทุ่งหญ้าหรือในป่า 6 - 21 วัน ก่อนมีอาการ

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อริคเกตเซียพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ตรวจด้วยวิธี Immunofluorescent antibody test (IFA) ตรวจครั้งเดียว IgM หรือ IgG >1: 400 หรือตรวจน้ำเหลืองคู่ (paired sera) พบระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 4 เท่า (four-fold rising)
   - ตรวจด้วยวิธี Indirect Immuno Peroxidase Test (IIP) แปลผลเช่นเดียวกับวิธี IFA
   - ตรวจด้วยวิธี Weil Felix to OX-K ให้ผลบวกเมื่อ titer ≥ 1:320

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 42. โรคสุกใส หรืออีสุกอีใส (Varicella, Chickenpox)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ ร่วมกับผื่น/ตุ่มที่มีหลายระยะ
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ผู้ป่วยที่สงสัยและผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งข้อดังต่อไปนี้
   - Tzanck Smear โดยการเจาะตุ่มน้ำ แล้วขูดพื้นหรือฐานของตุ่มน้ำ (Basement of vesicle) จะพบ multinucleate giant cell (มีความไวน้อยกว่าร้อยละ 60)
   - ตรวจน้ำเหลืองคู่ หาระดับ Neutralizing antibody titer ต่อ Varicella Zoster Virus (VZV) ≥ 4 เท่า ถือว่าเป็นบวก
   - เจาะเลือดตรวจ Varicella IgM ด้วยวิธี ELISA

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 43. โรคอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (Acute Flaccid Paralysis : AFP)

### ✚ นิยามการรายงาน

ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มีอาการดังนี้

- มีอาการอ่อนแรงของขา หรือแขน หรือทั้งแขนและขา ข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ซึ่งอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (Acute onset) ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บรุนแรง (trauma) ซึ่งนำไปสู่อาการอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนแรง
- มีการบันทึกผลการตรวจร่างกายของแพทย์ ยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง motor power ลดลงต่ำกว่า gradeV และมี Deep tendon reflex น้อยกว่าปกติ คือ 0 ถึง 1+

### ✚ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ผู้ป่วย AFP ทุกรายต้องเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาเชื้อโปลิโอ โดยเก็บ 2 ตัวอย่าง ภายใน 14 วัน
- ติดตามผู้ป่วยว่ามีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลงเหลืออยู่หรือไม่ เมื่อครบ 30 วัน และ 60 วัน

### ✚ การรายงาน

- รายงาน Zero report ทุกสัปดาห์
- เมื่อพบผู้ป่วยรายงานทันที หรือภายใน 24 ชั่วโมง
- รายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

## 44.โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการถ่ายอุจจาระเหลวอย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง หรือถ่ายเป็นน้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง อาจร่วมกับอาการอาเจียน อาการขาดน้ำ
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสที่เป็นสาเหตุของการถ่ายอุจจาระร่วง

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 45.โรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome : AIDS)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ที่สงสัยติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยยังไม่มีผลตรวจเลือดยืนยันการติดเชื้อ ร่วมกับมีอาการหรืออาการแสดงกรณีใดกรณีหนึ่งต่อไปนี้
   - มีอาการของการติดเชื้อระยะเฉียบพลัน (Acute HIV infection) คือ มีอาการ flu-like syndrome ได้แก่ ไข้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ มีผื่น หรือต่อมน้ำเหลืองโต ภายใน 2 - 6 สัปดาห์หลังมีประวัติเสี่ยง
   - มีอาการแสดงในระยะ WHO stage 1 หรือ 2 ของการติดเชื้อเอชไอวี ตามคำจำกัดความระยะการดำเนินโรคขององค์การอนามัยโลก
2. ผู้ที่เข้าข่ายติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ประกอบด้วย
   - เข้าข่ายติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่มีผลคัดกรองการติดเชื้อเป็นบวก โดยยังไม่ได้รับการยืนยันผลตามแนวทางมาตรฐาน
   - เข้าข่ายโรคเอดส์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย AIDS defining illnesses (หรือระยะ WHO stage 3 และ 4) หรือมีผล CD4 <500 cells/mm ในผู้มีอายุ 5 ปีขึ้นไป หรือ CD4 <25% ในเด็กอายุน้อยกว่า <5 ปี โดยไม่มีผลยืนยันโดยไม่มีผลยืนยันการติดเชื้อฯ และไม่สามารถอธิบายสาเหตุจากโรคหรือภาวะอื่นได้

3. ผู้ที่ยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ หมายถึง ผู้ที่เข้าข่ายฯ ในข้อ 2 ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อ กรณีใดกรณีหนึ่งต่อไปนี้

- ผล reactive จากชุดตรวจ HIV Ag/Ab ที่มีการยืนยันผลตรวจครบตามแนวทางมาตรฐานการวินิจฉัยของประเทศ ในกลุ่มผู้ใหญ่และเด็กอายุ ≥ 24 เดือน หรือในเด็กอายุ <24 เดือน ที่มารดามีผล HIV nonreactive
- Positive HIV virologic test ได้แก่ Qualitative testing (NAT DNA, DNA PCR) หรือ Quantitative HIV (viral load assay) ทุกกลุ่มอายุไม่รวมเลือดที่ตรวจจากสายรก
- พบเชื้อหรือส่วนประกอบของเชื้อจากการตรวจพิเศษอื่นๆ ได้แก่ P24 Antigen, HIV isolation (viral culture) หรือ HIV nucleotide sequence (genotype)

หมายเหตุ

- ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อประกอบด้วย 1) มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน หรือมีปัญหาถุงยางอนามัยแตกรั่ว หลุดระหว่างมีเพศสัมพันธ์กับคู่เพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ผู้ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน คู่นอนชั่วคราว หญิงหรือชายให้บริการทางเพศ ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อเอชไอวี หรือติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับชายด้วยกัน), ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น หรือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อฯ หรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ
- WHO Case Definitions of HIV for Surveillance and Revised Clinical Staging and Immunological Classification of HIV-Related Disease in Adults and Children; 2007
- AIDS defining illnesses 28 โรค ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเอดส์สำนักระบาดวิทยา (2014 CDC Classification for AIDS หรือ Nocardiosis, Penicilliosis และ Rhodococcosis

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์

ให้รายงานตั้งแต่พบผู้ป่วยที่สงสัย ผู้ที่เข้าข่ายการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ และผู้ที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีในทุกระยะการดำเนินโรคตั้งแต่ไม่มีอาการ จนถึงระยะเอดส์ และเสียชีวิต

## 46.โรคแอนแทรกซ์(Anthrax)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการและอาการแสดง ดังต่อไปนี้
   - Cutaneous Anthrax มีตุ่มใสแล้วเปลี่ยนเป็นตุ่มหนองตามผิวหนังและแตกเป็นแผลตรงกลางบุ๋มสีดำ (Black eschar) คล้ายบุหรี่จี้ รอบๆ แผลจะบวมแดงแต่ไม่เจ็บ ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะเกิดตุ่มใหม่รอบๆ แผล ตุ่มหนอง หรือแผลจะขยายวงกว้างออกไป มักพบนอกร่มผ้า เช่น มือ แขน ขา

- Intestinal Anthrax ปวดท้องคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องเสีย มีไข้ หรือต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณลำคอบวม และลามไปถึงใบหน้า ในรายที่รุนแรงอาจมีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ตรวจพบมีน้ำในช่องท้อง (ascites)
- Pulmonary Anthrax มีไข้ ไอแห้ง เจ็บหน้าอก หายใจขัด หายใจลำบาก บางรายอาจมีอาการของเยื่อหุ้มสมองอักเสบแล้วเสียชีวิต

ร่วมกับประวัติเสี่ยงหรือการสัมผัสโรคข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- มีประวัติสัมผัสกับสัตว์ที่ป่วยหรือตายด้วยโรคนี้ภายใน 7 วันก่อนเริ่มมีอาการ
- มีประวัติการกินเนื้อสัตว์ชนิดดิบๆ สุกๆ ของสัตว์ที่ป่วยหรือตายด้วยโรคนี้ภายใน 7 วันก่อนเริ่มมีอาการ
- หายใจเอาสปอร์ของเชื้อเข้าไป จากการประกอบอาชีพในโรงงานทำผลิตภัณฑ์กระดูกป่น ขนสัตว์ ห้องปฏิบัติการหรืออาจเกิดจากการใช้สปอร์ของแอนแทรกซ์เป็นอาวุธชีวภาพ

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ย้อมสีแกรมจากสิ่งส่งตรวจติดสีแกรมบวก พบเชื้อ Bacillus anthracis รูปสี่เหลี่ยม เป็นแท่งติดกันคล้ายปล้องไม้ไผ่ 3 - 5 แท่ง หรือพบสปอร์โดยการย้อมด้วยสี Methylene Blue
   - เพาะเชื้อจากจากแผล หรืออุจจาระพบเชื้อ Bacillus anthracis

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 47. โลนที่อวัยวะเพศ (Pediculosis Pubis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย ไม่มี
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย ไม่มี
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* หรือมีประวัติเพศสัมพันธ์ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น คันบริเวณหัวเหน่าและอวัยวะเพศ ตรวจร่างกายพบรอยโรคลักษณะตุ่มแดงคันกระจายอยู่บริเวณร่มผ้าและมักมีรอยเกา อาจเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนร่วมด้วย และเห็นตัวโลนเกาะที่โคนขนและอาจพบไข่ ร่วมกับมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ โดยตรวจพบตัวโลนจากการดูด้วยกล้องจุลทรรศน์

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่ยืนยันผล

## 48.วัณโรค (Tuberculosis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ที่น่าจะเป็นวัณโรค (Presumptive TB) หมายถึง ผู้ที่มีอาการหรืออาการแสดงเข้าได้กับวัณโรค เช่น ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์ ไอเป็นเลือด น้ำหนักลดผิดปกติ มีไข้ เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน เป็นต้น

2. ผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Latent TB infection) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกาย แต่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสามารถต่อสู้กับเชื้อ สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อโรควัณโรคได้ ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ และไม่สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้

3. ผู้ป่วยวัณโรค (TB Disease) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกาย แต่ภูมิคุ้มกันไม่สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ เกิดพยาธิสภาพที่ทำให้ป่วยเป็นโรควัณโรค อาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้

### ✚ การจำแนกตามผลการตรวจทางแบคทีเรีย

(1) ผู้ป่วยที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรค (bacteriologically confirmed TB case : B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีสิ่งส่งตรวจ (specimen) ผลพบเชื้อ โดยวิธี smear microscopy หรือ culture หรือวิธีการอื่นๆ ที่ WHO รับรอง เช่น Xpert MTB/RIF, Line probe assay, TB-LAMP เป็นต้น

(2) ผู้ป่วยที่มีผลตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค (clinically diagnosed TB case: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีสิ่งส่งตรวจผลไม่พบเชื้อ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการเอกซเรย์หรือผลการตรวจชิ้นเนื้อ (histology) ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับอาการแสดงทางคลินิก และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค

## 49.ไวรัสตับอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ (Hepatitis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้เฉียบพลัน ครั่นเนื้อครั่นตัว คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด และจุกแน่นบริเวณใต้ชายโครงขวา ต่อมาจะมีปัสสาวะสีเข้ม ร่างกายและตาเหลือง โดยไม่มีประวัติได้รับยาหรือสารพิษที่เป็นสาเหตุของตับอักเสบเฉียบพลัน

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบค่า SGPT (ALT) ในน้ำเหลืองมากกว่า 100 U/L

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบ Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, Hepatitis D, Hepatitis E

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยที่สงสัยและผู้ป่วยที่เข้าข่ายเป็นไวรัสตับอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ (Hepatitis) ส่วนผู้ป่วยที่ยืนยันผลให้รายงานเป็นไวรัสตับอักเสบชนิดต่างๆ

# 50. หนองใน (Gonorrhea)

## ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- หนองหรือมูกหนองจากท่อปัสสาวะ ปัสสาวะแสบขัด
- ตกขาวเป็นหนอง หรือมูกปนหนอง
- ปวดเบ่งคันรอบทวารหนัก มี discharge เป็นมูกปนหนอง
- มีประวัติใช้ช่องปากและ/หรือทวารหนักรับการสอดใส่โดยไม่ป้องกันกับคู่ที่ตรวจพบเป็นโรคหนองในที่ท่อปัสสาวะ

หรือมีอาการแสดงของการอักเสบและ/หรือฝีในอวัยวะต่าง ๆ ของระบบทางเดินปัสสาวะหรือระบบสืบพันธุ์อย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- Para urethral duct abscess
- Tyson's gland abscess
- Periurethral abscess
- Cowper's gland abscess
- Epididymitis
- Epididymo-orchitis
- Bartholin gland abscess
- Pelviperitonitis

หรือมีไข้และอาการหรืออาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- มีจุดเลือดออก (petechiae)
- ตุ่มหนอง (pustule) ที่ผิวหนัง
- ปวดข้อ (arthralgia)
- ข้ออักเสบติดเชื้อ (septic arthritis)
- เอ็นรอบข้ออักเสบ (tenosynovitis)
- Meningitis
- Endocarditis

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยร่วมกับ
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

- Gram stain ของมูกหนอง หรือสิ่งที่เก็บจากท่อปัสสาวะหรือปากมดลูก ทอนซิล ฟาริงซ์ หรือทวารหนัก พบ Gram negative intracellular diplococcic (GNID)
- Gram stain ของน้ำที่ดูดจากข้อ (synovial fluid) หรือน้ำไขสันหลัง (cerebrospinal fluid) พบ GNID

หรือมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยหนองในที่ยืนยันผล หรือมีประวัติมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยหนองใน

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึงผู้ป่วยสงสัยร่วมกับ
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

- พบเชื้อหรือผลบวกต่อ Neisseria gonorrhoeae ในมูกหนอง หรือสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากท่อปัสสาวะ หรือปากมดลูก ทอนซิล ฟาริงซ์ หรือทวารหนัก (หนองในที่ไม่มีหรือมีภาวะแทรกซ้อน) จากน้ำที่ดูดจากข้อ (synovial fluid) หรือน้ำไขสันหลัง (cerebrospinal fluid) หรือเลือด (hemoculture) (หนองในที่มีภาวะแทรกซ้อนแพร่กระจาย) ด้วยการตรวจวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้
  - เพาะเชื้อใน modified Thayer Martin media หรือ media อื่นๆ ที่สามารถเพาะเชื้อ N.gonorrhoeae
  - Nucleic acid hybridization test เช่น gen-probe
  - Nucleic acid amplification test เช่น PCR หรือ LCR หรือ TMA

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 51. หนองในเทียม (Non Gonococcal Urethritis : NGU)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* ร่วมกับมีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- มีมูกใส หรือมูกขุ่นจากท่อปัสสาวะ
- มูก หรือมูกหนองจากปากมดลูก
- มีปัสสาวะแสบขัด หรือคันในท่อปัสสาวะ
- มีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหนองในเทียม โดยไม่ได้ป้องกัน

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยร่วมกับ
ผลตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้โดยไม่พบ GNID และ/หรือการติดเชื้อ N.gonorrhoeae

- Gram stain จากมูกหรือสิ่งที่เก็บจากท่อปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาว PMN >5 ตัว/oil field (กำลังขยาย 1,000 เท่า)
- Gram stain จากมูกหรือสิ่งที่เก็บจากช่องทวารหนักพบเม็ดเลือดขาว PMN >1 ตัว/oil field (กำลังขยาย 1,000 เท่า)
- First void urine 10 - 15 cc. นำไปปั่นด้วยเครื่องปั่นตกตะกอนปัสสาวะนำตะกอนมาตรวจวิเคราะห์ด้วยกล้องจุลทรรศน์พบ WBC (PMNL) >10 ตัว/กำลังขยาย 400
- จุ่มแถบน้ำยาสำเร็จรูปที่มีแถบอ่าน leukocyte esterase ในfirst void urine 10 - 15 cc. ให้ผลบวก

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึงผู้ป่วยสงสัยร่วมกับ
   - ผลตรวจพบเชื้อหรือผลบวกต่อ Chlamydia trachomatis ในมูกหนอง หรือสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากท่อปัสสาวะหรือปากมดลูก ทอนซิล ฟาริงซ์(คอหอย) หรือทวารหนัก ด้วยการตรวจวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้
     - เพาะเชื้อในเซลเลี้ยงเชื้อ เช่น Mccoy cell
     - Nucleic acid hybridization test เช่น gen-probe
     - Nucleic acid amplification test เช่น PCR หรือ LCR หรือ TMA

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 52. หูดข้าวสุก (Genital Molluscum Contagiosum)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์*หรือมีประวัติเพศสัมพันธ์ร่วมกับมีตุ่มรูปโดม ผิวเรียบ เม็ดเล็กๆ มีสีขาว เมื่อตุ่มโตขึ้นจะเห็นรอยบุ๋มตรงกลาง (umbilicated center) ขนาดตุ่มประมาณ 2 - 5 มม. ในเด็กโรคนี้ติดต่อกันโดยการสัมผัสทางผิวหนัง ตุ่มเกิดขึ้นที่หน้า ลำตัว และแขนขา ในผู้ใหญ่ติดต่อกันโดยการสัมผัสทางเพศเป็นส่วนใหญ่ ตุ่มเกิดที่อวัยวะเพศใช้เข็มฉีดยาสะกิดบริเวณตุ่มแล้วบีบออก จะได้เนื้อหูดสีขาวที่อยู่ภายใน
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย ไม่มี
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยร่วมกับนำเนื้อหูดสีขาวมาย้อม Giemsa พบ intracytoplasmicmolluscum inclusion bodies

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัยหากรักษาหายแล้วกลับเป็นโรคซ้ำใหม่ ไม่ต้องรายงาน

## 53. หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก (CondylomaAcuminata หรือ Venereal Warts)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* ร่วมกับพบรอยโรคบริเวณอวัยวะเพศ หรือทวารหนัก เป็นก้อนหรือติ่งเนื้อ ลักษณะผิวอาจเรียบหรือขรุขระ สีอาจจะสีชมพู สีน้ำตาล สีเนื้อ

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย ไม่มี
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยสังสัยร่วมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้
   - ทำในรอยโรคที่สงสัยแต่มีลักษณะไม่เหมือนกับรอยโรคที่ได้กล่าวไว้แล้วในผู้ป่วยสงสัย
   - Biopsy ตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยการย้อมสี hematoxylin-eosin พบ koilocytosis, papilomatosis and vascular distention
   - Exfoliative cytology (Pap smear) พบ koilocytes

   หรือ
   - ทำในรอยโรคที่สงสัยตามลักษณะรอยโรคที่ได้กล่าวไว้แล้วในผู้ป่วยสงสัย
   - พบผลบวกต่อ human papilloma virus ในสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากรอยโรคด้วยการตรวจ nucleic acid amplification test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น PCR หรือ LCR หรือ TMA

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 54. อหิวาตกโรค (Cholera)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการถ่ายอุจจาระเหลวอย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง หรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากอย่างน้อย 1 ครั้ง อาจร่วมกับอาการอื่นๆ ที่สำคัญ คือ อาการขาดน้ำ อาเจียน
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีประวัติรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการอหิวาตกโรคร่วมกับตรวจพบเชื้อ Vibrio cholerae O1 หรือ O139 โดยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อจากอุจจาระ (rectal swab culture หรือ stool culture)

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่ยืนยันผล

## 55. อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Adverse Event Following Immunization : AEFI)

### ✚ ผู้ป่วยที่ต้องรายงาน

ผู้ที่มีอาการหรือมีความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์

## 56. อาหารเป็นพิษ (Food poisoning)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่ประวัติการบริโภคอาหารที่สงสัย ร่วมกับมีอาการตามกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

   1.1 กรณีได้รับสารพิษของเชื้อแบคทีเรียปนเปื้อนอยู่ในอาหาร เช่น Staphylococcus aureus, Clostridium botulinum, Clostridium perfringens, Bacillus cereus ส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มคนที่รับประทานอาหารร่วมกัน โดยมีอาการเฉียบพลัน นำด้วยอาการอาเจียน ส่วนใหญ่จะมีอาการภายใน 8 - 12 ชั่วโมง หลังรับประทานอาหาร ร่วมกับอาการปวดท้อง ท้องเสียรุนแรง อาจมีอาการปวดศีรษะรุนแรง หรือมีอาการทางประสาทร่วมด้วย ในกรณีได้รับสารพิษบางชนิด

   1.2 กรณีได้รับเชื้อแบคทีเรีย เช่น Vibrio parahaemolyticus, Salmonella spp., Campylobacter, Yersinia enterocolytica, Enteroinvasive E.Coli (EIEC), Enterohemorrhagic E.Coli (EHEC), Enterotoxigenic E. Coli (ETEC) ปนเปื้อนในอาหาร ผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย 2 อาการดังต่อไปนี้

   - ไข้ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง
   - ปวดมวนท้อง (Abdominal cramps) ซึ่งอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเป็นน้ำ อาจมีมูกเลือด

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยัน หมายถึงผู้ป่วยที่สงสัยและมีผลการตรวจดังนี้

   - เพาะเชื้อจากอาหาร/อุจจาระ (stool culture) หรือ rectal swab culture หรืออาเจียนพบเชื้อก่อโรค
   - ทดสอบการสร้างสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น

### ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

## 57. ไอกรน (Pertussis)

### ✚ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไอมาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการใดอาการหนึ่งดังนี้ ไอเป็นชุด (paroxysms of coughing) มีเสียงหายใจดังวู้บ (Inspiratory whooping) มีอาการอาเจียนหลังการไอ (post-tussivevemting)
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
   - ผลการตรวจเพาะเชื้อจาก nasopharyngeal swab หรือ bronchial secretion aspiration หรือ nasopharyngealaspiration หรือ cough plate พบเชื้อ Bordetella pertussis
   - ตรวจสารพันธุกรรมจาก nasopharyngeal swab หรือ bronchial secretion aspiration หรือ nasopharyngealaspiration โดยวิธี PCR ให้ผลบวก

## ✚ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

# แบบสอบสวน
# โรคติดต่ออันตราย

## แบบสอบสวนเฉพาะรายกาฬโรค

1. **ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อ ..... สกุล ..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

อายุ ..... ปี ..... เดือน

ที่อยู่ .....

อาชีพ ..... สถานที่ทำงาน .....

2. **การเจ็บป่วย**

วันเริ่มป่วย ..... วันรับรักษา ..... สถานที่รักษา .....

อาการและอาการแสดง

2.1 กาฬโรคต่อมน้ำเหลือง

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | หนาวสั่น | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| คลื่นไส้ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | เจ็บคอ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| ต่อมน้ำเหลืองบวมโต ระบุ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ม้ามโต | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| อื่นๆ ระบุ | | | |

2.2 กาฬโรคของโลหิต

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ปวดศีรษะ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| คลื่นไส้ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | อาเจียน | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| หนาวสั่น | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | เยื่อหุ้มสมองอักเสบ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| ทอนซิลอักเสบ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | คอหอยอักเสบ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| มีจ้ำเลือดตามผิวหนัง | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ภาวะช็อค | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| อื่นๆ ระบุ | | | |

2.3 กาฬโรคปอด

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ไอ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| ไอปนเลือด | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | หอบเหนื่อย | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| หนาวสั่น | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | CXR ..... | |
| อื่นๆ ระบุ | | | |

ผลการรักษา ☐ ตาย วันที่ ..... ☐ ยังรักษาอยู่ ☐ ส่งต่อไปรักษาที่ .....

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในคน**

| ตัวอย่าง | วันที่ส่งตรวจ | ห้องปฏิบัติการ | ผล |
|---|---|---|---|
| ☐ หนอง | | | |
| ☐ น้ำไขสันหลัง | | | |
| ☐ เลือด (Hemoculture) | | | |
| ☐ น้ำเหลืองคู่ (Paired sera) | | | |
| ☐ อื่นๆ ..... | | | |

**3. ประวัติสัมผัสโรค**

3.1 ในระยะ 7 วันก่อนป่วย เดินทางเข้าป่า หรือ สัมผัสสัตว์ฟันแทะต่างๆ

☐ มี ระบุรายละเอียด (วันที่ ลักษณะการสัมผัส สถานที่ แหล่งที่มาของสัตว์) ☐ ไม่มี

.....

3.2 ในระยะ 7 วันก่อนป่วย มีผู้ที่มีอาการคล้ายกันในละแวกบ้านหรือที่ทำงานหรือไม่

ชื่อ ..... นามสกุล ..... ที่อยู่ ..... รักษาที่ .....

ชื่อ ..... นามสกุล ..... ที่อยู่ ..... รักษาที่ .....

3.3 ในระยะ 7 วันหลังป่วย มีผู้ที่มีอาการคล้ายกันในละแวกบ้านหรือที่ทำงานหรือไม่

ชื่อ ..... นามสกุล ..... ที่อยู่ ..... รักษาที่ .....

ชื่อ ..... นามสกุล ..... ที่อยู่ ..... รักษาที่ .....

**4. ผู้สัมผัสโรครายอื่นๆ**

| ลำดับที่ | ชื่อ - นามสกุล / โทร | ลักษณะการสัมผัสโรค | อาการป่วย | วันเริ่มป่วย |
|---|---|---|---|---|
| | | | ☐ มี | |
| | | | ☐ ไม่มี | |
| | | | ☐ มี | |
| | | | ☐ ไม่มี | |
| | | | ☐ มี | |
| | | | ☐ ไม่มี | |
| | | | ☐ มี | |
| | | | ☐ ไม่มี | |
| | | | ☐ มี | |
| | | | ☐ ไม่มี | |

**ผู้สอบสวน** ..... **หน่วยงาน** ..... **โทร.** .....

# แบบสอบสวนเฉพาะรายไข้ทรพิษ (Smallpox)

**1. ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อ ..... สกุล ..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

อายุ ..... ปี ..... เดือน

เลขบัตรประชาชน .....

ที่อยู่ ..... อาชีพ .....

สถานที่ทำงาน ..... โทรศัพท์ .....

**2. การเจ็บป่วย**

วันเริ่มป่วย ..... วันรับรักษา ..... สถานที่รักษา .....

2.1 อาการและอาการแสดง

| | | |
|---|---|---|
| ไข้ ..... | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ถ้ามี วันที่เริ่มมีไข้ ..... |
| ผื่น | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ถ้ามี วันที่เริ่มมีผื่น ..... |
| มีอาการไอ ก่อนมีผื่นขึ้นหรือไม่ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | วันที่เริ่มไอ ..... |
| อาการอื่นๆ ก่อนวันที่เริ่มมีผื่น | | |
| ปวดศีรษะ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ปวดหลัง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| หนาวสั่น | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | อาเจียน ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| อาการอื่นๆ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | |

2.2 ชนิดของรอยโรคที่พบในครั้งแรกของวันที่สัมภาษณ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ Papules ☐ Vesicles ☐ Papules ☐ Vesicles ☐ Hemorrhagic

☐ Scabs ☐ ไม่ทราบ

2.3 ลักษณะการแพร่กระจายของโรค :

☐ ทั่วไป โดยเฉพาะใบหน้า ปลายแขนขา (centrifugal)

☐ ทั่วไป โดยเฉพาะลำตัว (centripetal)

☐ เฉพาะที่ ไม่กระจายทั่วไป

☐ อื่นๆ ระบุ .....

2.4 การจำแนกผู้ป่วย

- ผู้ป่วยรายนี้มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการหรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่มี ☐ รอผลตรวจ ☐ ไม่ทราบ

ถ้าใช่, ระบุวิธีการตรวจ .....

- ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยันหรือผู้ป่วยเข้าข่ายหรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่มี ☐ รอผลตรวจ ☐ ไม่ทราบ

ถ้าใช่ ระบุประเภทของผู้ป่วยที่มีประวัติเชื่อมโยง ☐ ยืนยัน ☐ เข้าข่าย

สรุปรายนี้เป็นผู้ป่วย ☐ ยืนยัน ☐ เข้าข่าย ☐ ยืนยัน

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไข้ทรพิษ** ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ

วันที่ส่งตัวอย่าง ..... ชนิดของตัวอย่างที่ส่งตรวจ .....

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

| ตัวอย่าง | วันที่ส่งตรวจ | ห้องปฏิบัติการ | ผล |
|---|---|---|---|
| ☐ PCR | | | |
| ☐ Culture | | | |
| ☐ Electronic Microscopy: | | | |
| ☐ IgM | | | |
| ☐ IgG Acute | | | |

สรุปสถานะผู้ป่วย: ☐ ยืนยัน ☐ เข้าข่าย ☐ สงสัย ☐ ไม่ใช่ผู้ป่วยไข้ทรพิษ

ถ้าไม่ใช่เกิดจากโรคไข้ทรพิษ โปรดระบุการวินิจฉัย : .....

ผลการรักษา ☐ ตาย วันที่ ..... ☐ ยังรักษาอยู่ ☐ ส่งต่อไปรักษาที่ .....

ผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

# แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัสอีโบลา/โรคไข้เลือดออกไครเมียนคองโก/โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก

**1. ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อ ..... เลขที่ผู้ป่วย .....

อายุ ..... ปี วันเดือนปีเกิด ..... เพศ ..... อาชีพ .....

ที่อยู่ .....

ชื่อเจ้าของบ้าน ..... ชื่อบิดา/มารดา (กรณีผู้ป่วยเด็ก) .....

เบอร์โทร ..... อีเมล์ .....

โรงพยาบาล..... ที่อยู่ .....

วันรับรักษา ..... วันจำหน่าย .....

ทราบว่ามีผู้ป่วยรายนี้จากแหล่งใด

☐ ข่าวลือ ☐ การเสียชีวิต ☐ ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน ☐ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**2. การเจ็บป่วย**

☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยนอก

☐ มีชีวิต ☐ เสียชีวิต วันที่เสียชีวิต .....

☐ มีไข้สูงอุณหภูมิแรกรับ ..... ˚C ☐ อุณหภูมิสูงสุด ..... ˚C ☐ ไม่มีไข้ ..... ☐ ไม่ทราบ

วันที่ทำ post-mortem skin biopsy .....

นิยามผู้ป่วย: ☐ ผู้ป่วยสงสัย ☐ ผู้ป่วยเข้าข่าย ☐ ไม่เป็นผู้ป่วย

มีผู้ป่วยรายอื่นที่อาศัยอยู่ในละแวกใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี

พบผู้ป่วยรายใหม่ชื่อ ..... นามสกุล .....

วันเริ่มป่วย ..... อาการของผู้ป่วย .....

**ระบุอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย**

| กลุ่ม | ใช่ | อาการและอาการแสดง | วันที่ป่วย | | | | | | | | | | | | | | ข้อสังเกตอื่นๆ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | |
| A | | ปวดศีรษะ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | คลื่นไส้/อาเจียน | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | เบื่ออาหาร | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ถ่ายเหลว | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | อ่อนเพลีย | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ปวดท้อง | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | กลืนลำบาก | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | หายใจลำบาก | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | สะอึก | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | อื่นๆ ระบุ ..... | | | | | | | | | | | | | | | |
| **กลุ่ม** | **ใช่** | **อาการและอาการแสดง** | | | | | | | | | | | | | | | **ข้อสังเกตอื่นๆ** |
| B | | มีเลือดออกตามเหงือก | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ตาแดง | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | มีจุดแดงที่ผิวหนัง | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | อุจจาระมีเลือดปน | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | อาเจียนมีเลือดปน | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | เลือดกำเดา | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | อื่นๆ | | | | | | | | | | | | | | | |

**3. ประวัติสัมผัสภายใน 21 วันก่อนมีอาการป่วย**

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola เนื่องจากเป็นสมาชิกในบ้าน

☐ ใช่ ..... ☐ ไม่ใช่ ..... ☐ ไม่ทราบ .....

ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส .....

ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย .....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย .....

ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส .....

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola เนื่องจากเป็นบุคลากรทางการแพทย์

☐ ใช่ ..... ☐ ไม่ใช่ ..... ☐ ไม่ทราบ .....

ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส .....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย .....

และระยะเวลาของการสัมผัส .....

สถานพยาบาลที่สัมผัส ..... จังหวัด ..... อำเภอ .....

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola เนื่องจากเป็นผู้ร่วมเดินทาง

☐ ใช่ ..... ☐ ไม่ใช่ ..... ☐ ไม่ทราบ .....

ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส .....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย .....

และระยะเวลาของการสัมผัส .....

เส้นทางที่เดินทาง ..... วันที่เดินทาง .....

สัมผัสกับสัตว์ป่วยหรือตาย (โดยเฉพาะ ลิง แอนติโลปป่า (สัตว์กีบคู่อยู่ในวงศ์วัวและควาย) หนู และค้างคาว)

☐ ใช่ ..... ☐ ไม่ใช่ ..... ☐ ไม่ทราบ .....

ชนิดสัตว์ที่สัมผัส .....

วันที่สัมผัส .....

ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส .....

สถานที่ที่สัมผัส (เช่น ตอนเดินทางไปแอฟริกา หรือขณะอยู่ในประเทศไทย) .....

ชื่อแพทย์ผู้รักษา/ชื่อโรงพยาบาล ..... วันที่ .....

**4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

ตัวอย่างที่ 1 ชนิดตัวอย่าง ..... วิธีการตรวจ .....

สถานที่ส่งตรวจ ..... วันที่ ..... ผล .....

ตัวอย่างที่ 2 ชนิดตัวอย่าง ..... วิธีการตรวจ .....

สถานที่ส่งตรวจ ..... วันที่ ..... ผล .....

**5. ข้อคิดเห็น**

.....

.....

ผู้รายงาน ..... หน่วยงาน ..... โทร. .....

# แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไข้เวสต์ไนล์/ไวรัสนิปาห์/ไวรัสเฮนดรา

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

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

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง ☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง ☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

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

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

ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ไม่สมัครอยู่ ☐ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นระบุ .....

**2. อาการและอาการแสดง**

ประวัติการได้รับวัคซีนได้ข้อมูลจาก .....

JE ☐ ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....
☐ ไม่ได้รับ
☐ ไม่ทราบ

DTP ☐ ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....
☐ ไม่ได้รับ
☐ ไม่ทราบ

BCG ☐ ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....
☐ ไม่ได้รับ
☐ ไม่ทราบ

อื่นๆ ระบุ ..... ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ปวดศีรษะรุนแรง | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ปวดกระบอกตา | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ชักแข็งเกร็ง | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| คอแข็ง | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| หลังแข็ง | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ความรู้สึกสับสน (confusion) | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ไม่รู้สึกตัว | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |

อื่นๆ ระบุ
.....

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

**3.1 เจาะเลือด (C.B.C.)** วันที่ ..... ผลจำนวนเม็ดเลือดขาว ..... ต่อ ลบ.มม.

Neutrophil ..... % (ค่าปกติ 55 - 75%) Lymphocyte ..... % (ค่าปกติ 20 - 35%)

Eosinophil ..... % (ค่าปกติ 1 - 3%) Monocyte ..... % (ค่าปกติ 2 - 6%)

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากโลหิต ☐ ทำ วันที่ ..... ผล .....

☐ ไม่ได้ทำ

**3.2 เจาะน้ำไขสันหลัง (C.S.F.)** วันที่ ..... ลักษณะของน้ำไขสันหลัง ☐ ขุ่น ☐ ใส

จำนวนเซลล์ (Blood Count) ..... ต่อ ลบ.มม. (Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... %)

น้ำตาล ..... mg% protein ..... mg%

ย้อมเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ☐ ทำ วันที่ ..... ผล .....

☐ ไม่ได้ทำ

ตรวจ Indian ink ☐ ทำ วันที่ ..... ผล .....

☐ ไม่ได้ทำ

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากน้ำไขสันหลัง ☐ ทำ วันที่ ..... ผล .....

☐ ไม่ได้ทำ

**3.3 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา**

- HI test เจาะเลือด ระยะ Acute เมื่อวันที่ ..... ผล .....

  เจาะเลือดระยะ Convalescence เมื่อวันที่ ..... ผล .....

- ELISA IgM น้ำเหลือง ☐ ทำ วันที่ ..... ผล .....

  ☐ ไม่ได้ตรวจ

  น้ำไขสันหลัง ☐ ทำ วันที่ ..... ผล .....

  ☐ ไม่ได้ตรวจ

- IFA น้ำเหลือง ☐ ทำ วันที่ ..... ผล .....

  ☐ ไม่ได้ตรวจ

  น้ำไขสันหลัง ☐ ทำ วันที่ ..... ผล .....

  ☐ ไม่ได้ตรวจ

**4. การรักษา**

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับจากการตรวจรักษาครั้งแรก .....

**5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค**

**5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ**

☐ ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ ☐ ทำงานในโรงฆ่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา .....

ระบุสถานที่ที่ทำ ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....

☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

**5.2 ประวัติการสัมผัสโรค**

- **เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร**

| | | | |
|---|---|---|---|
| หอยโข่ง | ☐ สุก | ☐ ดิบ | ☐ ดิบๆ สุกๆ |
| หอยเชอรี่ | ☐ สุก | ☐ ดิบ | ☐ ดิบๆ สุกๆ |
| ..... | ☐ สุก | ☐ ดิบ | ☐ ดิบๆ สุกๆ |
| ..... | ☐ สุก | ☐ ดิบ | ☐ ดิบๆ สุกๆ |
| ..... | ☐ สุก | ☐ ดิบ | ☐ ดิบๆ สุกๆ |

- เกี่ยวกับการสัมผัส สัตว์เศรษฐกิจ และสัตว์อื่นๆ ภายใน 30 วันก่อนป่วย

| | | | |
|---|---|---|---|
| เลี้ยงสุกร | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ทำงานโรงฆ่าสัตว์ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ขายเนื้อสุกร | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ฆ่าสุกร | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ขนส่งสุกรมีชีวิต | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |

- ได้สัมผัสกับสัตว์

| | | |
|---|---|---|
| หมู | ☐ เคย | ☐ ไม่เคย |
| ม้า | ☐ เคย | ☐ ไม่เคย |
| ค้างคาว | ☐ เคย | ☐ ไม่เคย |
| นกพิราบ | ☐ เคย | ☐ ไม่เคย |

อื่นๆ ระบุ .....

**5.3 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม**

- สภาพบ้าน มีมุ้งลวดรอบบ้านหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี
  นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี
- บริเวณรอบบ้าน มีทุ่งนาหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี
  มีคอกสัตว์หรือไม่ ☐ มี ระบุชนิดสัตว์ ..... ☐ ไม่มี
- ในหมู่บ้าน มีฟาร์ม/คอกสัตว์หรือไม่ ☐ มี ระบุชนิดสัตว์ ..... ☐ ไม่มี
  มีค้างคาวกินผลไม้ชุกชุมหรือไม่ ☐ มี ระบุบริเวณ ..... ☐ ไม่มี
  มีนกพิราบ/นกเขาชุกชุมหรือไม่ ☐ มี ระบุบริเวณ ..... ☐ ไม่มี
- เคยเดินทางไปที่ไหน (ภายใน 30 วันก่อนป่วย) หรือไม่
- ระบุ ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
  สภาพพื้นที่ ☐ ทุ่งนา ☐ คอกสัตว์ ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....
- ระบุ ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
  สภาพพื้นที่ ☐ ทุ่งนา ☐ คอกสัตว์ ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

**6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น**

**6.1 ผู้ป่วยรายอื่น** ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย

- มีสมาชิกในบ้านที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

☐ มี ระบุ ☐ ไม่มี

ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

วันเริ่มป่วย ..... รักษาที่ .....

ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

วันเริ่มป่วย ..... รักษาที่ .....

ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

วันเริ่มป่วย ..... รักษาที่ .....

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่บ้านติดกันและละแวกบ้านเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

☐ มี ระบุ ☐ ไม่มี

ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

วันเริ่มป่วย ..... รักษาที่ .....

ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

วันเริ่มป่วย ..... รักษาที่ .....

ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

วันเริ่มป่วย ..... รักษาที่ .....

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่โรงเรียน/ที่ทำงาน เดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

☐ มี ระบุ ☐ ไม่มี

ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

วันเริ่มป่วย ..... รักษาที่ .....

ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

วันเริ่มป่วย ..... รักษาที่ .....

ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

วันเริ่มป่วย ..... รักษาที่ .....

**6.2 ผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน**

ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวนโรค ..... ตำแหน่ง .....

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

# แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคไข้เหลือง

**1. ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อ ..... สกุล ..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

อายุ ..... ปี ..... เดือน ที่อยู่ .....

.....

อาชีพ ..... สถานที่ทำงาน / สถานศึกษา .....

**2. การเจ็บป่วย**

วันเริ่มป่วย ..... วันรับรักษา ..... สถานที่รักษา .....

วัน สถานที่ทำการรักษา และการวินิจฉัย (กรณีไปรับการรักษาหลายครั้ง) .....

.....

อาการและอาการแสดง

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ไข้ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | ปวดศีรษะ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ชีพจรเต้นช้า | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | ปวดกล้ามเนื้อ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ตาเหลือง | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | ตัวเหลือง | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| อาการเลือดออก ระบุ | | | | | | | |
| อื่นๆ | | | | | | | |

ผลการรักษา ☐ ตาย วันที่ ..... ☐ ยังรักษาอยู่ ☐ ส่งต่อไปรักษาที่ .....

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป**

| CBC | ครั้งที่ 1<br>วันที่ .....<br>เวลา ..... | ครั้งที่ 2<br>วันที่ .....<br>เวลา ..... | ครั้งที่ 3<br>วันที่ .....<br>เวลา ..... | ครั้งที่ 4<br>วันที่ .....<br>เวลา ..... | ครั้งที่ 5<br>วันที่ .....<br>เวลา ..... |
|---|---|---|---|---|---|
| Hematocrit % | | | | | |
| WBC ต่อ ลบ.มม. | | | | | |
| Lymphocyte% | | | | | |
| Atypical Lymphocyte % | | | | | |
| Platelet ต่อ ลบ.มม. | | | | | |

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเฉพาะ**

☐ ตัวอย่างเลือด หรือ ซีรั่ม ครั้งที่ 1 วันที่เก็บ ..... วันที่ส่ง ..... ผล .....

☐ ตัวอย่างเลือด หรือ ซีรั่ม ครั้งที่ 2 วันที่เก็บ ..... วันที่ส่ง ..... ผล .....

☐ การส่งเลือดตรวจ PCR วันที่เก็บ ..... วันที่ส่ง ..... ผล .....

**ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันไข้เหลือง**

☐ ไม่เคยได้รับ ☐ เคยได้รับ วันที่ได้รับ .....

**3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค**

สถานที่ .....

| Index | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HI | | | | | | |
| CI | | | | | | |
| BI | | | | | | |

สถานที่ .....

| Index | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HI | | | | | | |
| CI | | | | | | |
| BI | | | | | | |

สถานที่ .....

| Index | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HI | | | | | | |
| CI | | | | | | |
| BI | | | | | | |

**4. แหล่งแพร่โรค**

ในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย ผู้ป่วยเดินทางไปที่ไหนบ้าง ระบุสถานที่ ระยะเวลาที่พักอยู่

1.1 .....

1.2 .....

1.3 .....

ผู้สอบสวน ..... หน่วยงาน ..... โทร. .....

# แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัสลาสซา (Lassa virus)

วันที่ ...../...../.....

**1. ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อ ..... เลขที่ผู้ป่วย .....

อายุ ..... วันเดือนปีเกิด ..... เพศ ..... อาชีพ .....

ที่อยู่ .....

ชื่อเจ้าของบ้าน ..... ชื่อบิดา/มารดา (กรณีผู้ป่วยเด็ก) .....

เบอร์โทร ..... หรือวิธีการติดต่ออย่างอื่น เช่น อีเมล์ .....

โรงพยาบาล ..... ที่อยู่ .....

วันรับรักษา ..... วันจำหน่าย .....

ทราบว่ามีผู้ป่วยรายนี้จากแหล่งใด

☐ ข่าวลือ ☐ การเสียชีวิต ☐ ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน ☐ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**2. การเจ็บป่วย**

☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ มีชีวิต ☐ เสียชีวิต วันที่เสียชีวิต .....

☐ มีไข้สูงอุณหภูมิแรกรับ ..... ˚C อุณหภูมิสูงสุด ..... ˚C ☐ ไม่มีไข้ ..... ☐ ไม่ทราบ

นิยามผู้ป่วย: ☐ ผู้ป่วยสงสัย ☐ ผู้ป่วยเข้าข่าย ☐ ไม่เป็นผู้ป่วย

มีผู้ป่วยรายอื่นที่อาศัยอยู่ในละแวกใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ ( ) มี ( ) ไม่มี

พบผู้ป่วยรายใหม่ชื่อ ..... นามสกุล .....

วันเริ่มป่วย ..... อาการของผู้ป่วย .....

**ระบุอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย**

| กลุ่ม | ใช่ | อาการและอาการแสดง | วันที่ป่วย | | | | | | | | | | | | | | ข้อสังเกตอื่นๆ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | |
| | | ไข้/ไข้สูงเฉียบพลัน | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ปวดศีรษะ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ไอ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | อาเจียน | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | เจ็บหน้าอกหรือช่องท้อง | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ตาอักเสบ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | คออักเสบเป็นหนอง | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | หน้าบวม คอบวม | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | หูหนวกจากพยาธิสภาพ ที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | มีอาการเลือดออกตามผิวหนัง | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | อื่นๆ ระบุ ..... | | | | | | | | | | | | | | | |

**3. ประวัติสัมผัสภายใน 21 วันก่อนมีอาการป่วย**

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรคไข้ลาสซา (Lassa) เนื่องจากเป็นสมาชิกในบ้าน

☐ ใช่ ..... ☐ ไม่ใช่ ..... ☐ ไม่ทราบ .....

ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส .....

ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย .....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย .....

ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส .....

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรคไข้ลาสซา (Lassa) เนื่องจากเป็นบุคลากรทางการแพทย์

☐ ใช่ ..... ☐ ไม่ใช่ ..... ☐ ไม่ทราบ .....

ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส .....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย .....

และระยะเวลาของการสัมผัส .....

สถานพยาบาลที่สัมผัส ..... จังหวัด ..... อำเภอ .....

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรคไข้ลาสซา (Lassa) เนื่องจากเป็นผู้ร่วมเดินทาง

☐ ใช่ ..... ☐ ไม่ใช่ ..... ☐ ไม่ทราบ .....

ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส .....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย .....

และระยะเวลาของการสัมผัส .....

เส้นทางที่เดินทาง ..... วันที่เดินทาง .....

สัมผัสกับอุจจาระสัตว์ป่วยหรือตาย (โดยเฉพาะหนู)

☐ ใช่ ..... ☐ ไม่ใช่ ..... ☐ ไม่ทราบ .....

วันที่สัมผัส .....

ระยะเวลาของการสัมผัส .....

มีประวัติเดินทางไปพื้นที่ที่มีการรายงานโรค (เช่น แอฟริกาตะวันตก ได้แก่ ประเทศไลบีเรีย, เซียร์ราลีโอน และกินี)

☐ ใช่ ..... ☐ ไม่ใช่ ..... ☐ ไม่ทราบ .....

ชื่อแพทย์ผู้รักษา/ชื่อโรงพยาบาล ..... วันที่ .....

**4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

ตัวอย่างที่ 1 ชนิดตัวอย่าง ..... วิธีการตรวจ ..... สถานที่ส่งตรวจ .....

วันที่ ..... ผล .....

ตัวอย่างที่ 2 ชนิดตัวอย่าง ..... วิธีการตรวจ ..... สถานที่ส่งตรวจ .....

วันที่ ..... ผล .....

**5. ข้อคิดเห็น**

.....

.....

ผู้รายงาน ..... หน่วยงาน ..... โทร. .....

# แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยโรคซาร์ส/โรคเมอร์ส

<u>ส่วนที่ 1</u>

1. **ข้อมูลทั่วไป**

**ชื่อ-นามสกุล** เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ปี

สัญชาติ เชื้อชาติ อาชีพ ... (ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น นักเรียน, นักบวช, ทหาร, นักโทษ เป็นต้น และหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าลักษณะการทำงานที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยอย่างไร)

สถานที่ทำงาน (ระบุชื่อ) ตำบล อำเภอ ....

จังหวัด โทรศัพท์ที่ทำงาน ....

**ที่อยู่ขณะป่วย** เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย ...

ถนน ... ตำบล ... อำเภอ ...

จังหวัด โทรศัพท์ บ้าน มือถือ ...

**ผู้ให้ข้อมูล** ☐ ผู้ป่วย ☐ ญาติ ระบุความสัมพันธ์ ☐ อื่นๆ ระบุ ...

2. **ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ**

2.1 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสสัตว์ปีก (ฟาร์ม/เลี้ยง/ในธรรมชาติ) เช่น จับ ขำแหละ ฝังกลบ หรือรับประทาน สุกๆ ดิบๆ เป็นต้น

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุลักษณะการสัมผัส ...

2.2 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสุกร หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ ที่ป่วย/ตายผิดปกติ หรือไม่ทราบสาเหตุ

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ (วัน/เดือน/ปี ที่สัมผัส) ชนิดสัตว์ ...

2.3 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านพักอาศัยในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกป่วยตายมากผิดปกติหรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม

☐ ไม่มี ☐ มี

2.4 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้สัมผัสอูฐหรือดื่มนมอูฐ

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุลักษณะการสัมผัส ...

2.5 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านอาศัยอยู่ หรือมีการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด

☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

ชื่อประเทศ เมือง/จังหวัด อำเภอ ...

วันที่ไป วันที่กลับ ...

เหตุผลของการเดินทางไปประเทศดังกล่าว ...

มีประวัติเข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลขณะอยู่ที่ประเทศดังกล่าวหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุวันที่เข้าโรงพยาบาล ชื่อโรงพยาบาล ...

2.6 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านให้การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก/ปอดอักเสบ หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุความสัมพันธ์ ชื่อ (หากสามารถระบุได้) ...

2.7 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

2.8 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ ระบุ ...

2.9 ผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน

☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ ระบุรายละเอียดของผู้ป่วยปอดอักเสบรายอื่น

ชื่อ-สกุล วันเริ่มป่วย ...

อาการ ...

การวินิจฉัย โรงพยาบาลที่วินิจฉัย ...

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ ...

**3. ข้อมูลการเจ็บป่วย**

3.1 วันเริ่มป่วยวันที่ เดือน พ.ศ. ...

3.2 สถานที่รักษา (ครั้งแรก) วันที่ ...

เป็น ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน สถานที่ Admit วันที่ ...

3.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือโรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)

☐ โรคปอดเรื้อรัง เช่น COPD, chronic bronchitis, chronic bronchiectasis, BPD หรือหอบ (asthma) ที่กำลังรักษา

☐ โรคหัวใจ เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด, โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ congestive heart failure

☐ โรคตับเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง (cirrhosis) ☐ โรคไต, ไตวาย

☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ☐ โลหิตจาง (ธาลัสซีเมีย, sickle cell anemia)

☐ พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ☐ ตังครรภ์ อายุครรภ์ สัปดาห์

☐ อ้วน ส่วนสูง เซนติเมตร น้ำหนัก กิโลกรัม (BMI = )

☐ มะเร็งที่กำลังรักษา ระบุประเภท ☐ อื่นๆ ...

ประวัติการสูบบุหรี่ ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ ถ้าสูบ ☐ ยังสูบ ปริมาณมวน/ซอง ต่อ วัน/สัปดาห์

☐ หยุดสูบ เลิกมานาน ...

ประวัติการดื่มสุรา ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม ถ้าดื่ม ☐ ยังดื่ม ปริมาณต่อ วัน/สัปดาห์

☐ หยุดดื่ม เลิกมานาน.

3.4 ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ☐ ไม่เคยได้รับ ☐ เคยได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ ...

3.5 อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล .....

.....

.....

3.6 อาการผู้ป่วยตั้งแต่วันเริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน

| อาการและอาการแสดง | วันเริ่มป่วย | | วันที่หลังวันเริ่มป่วย | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | |
| | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี |
| ไข้ (ระบุ Temp °c) | | | | | | | | | | | | | | |
| ไอ | | | | | | | | | | | | | | |
| เจ็บคอ | | | | | | | | | | | | | | |
| มีน้ำมูก | | | | | | | | | | | | | | |
| มีเสมหะ | | | | | | | | | | | | | | |
| หายใจลำบาก | | | | | | | | | | | | | | |
| หอบเหนื่อย | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดกล้ามเนื้อ | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดศีรษะ | | | | | | | | | | | | | | |
| ถ่ายเหลว | | | | | | | | | | | | | | |

อาการอื่นๆ ระบุ (ถ้ามี) ...

เครื่องช่วยหายใจ ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุวันที่ใส่ ...

การรักษา ได้รับยาต้านไวรัส ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุชื่อยา ...

ขนาดที่ได้รับ วันที่เริ่มให้ยา วันที่หยุดยา ...

**4. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

**4.1 CBC** ครั้งที่ 1 : วันที่ ผล Hb% Hct % WBCcell/ml

Neutrophil% Lymphocyte% Atypical lymphocyte% Monocyte%

Eosinophil% Platelet countcell/ml

ครั้งที่ 2 : วันที่ผล Hb% Hct% WBCcell/ml

Neutrophil% Lymphocyte% Atypical lymphocyte% Monocyte%

Eosinophil% Platelet countcell/ml

**4.2 Sputum gram stain :** วันที่ ..... ผล ...

**4.3 Sputum AFB** ครั้งที่ 1: วันที่ ..... ผล ...

ครั้งที่ 2: วันที่ ..... ผล ...

ครั้งที่ 3: วันที่ ..... ผล ...

**4.4 Sputum culture :** วันที่ ..... ผล ...

**4.5 Hemo-cuture :** วันที่ ..... ผล ...

**4.6 CXR** ครั้งที่ 1 : วันที่ ..... ผล ...

ครั้งที่ 2 : วันที่ ..... ผล ...

ครั้งที่ 3 : วันที่ ..... ผล ...

**4.7 Rapid test** (สำหรับไข้หวัดใหญ่) : ระบุชื่อชุดทดสอบ ...

วันที่ ..... ผล ...

**4.8 Rena function test :** วันที่ ..... ผล BUN Cr GFR.

**4.9 Lever function test :** วันที่ ..... ผล SGOT SGPT ALP.

Total Bilirubin Direct Bilirubin.

Total Protein Albumin Globulin.

**5. การเก็บวัตถุตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ** ☐ ไม่เก็บ ☐ เก็บ ระบุตัวอย่างที่เก็บ .....

☐ Nasopharyngeal swab วันที่เก็บ .....

☐ Throat swab/ Oropharyngeal swab วันที่เก็บ .....

☐ Nasopharyngeal swab + Throat swab/ Oropharyngeal swab ใน VTM วันที่เก็บ .....

☐ Nasopharyngeal aspirate ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ .....

☐ Nasopharyngeal wash ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ .....

☐ เสมหะในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ .....

☐ Tracheal suction วันที่เก็บ .....

☐ ตัวอย่างเลือด ครั้งที่ 1 วันที่เก็บ ..... ครั้งที่ 2 วันที่เก็บ .....

(กรณีส่งตรวจหา MERS-CoV ควรเก็บตัวอย่างเลือด 8 มล. และการเก็บตัวอย่างครั้งที่สองต้องห่างจากครั้งแรก 14 - 21 วัน)

ส่งตรวจที่ วันที่ส่ง เพื่อตรวจหา.

6. **การวินิจฉัยเบื้องต้น** .....

**การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย** .....

7. **กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต** ได้ทำการผ่าพิสูจน์ศพหรือไม่ ☐ ไม่ทำ ☐ ทำ ผล .....

ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน หน่วยงาน .....

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ วันที่สอบสวน .....

ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ..... เมื่อวันที่ .....

ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักระบาดวิทยาเมื่อวันที่ .....

8. **การค้นหาผู้สัมผัส** (รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระยะป่วย ระบุลักษณะการสัมผัสถ้ามีอาการป่วยกรุณาระบุอาการด้วย)

| ที่ | ชื่อ-สกุล | เพศ | อายุ | ที่อยู่/<br>เบอร์โทรศัพท์ | วันที่สัมผัส | ลักษณะการสัมผัส | ป่วย/ไม่ป่วย<br>กรณีป่วย ระบุวันเริ่มป่วยและอาการ | การใส่อุปกรณ์<br>ป้องกัน |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

ส่วนที่ 2 การติดตามลักษณะอาการผู้ป่วยหลังการสอบสวน

| อาการและอาการแสดง | วันแรกรับ | | วันที่หลังนอนโรงพยาบาล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | | 12 | |
| | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี |
| ไข้ (ระบุ Temp °c) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ไอ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เจ็บคอ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| มีน้ำมูก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| มีเสมหะ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| หายใจลำบาก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| หอบเหนื่อย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดกล้ามเนื้อ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดศีรษะ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ถ่ายเหลว | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| อุณหภูมิร่างกายสูงสุด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| อุณหภูมิร่างกายต่ำสุด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ชีพจรสูงสุด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oxygen sat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่าผิดปกติ | | |
|---|---|---|
| สิ่งที่ตรวจ | วันที่เก็บ | ผลการตรวจ |
| CBC | | |
| CXR | | |
| Sputum gram stain | | |
| Sputum culture | | |
| Hemoculture | | |
| อื่นๆ | | |

| การตรวจหาเชื้อปอดอักเสบ | วันที่เก็บ | ผลการตรวจ |
|---|---|---|
| Influenza A | | |
| Influenza B | | |
| Adeno virus | | |
| Respiratory syncytial virus | | |
| Corona virus ครั้งที่ 1 | | |
| Corona virus ครั้งที่ 2 | | |
| Chlamydia | | |
| Mycoplasma | | |
| Legionella | | |
| อื่นๆ | | |

# แบบสอบสวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก

**ข้อมูลทั่วไป :**

ชื่อ ..... นามสกุล ..... ว/ด/ป เกิด ..... อายุ ..... เดือน/ปี

เลขบัตรประชาชน ..... HN. ..... TB no. .....

เพศ: ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

สัญชาติ: ( ) 1. ไทย ( ) 2. อื่นๆ ระบุ .....

สิทธิการรักษา ( ) 1. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) 2. ประกันสังคม ( ) 3. UC

( ) 4. อื่นๆ ระบุ ..... ( ) 5. ไม่มีสิทธิ์ใดๆ

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน:

บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ที่อยู่ปัจจุบัน:

บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย. ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

โทรศัพท์ .....

ลักษณะบ้าน/ที่อยู่อาศัย ช่วง 3 เดือนก่อนมีอาการหรือก่อนได้รับการวินิจฉัย

1. แสงแดดส่องถึง กว้างขวาง อากาศถ่ายเท หรือไม่ ( ) ไม่ใช่ ( ) ใช่

   ห้องนอน ห้องละ ..... คน ใช้เครื่องปรับอากาศหรือไม่ ( ) ไม่ใช้ ( ) ใช้

2. แสงแดดส่องถึง กว้างขวาง อากาศถ่ายเท หรือไม่) ( ) ไม่ใช่ ( ) ใช่

   ห้องนอน ห้องละ ..... คน ใช้เครื่องปรับอากาศหรือไม่ ( ) ไม่ใช้ ( ) ใช้

ที่ทำงาน/เรียนช่วง 3 เดือนก่อนมีอาการหรือก่อนได้รับการวินิจฉัย

1. ..... ห้องละ ..... คน ใช้เครื่องปรับอากาศหรือไม่ ( ) ไม่ใช้ ( ) ใช้

2. ..... ห้องละ ..... คน ใช้เครื่องปรับอากาศหรือไม่ ( ) ไม่ใช้ ( ) ใช้

สถานที่ทำกิจกรรมต่างๆ ช่วง 3 เดือนก่อนมีอาการหรือก่อนได้รับการวินิจฉัย

1. ..... ห้องละ ..... คน ใช้เครื่องปรับอากาศหรือไม่ ( ) ไม่ใช้ ( ) ใช้

2. ..... ห้องละ ..... คน ใช้เครื่องปรับอากาศหรือไม่ ( ) ไม่ใช้ ( ) ใช้

3. ..... ห้องละ ..... คน ใช้เครื่องปรับอากาศหรือไม่ ( ) ไม่ใช้ ( ) ใช้

4. ..... ห้องละ ..... คน ใช้เครื่องปรับอากาศหรือไม่ ( ) ไม่ใช้ ( ) ใช้

พาหนะเดินทางไปทำงาน/เรียน(ตอบได้ >1 ข้อ)

( ) รถยนต์/จักรยานยนต์ส่วนตัว ( ) รถรับจ้าง ( ) รถโดยสารสาธารณะ

( ) อื่นๆ ระบุ ..... ใช้เครื่องปรับอากาศหรือไม่ ( ) ไม่ใช้ ( ) ใช้

อาชีพก่อนป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 อาชีพ) ระบุ .....

อาชีพระหว่างป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 อาชีพ) ระบุ .....

**ข้อมูลการป่วยและการรักษาครั้งนี้**

น้ำหนักเมื่อเริ่มรักษา ..... กก. ส่วนสูง ..... ซม.

เริ่มมีอาการ: วันที่/เดือน..... เริ่มมีอาการไอ: วันที่/เดือน .....

วันที่วินิจฉัย: วันที่ ..... วันที่เริ่มรักษา: วันที่ .....

อวัยวะที่ป่วย ( ) 1. Pulmonary ( ) 2. Extra-pulmonary ระบุตำแหน่ง .....

ชนิดของผู้ป่วยวัณโรค ( ) 1. Bacteriologically confirmed ( ) 2. Clinical diagnosis

ประเภทของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค

( ) 1. New ( ) 2. Relapse ( ) 3. Treatment after failure

( ) 4. Treatment after loss to follow-up ( ) 5. Transfer-in ( ) 6. Other

ประเภทของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาด้วยยาแนวที่สอง

( ) 1. RR/MDR-TB: New ( ) 2. RR/MDR-TB : Relapse

( ) 3. RR/MDR-TB : Treatment After loss to follow-up

( ) 4. RR/MDR-TB : Treatment After failure of first treatment with FLDs

( ) 5. RR/MDR-TB : Treatment After failure of retreatment regimen with FLDs

( ) 6. MDR-TB : Transfer in ( ) 7.RR/MDR-TB : Other

ผลการตรวจเสมหะ AFB stain ก่อนเริ่มรักษาวันที่ ...../...../.....

( ) 1. Neg ( ) 2. scanty ..... ( ) 3. + ( ) 4. ++ ( ) 5. +++

ผลการตรวจทางอณูชีววิทยา

( ) 1. MTB not detected ( ) 2. MTB detected

( ) 1. RR not detected ( ) 2. RR detected

( ) 1. INH Resist not detected ( ) 2. INH Resist detected

ผลการเพาะเลี้ยงเชื้อก่อนเริ่มรักษา วันที่ ...../...../.....

( ) 1. No Growth ( ) 2. Growth ( ) 3.Contaminated ( ) 4. pending

ผลการทดสอบความไวต่อยารักษาวัณโรค (DST results) ก่อนเริ่มรักษา วันที่ ...../...../.....

| วันที่ | | S | H | H | R | E | Z | Km | Ofx | Cs | Eto | PAS | Cm | Lfx | Mfx | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ส่งตรวจ | ได้รับผล | | 0.2 | 1.0 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

S = Susceptible R = Resistant C = Contaminated

โรคร่วม

การรักษา สูตรยา ( ) 1. 2HRZE/4HR ( ) 2. 2SHRZE/1HRZE/5HRE

( ) 3. MDR regimen ( ) 4. XDR regimen ( ) 5. อื่นๆ ระบุ .....

ขนาดยา ..... mg/d..... mg/d..... mg/d..... mg/d

..... mg/d..... mg/d..... mg/d..... mg/d

ผลการรักษาครั้งนี้

( ) 1.Cure ( ) 2. Completed Rx ( ) 3. Failure ( ) 4. Death

( ) 5. Loss to follow-up ( ) 6. Transfer out to ..... ( ) 7. On Rx

**ประวัติการรักษาวัณโรคในอดีต**

( ) 1. ไม่เคยรักษา ( ) 2. เคยรักษา ( ) 3. ไม่ทราบ

**ครั้งที่ 1 :** วันที่เริ่มรักษา ..... โรงพยาบาลที่รักษา .....

อวัยวะที่เป็น ( ) 1. Pulmonary ( ) 2. Extra-pulmonary .....

ผลเสมหะ AFB ( ) 1. Neg ( ) 2. scanty ..... ( ) 3. +

( ) 4. ++ ( ) 5. +++

สูตรยา ( ) 1. 2HRZE/4HR ( ) 2. 2SHRZE/1HRZE/5HRE

( ) 3. MDR regimen ( ) 4. XDR regimen

( ) 5. อื่นๆ ระบุ .....

ผลการรักษา

( ) 1.Cure ( ) 2. Completed Rx ( ) 3. Failure

( ) 4. Death ( ) 5. Loss to follow-up ( ) 6. Transfer out to .....

**ครั้งที่ 2 :** วันที่เริ่มรักษา ..... โรงพยาบาลที่รักษา .....

อวัยวะที่เป็น ( ) 1. Pulmonary ( ) 2. Extra-pulmonary .....

ผลเสมหะ AFB ( ) 1. Neg ( ) 2. scanty ..... ( ) 3. +

( ) 4. ++ ( ) 5. +++

สูตรยา ( ) 1. 2HRZE/4HR ( ) 2. 2SHRZE/1HRZE/5HRE

( ) 3. MDR regimen ( ) 4. XDR regimen

( ) 5. อื่นๆ ระบุ .....

ผลการรักษา ( ) 1.Cure ( ) 2. Completed Rx ( ) 3. Failure

( ) 4. Death ( ) 5. Loss to follow-up

( ) 6. Transfer out to .....

**<u>ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค</u>** ( ) ไม่เคยสัมผัส ( ) เคยสัมผัสระบุ .....

..... (ใช้แบบฟอร์ม 3 สัมภาษณ์ต่อ)

**<u>ความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรม ความพึงพอใจ ผลกระทบ</u>**

ความรู้ความเข้าใจในเรื่องวัณโรค ( ) รู้และเข้าใจดี ( ) ไม่รู้/ไม่เข้าใจ

ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการรักษา ( ) รู้และเข้าใจดี ( ) ไม่รู้/ไม่เข้าใจ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (พักผ่อน บุหรี่ เหล้า ยาเสพติด) ( ) ปรับเปลี่ยนดีขึ้น ( ) เหมือนเดิม

การใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกวิธี ( ) ใช้ประจำ ( ) ใช้บ้าง ( ) ไม่ใช้

ความสม่ำเสมอในการกินยา/ฉีดยา ( ) สม่ำเสมอตรงเวลา ( ) ลืมบ้างแต่ไม่เคยขาดยา

( ) ลืม/ขาดยาบ่อย

สถานที่กินยา/ฉีดยา (ตอบได้ >1 ข้อ) ( ) รพ. ( ) รพ.สต./ศบส. ( ) บ้าน

( ) อื่นๆ ระบุ .....

การกำกับการกินยา (DOT) ( ) ได้รับทุกมื้อ ( ) ได้รับบางมื้อ ( ) ไม่ได้รับ

ผู้กำกับการกินยา (ตอบได้ >1 ข้อ) ( ) จนท.รพ. ( ) จนท.รพ.สต./ศบส. ( ) อสม.

( ) สมาชิกครอบครัว คือ .....

( ) อื่นๆ ระบุ .....

ความยอมรับผู้กำกับการกินยา ( ) ยอมรับ ( ) ไม่ยอมรับ

ความพึงพอใจการกำกับการกินยา ( ) พึงพอใจ ( ) ไม่พึงพอใจ

การเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ ( ) ได้รับการเยี่ยมบ้าน ..... ครั้ง

( ) ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน

ความพึงพอใจการเยี่ยมบ้าน ( ) พึงพอใจ ( ) ไม่พึงพอใจ

ความพึงพอใจบริการของรพ. ( ) พึงพอใจ ( ) ไม่พึงพอใจ

ผลกระทบต่างๆ (ตอบได้ >1 ข้อ) ( ) สูญเสีย/ขาดรายได้ ( ) ถูกไล่ออกจากงาน/พักงาน

( ) ถูกให้ออกการเรียน/ห้ามสอบ

( ) วิตกกังวล เศร้า ร้องไห้

( ) ไม่ต้องการให้ ..... รู้ว่าป่วยเป็นวัณโรค

# แบบสอบสวน
# โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

## แบบสอบสวนโรคไข้กาฬหลังแอ่น

**1. ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อ - สกุล ..... เลขที่บัตรประชาชน .....
อายุ ..... ปี เพศ [1] ชาย [2] หญิง อาชีพ ..... ลักษณะงานที่ทำ .....
ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....
ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
[1] ในเขตเทศบาลนคร [2] ในเขตเทศบาลเมือง [3] ในเขตเทศบาลตำบล [4] ในเขต อบต.
ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....
ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
[1] ในเขตเทศบาลนคร [2] ในเขตเทศบาลเมือง [3] ในเขตเทศบาลตำบล [4] ในเขต อบต.
ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ [1] ป่วยวินิจฉัย ..... [2] ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)
วันเริ่มป่วย ..... วันที่มาโรงพยาบาล ..... วันที่จำหน่าย .....
ผลการรักษา [1] กำลังรักษา [2] หาย [3] เสียชีวิต [4] ไม่สมัครอยู่ [5] ย้ายไปโรงพยาบาล
อื่นระบุ .....

**2. อาการและอาการแสดง**

**การตรวจร่างกายแรกรับ**อุณหภูมิกาย ..... ˚C ชีพจร ..... ครั้ง/นาที หายใจ ..... ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต ..... ม.ม./ปรอท
การรู้สึกตัว .....
ผิวหนัง .....
หู คอ จมูก .....
ปอด ..... หัวใจ .....
ท้อง ..... ตับ ☐ คลำได้ ขนาด ..... ☐ คลำไม่ได้
ม้าม ☐ คลำได้ ขนาด ..... ☐ คลำไม่ได้
คอแข็ง (stiff neck) ☐ มี ☐ ไม่มี
อื่นๆ .....

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้ | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ปวดศีรษะ | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| หนาวสั่น | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| อาเจียน | [1] ลักษณะอาเจียน พุ่ง ..... | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ผื่น (skin rash) | [1] มี ระบุลักษณะ ..... | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| กระสับกระส่าย | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| เพ้อ (delirium) | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| เขียว (cyanosis) | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| จ้ำเลือด (purpura) | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ช็อค | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |

อื่นๆ ระบุ .....

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

3.1 CBC (วันที่ .....) WBC = ....., N = ..... %, L = ..... %, Eo = ..... %
Mo = ..... % Ba = ..... % plt = ..... RBC = .....

3.2 hemoculture (วันที่ .....) ผล .....

3.3 ปัสสาวะ (วันที่ .....) ผล .....

3.4 CSF Gram stain ..... (วันที่ .....) ผล .....

3.5 CSF culture (วันที่ .....) ผล .....

ผล serogroup .....

3.6 drug sensitivity ผล .....

3.7 อื่นๆ .....

**4. การรักษา**

ซื้อยารับประทานเอง เมื่อวันที่ ..... ได้แก่ยาอะไรบ้าง .....

ไปคลินิก ..... เมื่อวันที่ ..... ได้แก่ยาอะไรบ้าง .....

ไปโรงพยาบาล ..... เมื่อวันที่ ..... ได้แก่ยาอะไรบ้าง .....

**5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค**

**5.1 ประวัติการสัมผัสโรค** (10 วันก่อนป่วย)

การไปเที่ยวสถานเริงรมย์ [1] เคย ที่ ..... [2] ไม่เคย

การไปทำพิธีฮัจน์ (ตนเอง/บุคคลในครอบครัว) [1] เคย ที่ ..... [2] ไม่เคย

เคยเดินทางไปที่ไหน (10 วันก่อนป่วย) หรือไม่

ระบุตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

สภาพพื้นที่ [1] ชุมชนแออัด [2] ทุ่งนา [3] อื่น ๆ ระบุ .....

มีผู้มาเยี่ยมหรือไม่ [1] มี ระบุ ..... [2] ไม่มี

มีการสัมผัสใกล้ชิดกับชาวต่างชาติ [1] ชาติ ..... [2] ไม่มี

**5.2 บุคคลที่ผู้ป่วยไปสัมผัสก่อนป่วย**

**ผู้สัมผัสในบ้าน**

| อันดับ | ชื่อ | อายุ (ปี) | เพศ | กิจกรรมที่ทำ | วันที่ | อาการป่วย | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |

ผู้สัมผัสที่ .....

| อันดับ | ชื่อ | อายุ (ปี) | เพศ | กิจกรรมที่ทำ | วันที่ | อาการป่วย | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |

**5.3 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม**

สภาพบ้าน/โรงเรียน/เรือนจำ [1] โปร่ง [2] แออัด

สภาพการถ่ายเทอากาศ [1] ถ่ายเท [2] ไม่ถ่ายเท

สภาพที่ทำงาน [1] โปร่ง [2] แออัด

สภาพการถ่ายเทอากาศ [1] ถ่ายเท [2] ไม่ถ่ายเท

อื่น ระบุ .....

**6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น/ผู้สัมผัส**

| อันดับ | ชื่อ | อายุ (ปี) | เพศ | ทำกิจกรรมเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร | ทำ THROAT/ NASOPHA-RYNGEAL SWAB CULTURE | ผล | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |

ชื่อผู้สอบสวน .....

ตำแหน่ง .....

ที่ทำงาน .....

วันที่สอบสวน .....

โทรศัพท์ .....

# แบบสอบสวนผู้ป่วยโรคไข้ดำแดง

## 1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ..... 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

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ปวดศีรษะ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ไอ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| มีผื่น | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ปื้นขาวที่ลิ้น/ลิ้นมีลักษณะบวมแดง (strawberry tongue) | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ต่อมน้ำเหลืองที่คอบวมโต | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| อื่นๆ ระบุ ..... | | | |

## 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

จำนวนเม็ดเลือดขาว ☐ มี ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ ..... ☐ ไม่มี

เกล็ดเลือด ☐ มี ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ ..... ☐ ไม่มี

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

การตรวจหาเชื้อจากบริเวณคอหอยและทอนซิล (Rapid strep test)

☐ มี ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ ..... ☐ ไม่มี

PCR ☐ มี ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ ..... ☐ ไม่มี

อื่น ๆ ระบุ .....

**4. การรักษา**

- ไปรับการรักษาที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....
- การวินิจฉัย .....
- การรักษา .....

**5. ประวัติการสัมผัสโรค (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)**

5.1 ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไข้ดำแดงหรือไม่

☐ เคย ☐ ไม่เคย

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....

5.2 ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไข้ดำแดงที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

☐ เคย ☐ ไม่เคย

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....

5.3 ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไข้ดำแดงที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

☐ เคย ☐ ไม่เคย

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....

**6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น**

6.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้ดำแดงในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

☐ มี ระบุ ☐ ไม่มี

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

6.2 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครู ป่วยเป็นโรคไข้ดำแดงในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

☐ มี ระบุ ☐ ไม่มี

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

6.3 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้ดำแดงในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

☐ มี ระบุ ☐ ไม่มี

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

ชื่อผู้สอบสวน .....

ตำแหน่ง .....

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

# แบบสอบสวนเฉพาะรายไข้เด็งกี่/ไข้เลือดออกเด็งกี่/ไข้เลือดออกช็อกเด็งกี่

**1. ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อ ..... สกุล ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง อายุ ..... ปี ..... เดือน

HN ..... AN ..... ที่อยู่ขณะป่วย ..... โทร. .....

อาชีพ ..... สถานที่ทำงาน / สถานศึกษา .....

**2. การเจ็บป่วย**

วันเริ่มป่วย .....

การไปรับการรักษา (ระบุในตาราง)

| ครั้งที่ | วันรับรักษา | สถานที่รักษา | ผู้ป่วยนอก/ ใน | การวินิจฉัย |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |

**3. อาการและอาการแสดง**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ไข้ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ปวดศีรษะ | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดกระบอกตา | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ปวดกล้ามเนื้อ | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดข้อหรือกระดูก | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ผื่นแดง | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| เลือดออก | ( ) มี ระบุ ..... ( ) ไม่มี | | ( ) ไม่ทราบ | ตับโต | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| Tourniquet | ( ) บวก | ( ) ลบ | ( ) ไม่ทราบ | ช็อก BP ..... | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| อื่นๆ ระบุ | | | | | |

**4. ผลการรักษา** ( ) หาย ( ) ยังรักษาอยู่ ( ) ส่งต่อไปรักษาที่ ..... ( ) เสียชีวิต วันที่ .....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

| CBC | ครั้งที่ 1 วันที่ ..... เวลา ..... | ครั้งที่ 2 วันที่ ..... เวลา ..... | ครั้งที่ 3 วันที่ ..... เวลา ..... | ครั้งที่ 4 วันที่ ..... เวลา ..... | ครั้งที่ 5 วันที่ ..... เวลา ..... |
|---|---|---|---|---|---|
| Hematocrit % | | | | | |
| WBC ต่อ ลบ.มม. | | | | | |
| Lymphocyte % | | | | | |
| Atypical Lymphocyte % | | | | | |
| Platelet ต่อ ลบ.มม. | | | | | |

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเฉพาะ

( ) ตัวอย่างเลือด หรือ ซีรั่ม ครั้งที่ 1 วันที่เก็บ ..... วันที่ส่ง ..... ผล .....

( ) ตัวอย่างเลือด หรือ ซีรั่ม ครั้งที่ 2 วันที่เก็บ ..... วันที่ส่ง ..... ผล .....

( ) การส่งเลือดตรวจ PCR วันที่เก็บ ..... วันที่ส่ง ..... ผล .....

5. **ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค** (ต้องสำรวจทั้งที่บ้านและสถานที่ที่เดินทางไปพักในช่วง 14 วันก่อนป่วย)

สถานที่ .....

| Index | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HI | | | | | | |
| CI | | | | | | |
| BI | | | | | | |

สถานที่ .....

| Index | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| HI | | | | | | |
| CI | | | | | | |
| BI | | | | | | |

6. **แหล่งแพร่โรค**

ในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย ผู้ป่วยเดินทางไปที่ไหนบ้าง ระบุสถานที่ ระยะเวลาที่พักอยู่

1.4 .....

1.5 .....

1.6 .....

**ผู้สอบสวน** ..... **หน่วยงาน** ..... **โทร.** ..... **วันที่สอบสวน** .....

# แบบสอบสวนผู้ป่วยไข้ปวดข้อยุงลาย

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

อายุ ..... ปี เพศ (1) ชาย (2) หญิง อาชีพ ..... ลักษณะงานที่ทำ .....

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

อำเภอ ..... จังหวัด ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

(1) เขตเทศบาลนคร (2) เขตเทศบาลเมือง (3) เขตเทศบาลตำบล (4) เขตอบต.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่ .....

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

(1) เขตเทศบาลนคร (2) เขตเทศบาลเมือง (3) เขตเทศบาลตำบล (4) เขตอบต.

**2. อาการและอาการแสดง**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้สูง | (1) มี | (2) ไม่มี | (9) ไม่ทราบ |
| ปวดศีรษะ | (1) มี | (2) ไม่มี | (9) ไม่ทราบ |
| ปวดกล้ามเนื้อ | (1) มี | (2) ไม่มี | (9) ไม่ทราบ |
| ปวดกระดูกหรือข้อต่อ | (1) มี | (2) ไม่มี | (9) ไม่ทราบ |
| ปวดกระบอกตา | (1) มี | (2) ไม่มี | (9) ไม่ทราบ |
| บวมตามข้อ | (1) มี | (2) ไม่มี | (9) ไม่ทราบ |
| ผื่นแดง | (1) มี | (2) ไม่มี | (9) ไม่ทราบ |
| มีอาการเลือดออกตามผิวหนัง | (1) มี | (2) ไม่มี | (9) ไม่ทราบ |
| อื่นๆ ระบุ ..... | | | |

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

- จำนวนเม็ดเลือดขาว

  (1) มี ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ ..... (2) ไม่มี

- เกล็ดเลือด

  (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
- อื่นๆ ระบุ .....

**4. การรักษา**

- ไปรับการรักษาที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....
- การวินิจฉัย .....
- การรักษา .....

**5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค**

- **แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย**
  - ในบ้านผู้ป่วย CI = ..... %
    จำนวนภาชนะในบ้านที่สำรวจ ..... ภาชนะพบลูกน้ำยุงลาย ..... ภาชนะ
    จำนวนภาชนะนอกบ้านที่สำรวจ ..... ภาชนะพบลูกน้ำยุงลาย ..... ภาชนะ
  - รอบบ้านผู้ป่วยในรัศมี 100 เมตร CI = ..... % HI = ..... % BI = ..... %
    จำนวนภาชนะในบ้านที่สำรวจ ..... ภาชนะพบลูกน้ำยุงลาย ..... ภาชนะ
    จำนวนภาชนะนอกบ้านที่สำรวจ ..... ภาชนะพบลูกน้ำยุงลาย ..... ภาชนะ
    จำนวนบ้านที่สำรวจ ..... หลังคาเรือนพบลูกน้ำยุงลาย ..... หลังคาเรือน
  - ในโรงเรียนที่ผู้ป่วยเรียน CI = ..... %
    จำนวนภาชนะภายในอาคาร ..... ภาชนะพบลูกน้ำยุงลาย ..... ภาชนะ
    จำนวนภาชนะภายนอกอาคาร ..... ภาชนะพบลูกน้ำยุงลาย ..... ภาชนะ
  - ในวัด / ศูนย์เด็กเล็ก CI = ..... %
    จำนวนภาชนะทั้งหมดที่สำรวจ ..... ภาชนะพบลูกน้ำยุงลาย ..... ภาชนะ
  - แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอื่นๆนอกจากภาชนะที่มนุษย์ทำขึ้นเช่นน้ำขังบนกาบใบพืช CI = ..... %
    จำนวนแหล่งเพาะพันธุ์ทั้งหมดที่สำรวจ ..... แหล่งพบลูกน้ำยุงลาย ..... แหล่ง

**6. แหล่งรังโรค**

6.1 ในช่วง 12 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปที่ไหนบ้าง

(1) เคย (2) ไม่เคย

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

6.2 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคชิคุนกุนย่าในช่วง 12 วันก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

(1) มี ระบุ (2) ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันเริ่มป่วย .....

2. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันเริ่มป่วย .....

6.3 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครูป่วยเป็นโรคชิคุนกุนย่าในช่วง 12 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

(1) มี ระบุ (2) ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันเริ่มป่วย .....

2. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันเริ่มป่วย .....

6.4 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคชิคุนกุนย่าในช่วง 12 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

(1) มี ระบุ (2) ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันเริ่มป่วย .....

2. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันเริ่มป่วย .....

**7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น**

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคชิคุนกุนย่าในช่วง 12 วันหลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

(1) มี ระบุ (2) ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันเริ่มป่วย .....

2. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันเริ่มป่วย .....

7.2 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครูป่วยเป็นโรคชิคุนกุนย่าในช่วง 12 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

(1) มี ระบุ (2) ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันเริ่มป่วย .....

2. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันเริ่มป่วย .....

7.3 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคชิคุนกุนย่าในช่วง 12 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

(1) มี ระบุ (2) ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันเริ่มป่วย .....

2. ชื่อ ..... อายุ ..... ปี วันเริ่มป่วย .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

# แบบสอบสวนไข้มาลาเรีย

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ ..... 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.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ [1] ป่วยวินิจฉัย ..... [2] ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

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

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

[5] ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ .....

ในอดีตเคยเจ็บป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียบ้างหรือไม่ .....

**2. อาการและอาการแสดง**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้ | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ตับโต/ม้ามโต | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| หนาวสั่น | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ปวดศีรษะ | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| คลื่นไส้ อาเจียน | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ตาเหลือง | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ชีด | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ปัสสาวะสีดำ | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| อื่นๆ ระบุ ..... | | | |

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

3.1 การตรวจ Thick film

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

3.2 การตรวจThin film

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

3.3 อื่นๆ ระบุ .....

**4. การรักษา**

4.1 การใช้ยารักษาขั้นต้น

| | | |
|---|---|---|
| Fansidar | [1] ใช้ วันที่ให้การรักษา ..... | [2] ไม่ใช้ |
| Primaquine | [1] ใช้ วันที่ให้การรักษา ..... | [2] ไม่ใช้ |

4.2 การใช้ยารักษาขั้นหายขาด

| | | |
|---|---|---|
| Mefloquine | [1] ใช้ วันที่ให้การรักษา ..... | [2] ไม่ใช้ |
| Primaquine | [1] ใช้ วันที่ให้การรักษา ..... | [2] ไม่ใช้ |
| Quinine | [1] ใช้ วันที่ให้การรักษา ..... | [2] ไม่ใช้ |
| Tetracyclin | [1] ใช้ วันที่ให้การรักษา ..... | [2] ไม่ใช้ |
| Artemether | [1] ใช้ วันที่ให้การรักษา ..... | [2] ไม่ใช้ |
| Artesunate | [1] ใช้ วันที่ให้การรักษา ..... | [2] ไม่ใช้ |
| Chloroquine | [1] ใช้ วันที่ให้การรักษา ..... | [2] ไม่ใช้ |

**5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค**

5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

[1] หาของป่า/ล่าสัตว์
ทำมาเป็นระยะเวลา .....
ระบุสถานที่ที่ทำ .....

[2] ทำป่าไม้
ทำมาเป็นระยะเวลา .....
ระบุสถานที่ที่ทำ .....

[3] นักสำรวจป่า/ธรรมชาติ
ทำมาเป็นระยะเวลา .....
ระบุสถานที่ที่ทำ .....

[3] ทหาร/ตำรวจตระเวณชายแดน
ทำมาเป็นระยะเวลา .....
ระบุสถานที่ที่ทำ .....

[3] อื่นๆ (ระบุ) .....

5.2 งานอดิเรก

[1] หาของป่า/ล่าสัตว์
ระบุสถานที่ที่ทำ .....

[2] ท่องเที่ยว
ระบุสถานที่ที่ทำ .....

**6. แหล่งรังโรค**

6.1 ในช่วง 60 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปที่ไหนบ้าง [1] เคย ระบุ [2] ไม่เคย

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

6.2 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

[1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

6.3 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

[1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

6.4 มีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจากหมู่บ้านอื่นมาพักอาศัยร่วมบ้านหรือบ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ในช่วง 60 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

[1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

**7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น**

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

[1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

7.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

[1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

ชื่อผู้สอบสวน .....

ตำแหน่ง ..... ที่ทำงาน .....

วันที่สอบสวน ..... โทรศัพท์ .....

# แบบสอบสวนกลุ่มอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ/ไข้สมองอักเสบ

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

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

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ [1] ป่วยวินิจฉัย ..... [2] ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

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

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

[5] ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ .....

**2. อาการและอาการแสดง**

ประวัติการได้รับวัคซีนได้ข้อมูลจาก .....

JE [1] ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....
[2] ไม่ได้รับ
[9] ไม่ทราบ

DTP [1] ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....
[2] ไม่ได้รับ
[9] ไม่ทราบ

BCG [1] ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....
[2] ไม่ได้รับ
[9] ไม่ทราบ

อื่นๆ ระบุ ..... ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้ | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ปวดศีรษะรุนแรง | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ปวดกระบอกตา | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ชักแข็งเกร็ง | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| คอแข็ง | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| หลังแข็ง | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ความรู้สึกสับสน (confusion) | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ไม่รู้สึกตัว | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |

อื่นๆ ระบุ .....

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

3.1 เจาะเลือด (C.B.C.) วันที่ .....

ผลจำนวนเม็ดเลือดขาว ..... ต่อ ลบ.มม.

Neutrophil ..... % (ค่าปกติ 55 - 75%) Lymphocyte ..... % (ค่าปกติ 20 - 35%)

Eosinophil..... % (ค่าปกติ 1 - 3%) Monocyte ..... % (ค่าปกติ 2 - 6%)

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากโลหิต [1] ทำ วันที่ ..... ผล ..... [2] ไม่ได้ทำ

3.2 เจาะน้ำไขสันหลัง (C.S.F.) วันที่ .....

ลักษณะของน้ำไขสันหลัง [1] ขุ่น [2] ใส

จำนวนเซลล์ (Blood Count) ..... ต่อ ลบ.มม.

(Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... %)

น้ำตาล ..... mg% protein ..... mg%

ย้อมเชื้อจากน้ำไขสันหลัง [1] ทำ วันที่ ..... ผล ..... [2] ไม่ได้ทำ

ตรวจ Indian ink [1] ทำ วันที่ ..... ผล ..... [2] ไม่ได้ทำ

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากน้ำไขสันหลัง [1] ทำ วันที่ ..... ผล ..... [2] ไม่ได้ทำ

3.3 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา

- HI test เจาะเลือด ระยะ Acute เมื่อวันที่ ..... ผล .....

  เจาะเลือดระยะ Convalescence เมื่อวันที่ ..... ผล .....

- ELISA IgM น้ำเหลือง [1] ทำ วันที่ ..... ผล .....

  [2] ไม่ได้ตรวจ

  น้ำไขสันหลัง [1] ทำ วันที่ ..... ผล .....

  [2] ไม่ได้ตรวจ

- IFA น้ำเหลือง [1] ทำ วันที่ ..... ผล .....

  [2] ไม่ได้ตรวจ

  น้ำไขสันหลัง [1] ทำ วันที่ ..... ผล .....

  [2] ไม่ได้ตรวจ

**4. การรักษา**

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับจากการตรวจรักษาครั้งแรก .....

**5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค**

**5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ**

[1] ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์

ทำมาเป็นระยะเวลา .....

ระบุสถานที่ที่ทำ .....

[2] ทำงานในโรงฆ่าสัตว์

ทำมาเป็นระยะเวลา .....

ระบุสถานที่ที่ทำ .....

[3] อื่นๆ ( ระบุ ) .....

**5.2 ประวัติการสัมผัสโรค**

- เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

| | | | |
|---|---|---|---|
| หอยโข่ง | 1 สุก | 2 ดิบ | 3 ดิบๆ สุกๆ |
| หอยเชอรี่ | 1 สุก | 2 ดิบ | 3 ดิบๆ สุกๆ |
| ..... | 1 สุก | 2 ดิบ | 3 ดิบๆ สุกๆ |
| ..... | 1 สุก | 2 ดิบ | 3 ดิบๆ สุกๆ |
| ..... | 1 สุก | 2 ดิบ | 3 ดิบๆ สุกๆ |

- เกี่ยวกับการสัมผัส สัตว์เศรษฐกิจ และสัตว์อื่นๆ ภายใน 30 วันก่อนป่วย

| | | | |
|---|---|---|---|
| เลี้ยงสุกร | 1 มี | 2 ไม่มี | 3 ไม่ทราบ |
| ทำงานโรงฆ่าสัตว์ | 1 มี | 2 ไม่มี | 3 ไม่ทราบ |
| ขายเนื้อสุกร | 1 มี | 2 ไม่มี | 3 ไม่ทราบ |
| ฆ่าสุกร | 1 มี | 2 ไม่มี | 3 ไม่ทราบ |
| ขนส่งสุกรมีชีวิต | 1 มี | 2 ไม่มี | 3 ไม่ทราบ |

**ได้สัมผัสกับสัตว์**

| | | |
|---|---|---|
| หมู | 1 เคย | 2 ไม่เคย |
| ม้า | 1 เคย | 2 ไม่เคย |
| ค้างคาว | 1 เคย | 2 ไม่เคย |
| นกพิราบ | 1 เคย | 2 ไม่เคย |

อื่นๆ ระบุ .....

**5.3 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม**

- สภาพบ้าน มีมุ้งลวดรอบบ้านหรือไม่ 1 มี 2 ไม่มี
  นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่ 1 มี 2 ไม่มี
- บริเวณรอบบ้าน มีทุ่งนาหรือไม่ 1 มี 2 ไม่มี
  มีคอกสัตว์หรือไม่ 1 มี ระบุชนิดสัตว์ ..... 2 ไม่มี
- ในหมู่บ้าน มีฟาร์ม/คอกสัตว์หรือไม่ 1 มี ระบุชนิดสัตว์ ..... 2 ไม่มี
  มีค้างคาวกินผลไม้ชุกชุมหรือไม่ 1 มี ระบุบริเวณ ..... 2 ไม่มี
  มีนกพิราบ/นกเขาชุกชุมหรือไม่ 1 มี ระบุบริเวณ ..... 2 ไม่มี
- เคยเดินทางไปที่ไหน (ภายใน 30 วันก่อนป่วย) หรือไม่
- ระบุ ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
  สภาพพื้นที่ 1 ทุ่งนา 2 คอกสัตว์ 3 อื่นๆ (ระบุ) .....
- ระบุ ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
  สภาพพื้นที่ 1 ทุ่งนา 2 คอกสัตว์ 3 อื่นๆ (ระบุ) .....

**6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น**

6.1 ผู้ป่วยรายอื่น ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย

- มีสมาชิกในบ้านที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

  [1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

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

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

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่บ้านติดกันและละแวกบ้านเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

  [1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

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

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

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่โรงเรียน/ที่ทำงาน เดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

  [1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

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

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

6.2 ผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวนโรค .....

ตำแหน่ง ..... ที่ทำงาน .....

โทรศัพท์ ..... วันที่สอบสวน .....

# แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดนก/ไข้หวัดใหญ่

**1. ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อ-นามสกุล เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ปี

สัญชาติ เชื้อชาติ อาชีพ.

(ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น นักเรียน, นักบวช, ทหาร, นักโทษ เป็นต้น และหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าลักษณะการทำงานที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยอย่างไร)

สถานที่ทำงาน (ระบุชื่อ) ตำบล อำเภอ

จังหวัด โทรศัพท์ที่ทำงาน ...

ที่อยู่ขณะป่วย เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน .... ตำบล อำเภอ

จังหวัด โทรศัพท์ บ้าน มือถือ

ผู้ให้ข้อมูล ☐ ผู้ป่วย ☐ ญาติ ระบุความสัมพันธ์ ☐ อื่นๆ ระบุ

**2. ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ**

2.1 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสสัตว์ปีก (ฟาร์ม/เลี้ยง/ในธรรมชาติ) เช่น จับ ขำแหละ ฝังกลบ หรือรับประทาน สุกๆ ดิบๆ เป็นต้น

☐ ไม่มี ☐ มีระบุลักษณะการสัมผัส

2.2 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสุกร หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ ที่ป่วย/ตายผิดปกติหรือไม่ทราบสาเหตุ

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ (วัน/เดือน/ปี ที่สัมผัส) ชนิดสัตว์

2.3 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านพักอาศัยในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกป่วยตายมากผิดปกติหรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม

☐ ไม่มี ☐ มี

2.4 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้สัมผัสอูฐหรือดื่มนมอูฐ

☐ ไม่มี ☐ มีระบุลักษณะการสัมผัส

2.5 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านอาศัยอยู่ หรือ มีการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด

☐ ไม่มี ☐ มีถ้ามีระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

ชื่อประเทศ เมือง/จังหวัด อำเภอ

วันที่ไป วันที่กลับ ...

เหตุผลของการเดินทางไปประเทศดังกล่าว

มีประวัติเข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลขณะอยู่ที่ประเทศดังกล่าวหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มีระบุวันที่เข้าโรงพยาบาล ชื่อโรงพยาบาล

2.6 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านให้การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก/ปอดอักเสบหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มีระบุความสัมพันธ์ ชื่อ (หากสามารถระบุได้)

2.7 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

2.8 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ ระบุ

2.9 ผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน

☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ระบุรายละเอียดของผู้ป่วยปอดอักเสบรายอื่น

ชื่อ-สกุล วันเริ่มป่วย ...

อาการ ...

การวินิจฉัย ... โรงพยาบาลที่วินิจฉัย .....

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ ...

**3. ข้อมูลการเจ็บป่วย**

3.1 วันเริ่มป่วยวันที่ เดือน พ.ศ. ...

3.2 สถานที่รักษา (ครั้งแรก) วันที่ ...

เป็น ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน สถานที่ Admit วันที่.

3.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือโรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)

☐ โรคปอดเรื้อรัง เช่น COPD, chronic bronchitis, chronic bronchiectasis, BPD หรือหอบ (asthma) ที่กำลังรักษา

☐ โรคหัวใจ เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด, โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ congestive heart failure

☐ โรคตับเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง (cirrhosis) ☐ โรคไต, ไตวาย

☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง

☐ โลหิตจาง (ธาลัสซีเมีย, sickle cell anemia)

☐ พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ☐ ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สัปดาห์

☐ อ้วน ส่วนสูง เซนติเมตร น้ำหนัก กิโลกรัม (BMI = )

☐ มะเร็งที่กำลังรักษา ระบุประเภท ☐ อื่นๆ

ประวัติการสูบบุหรี่ ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ ถ้าสูบ ☐ ยังสูบ ปริมาณมวน/ซอง ต่อวัน/สัปดาห์

☐ หยุดสูบ เลิกมานาน

ประวัติการดื่มสุรา ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม ถ้าดื่ม ☐ ยังดื่ม ปริมาณต่อวัน/สัปดาห์

☐ หยุดดื่ม เลิกมานาน

3.4 ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ☐ ไม่เคยได้รับ ☐ เคยได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ

3.5 อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล

3.6 อาการผู้ป่วยตั้งแต่วันเริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน

| อาการและอาการแสดง | วันเริ่มป่วย | | วันที่หลังวันเริ่มป่วย | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | |
| | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี |
| ไข้ (ระบุ Temp °c) | | | | | | | | | | | | | | |
| ไอ | | | | | | | | | | | | | | |
| เจ็บคอ | | | | | | | | | | | | | | |
| มีน้ำมูก | | | | | | | | | | | | | | |
| มีเสมหะ | | | | | | | | | | | | | | |
| หายใจลำบาก | | | | | | | | | | | | | | |
| หอบเหนื่อย | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดกล้ามเนื้อ | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดศีรษะ | | | | | | | | | | | | | | |
| ถ่ายเหลว | | | | | | | | | | | | | | |

อาการอื่นๆ ระบุ (ถ้ามี) ...

เครื่องช่วยหายใจ ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุวันที่ใส่ ...

การรักษา ได้รับยาต้านไวรัส ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุชื่อยา ...

ขนาดที่ได้รับ วันที่เริ่มให้ยา วันที่หยุดยา ...

## 4. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.1 CBC ครั้งที่ 1 : วันที่ ผล Hb % Hct % WBC cell/ml Neutrophil % Lymphocyte % Atypical lymphocyte % Monocyte % Eosinophil % Platelet count cell/ml

ครั้งที่ 2 : วันที่ผล Hb % Hct % WBC cell/ml Neutrophil % Lymphocyte % Atypical lymphocyte % Monocyte % Eosinophil % Platelet count cell/ml

4.2 Sputum gram stain : วันที่ ผล ...

4.3 Sputum AFB ครั้งที่ 1 : วันที่ ผล ...

ครั้งที่ 2 : วันที่ ผล ...

ครั้งที่ 3 : วันที่ ผล ...

4.4 Sputum culture : วันที่ ผล ...

4.5 Hemo-cuture : วันที่ ผล ...

4.6 CXR ครั้งที่ 1 : วันที่ ผล ...

ครั้งที่ 2 : วันที่ ผล ...

ครั้งที่ 3 : วันที่ ผล ...

4.7 Rapid test (สำหรับไข้หวัดใหญ่) : ระบุชื่อชุดทดสอบ.

วันที่ ผล ...

4.8 Rena function test : วันที่ ผล BUN Cr GFR...

4.9 Lever function test : วันที่ ผล SGOT SGPT ALP.

Total Bilirubin Direct Bilirubin.

Total Protein Albumin Globulin.

**5. การเก็บวัตถุตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ** ☐ ไม่เก็บ ☐ เก็บ ระบุตัวอย่างที่เก็บ

☐ Nasopharyngeal swab วันที่เก็บ ...

☐ Throat swab/Oropharyngeal swab วันที่เก็บ ...

☐ Nasopharyngeal swab + Throat swab/Oropharyngeal swab ใน VTM วันที่เก็บ ...

☐ Nasopharyngeal aspirate ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ ...

☐ Nasopharyngeal wash ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ ...

☐ เสมหะในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ ...

☐ Tracheal suction วันที่เก็บ ...

☐ ตัวอย่างเลือด ครั้งที่ 1 วันที่เก็บ ... ครั้งที่ 2 วันที่เก็บ ...

(กรณีส่งตรวจหา MERS-CoV ควรเก็บตัวอย่างเลือด 8 มล. และการเก็บตัวอย่างครั้งที่สองต้องห่างจากครั้งแรก 14 - 21 วัน)

ส่งตรวจที่ วันที่ส่ง เพื่อตรวจหา ...

**6. การวินิจฉัยเบื้องต้น**

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย ...

**7. กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต** ได้ทำการผ่าพิสูจน์ศพหรือไม่ ☐ ไม่ทำ ☐ ทำ ผล.

ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน ..... หน่วยงาน .....

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ ..... วันที่สอบสวน .....

ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ..... เมื่อวันที่ .....

ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักระบาดวิทยาเมื่อวันที่ .....

สำนักระบาดวิทยา โทรศัพท์ 061-6639101, 02-5901882, 02-5901779, 02-5903839

โทรสาร 02-5918579, 02-5903308

Email: outbreak@health.moph.go.th, satmers@ddc.mail.go.th

8. **การค้นหาผู้สัมผัส** (รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระยะป่วย ระบุลักษณะการสัมผัสถ้ามีอาการป่วยกรุณาระบุอาการด้วย)

| ที่ | ชื่อ-สกุล | เพศ | อายุ | ที่อยู่/ เบอร์โทรศัพท์ | วันที่สัมผัส | ลักษณะการสัมผัส | ป่วย/ไม่ป่วย กรณีป่วย ระบุวันเริ่มป่วยและอาการ | การใส่อุปกรณ์ป้องกัน |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

ส่วนที่ 2 การติดตามลักษณะอาการผู้ป่วยหลังการสอบสวน

| อาการและอาการแสดง | วันแรกรับ | | วันที่หลังนอนโรงพยาบาล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | | 12 | |
| | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี |
| ไข้ (ระบุ Temp °c) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ไอ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เจ็บคอ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| มีน้ำมูก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| มีเสมหะ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| หายใจลำบาก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| หอบเหนื่อย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดกล้ามเนื้อ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดศีรษะ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ถ่ายเหลว | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| อุณหภูมิร่างกายสูงสุด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| อุณหภูมิร่างกายต่ำสุด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ชีพจรสูงสุด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oxygen sat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่าผิดปกติ | | |
|---|---|---|
| สิ่งที่ตรวจ | วันที่เก็บ | ผลการตรวจ |
| CBC | | |
| CXR | | |
| Sputum gram stain | | |
| Sputum culture | | |
| Hemoculture | | |
| อื่นๆ | | |

| การตรวจหาเชื้อปอดอักเสบ | วันที่เก็บ | ผลการตรวจ |
|---|---|---|
| Influenza A | | |
| Influenza B | | |
| Adeno virus | | |
| Respiratory syncytial virus | | |
| Corona virus ครั้งที่ 1 | | |
| Corona virus ครั้งที่ 2 | | |
| Chlamydia | | |
| Mycoplasma | | |
| Legionella | | |
| อื่นๆ | | |

# แบบสอบสวนไข้หัด

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

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

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

ตำบล ..... อำเภอ .....จังหวัด .....

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

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

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

ตั้งอยู่หมู่ที่ .... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ [1] ป่วยวินิจฉัย ..... [2] ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

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

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

[5] ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นระบุ .....

**2. ประวัติการเจ็บป่วยในครั้งนี้**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้ | | [1] มี เริ่มวันที่ ..... | [2] ไม่มี |
| ไอ | | [1] มี เริ่มวันที่ ..... | [2] ไม่มี |
| ตาแดง | | [1] มี เริ่มวันที่ ..... | [2] ไม่มี |
| ผื่น | | [1] มี เริ่มวันที่ ..... | [2] ไม่มี |
| น้ำมูกไหล | | [1] มี เริ่มวันที่ ..... | [2] ไม่มี |
| **ขณะมีผื่นยังมีไข้หรือไม่** | | [1] มี เริ่มวันที่ ..... | [2] ไม่มี |
| **อาการแทรกซ้อน** | ปอดอักเสบ | [1] มี เริ่มวันที่ ..... | [2] ไม่มี |
| | อุจจาระร่วง | [1] มี เริ่มวันที่ ..... | [2] ไม่มี |
| | หูน้ำหนวก | [1] มี เริ่มวันที่ ..... | [2] ไม่มี |
| | สมองอักเสบ | [1] มี เริ่มวันที่ ..... | [2] ไม่มี |

**3. ปัจจัยเสี่ยง**

3.1 เคยป่วยเป็นโรคหัดหรือไม่ [1] เคย เมื่อ ..... สถานที่รักษา .....

[2] ไม่เคย

3.2 เคยรับการฉีดวัคซีนหัดหรือไม่ [1] เคย จำนวน ..... เข็ม ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....

สถานที่ฉีดวัคซีน .....

[2] ไม่เคย

3.3 น้ำหนัก ..... ก.ก.

3.4 ผู้ป่วยมีภาวะขาดอาหารหรือไม่ [1] ขาดอาหารระดับที่ 1 [2] ขาดอาหารระดับที่ 2 [3] ขาดอาหารระดับที่ 3 [4] ปกติ

**4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

4.1 เพื่อแยกเชื้อ ( ) Heparinized blood ( ) Nasal swab/Throat swab
( ) อื่นๆ ระบุ .....

4.2 เพื่อตรวจแอนติบอดี ( ) Serum ( ) CSF
เจาะครั้งแรก วันที่ .....
เจาะครั้งที่ 2 วันที่ .....

**5. แหล่งรังโรค / ผู้ป่วยรายอื่น**

5.1 ในช่วง 1 - 2 สัปดาห์ สัมผัสกับผู้สงสัยป่วยเป็นโรคหัดหรือไม่ ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... ที่อยู่ .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... ที่อยู่ .....

5.2 มีผู้ป่วยโรคหัดรายอื่นๆ ในละแวกบ้านหรือไม่ ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....
   ประวัติการได้รับวัคซีน ..... ที่อยู่ .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....
   ประวัติการได้รับวัคซีน ..... ที่อยู่ .....

**6. ผู้สัมผัส**

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

6.2 ผู้สัมผัสในชุมชน

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

6.3 ผู้สัมผัสในโรงเรียน

นักเรียนชั้น ..... จำนวน ..... คน
นักเรียนชั้น ..... จำนวน ..... คน
นักเรียนชั้น ..... จำนวน ..... คน

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

# แบบสอบสวนไข้หัดเยอรมัน

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

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

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

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

ตั้งอยู่หมู่ที่ .... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ [1] ป่วยวินิจฉัย ..... [2] ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

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

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

[5] ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นระบุ .....

**2. ข้อมูลการเจ็บป่วย**

สถานที่รักษาในปัจจุบัน ..... H.N. .....

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

ไข้ [1] ไม่มี [2] มี ..... องศา ณ วันที่เริ่มมีไข้ .....

ผื่นแดงเฉียบพลัน [1] ไม่มี [2] มี

ตำแหน่งที่มีผื่น [1] ทั้งตัว [2] ที่บริเวณ (ระบุ) ..... ระยะเวลาที่ผื่นขึ้นจนถึงผื่นหาย ..... วัน

ต่อมน้ำเหลืองโต [1] หลังหู [2] ท้ายทอย [3] ไม่โต

ปวดข้อ [1] ไม่มี [2] มี

ข้ออักเสบ [1] ไม่มี [2] มี

เยื่อบุตาอักเสบ [1] ไม่มี [2] มี

กรณีเป็นผู้ป่วยเพศหญิง ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ [1] ไม่ [2] ใช่ ระบุอายุครรภ์ ..... สัปดาห์

**3. ประวัติโรคหัดเยอรมัน**

เมื่อป่วยด้วยหัดเยอรมันครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

[1] ไป ระบุชื่อสถานบริการ ..... วันที่ ..... [2] ไม่เคยไป

MMR 1 [1] ได้ เมื่อ ..... [2] ไม่ได้ [3] ไม่ทราบ

MMR 2 [1] ได้ เมื่อ ..... [2] ไม่ได้ [3] ไม่ทราบ

มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ [1] มี [2] ไม่มี

**4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

การเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกันด้วยวิธี HI TEST

| | วันที่เจาะ | วันที่ส่ง | titer |
|---|---|---|---|
| เจาะเลือดครั้งที่ 1 | ..... | ..... | ..... |
| เจาะเลือดครั้งที่ 2 | ..... | ..... | ..... |

การตรวจเพื่อหา Specific Rubella IgM Antibody

วันที่เจาะเลือด ..... ผลการตรวจ .....

การแยกเชื้อไวรัสหัดเยอรมันจาก [1] สิ่งส่งตรวจจากช่องคอ [1] น้ำกลั้วคอ ผลการตรวจ .....

**5. ประวัติการสัมผัสโรค** (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

5.1 ในช่วง 23 วันก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันหรือไม่

[1] เคย [2] ไม่เคย

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

5.2 ในช่วง 23 วันก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

[1] มี [2] ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

5.3 ในช่วง 23 วันก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

[1] มี [2] ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

**6. มีผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายนี้ในช่วง 7 วันก่อนมีผื่นขึ้น และ 4 วันหลังมีผื่นขึ้น**

[1] มี [2] ไม่มี

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

6.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

6.3 ผู้สัมผัสในชุมชน

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

# แบบสอบสวนไข้หัดเยอรมันในครรภ์มารดา

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

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

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

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

ตั้งอยู่หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ [1] ป่วยวินิจฉัย ..... [1] ไม่ป่วย

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

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

[5] ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นระบุ .....

**2. ประวัติการรักษา**

เมื่อป่วยด้วยหัดเยอรมันครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

[1] ไป ระบุชื่อสถานบริการ ..... วันที่ .....

[2] ไม่เคยไป

**3. ข้อมูลการเจ็บป่วย**

สถานที่รักษาในปัจจุบัน ..... H.N. .....

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

☐ น้ำหนักน้อย ☐ หัวใจพิการ ☐ ตาเป็นต้อข้างเดียว ☐ ตาเป็นต้อ 2 ข้าง

☐ ตับโต ☐ ม้ามโต ☐ ตัวเหลือง ☐ ผื่นที่ผิวหนัง

มารดาของผู้ป่วยมีประวัติออกผื่นขณะตั้งครรภ์ ..... เดือน

**4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

การตรวจเพื่อหา Specific Rubella IgM Antibody

วันที่เจาะเลือด ..... ผลการตรวจ .....

ชื่อผู้สอบสวน .....

ตำแหน่ง .....

ที่ทำงาน ..... วันที่สอบสวน .....

โทรศัพท์ .....

# แบบสอบสวนไข้เอนเทอริค/ไข้ทัยฟอยด์/ไข้พาราทัยฟอยด์

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

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

สถานที่ทำงาน ..... **(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง)**

ชื่อผู้ปกครอง ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น ..... โรงเรียน ..... ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง ☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง ☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

วันเริ่มอาการ ..... วันที่มาโรงพยาบาล .....

ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ที่ ..... ☐ หาย ☐ เสียชีวิต วันที่ .....

☐ ไม่สมัครใจอยู่ ☐ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ .....

ประวัติการรับวัคซีนป้องกันไข้ทัยฟอยด์ ☐ ไม่เคยได้รับ ☐ เคยได้รับเมื่อ ..... ☐ ไม่ทราบ

**2. อาการและอาการแสดง**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ไข้สูงลอย | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | ปวดท้อง | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ปวดศีรษะ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | ท้องอืด | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| หนาวสั่น | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | ท้องผูก | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| เบื่ออาหาร | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | ถ่ายเป็นเลือด | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| อาการข๊อค | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | ถ่ายเหลว | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| เยื่อบุช่องท้องอักเสบ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | ถ่ายเป็นน้ำสีเขียว | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ตับโต | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | ม้ามโต | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ห้องปฏิบัติการที่ตรวจระบุ .....

CBC วันที่ตรวจ ..... ผล WBC ..... ลบ./มม.

Widal test วันที่ตรวจ ..... ผล .....

เพาะเชื้อจาก :

| สิ่งส่งตรวจ | วันที่ส่งเพาะเชื้อ | ผลการเพาะเชื้อ | การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น | | | | | | อื่นๆ ระบุ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Ampi | Tetra | Norflox | Cotri | Doxy | Cipro | |
| อุจจาระ | | ☐ พบเชื้อระบุ .....<br>☐ ไม่พบ | | | | | | | |
| ปัสสาวะ | | ☐ พบเชื้อระบุ .....<br>☐ ไม่พบ | | | | | | | |
| เลือด | | ☐ พบเชื้อระบุ .....<br>☐ ไม่พบ | | | | | | | |
| น้ำไขสันหลัง | | ☐ พบเชื้อระบุ .....<br>☐ ไม่พบ | | | | | | | |
| ไขกระดูก | | ☐ พบเชื้อระบุ .....<br>☐ ไม่พบ | | | | | | | |
| อื่นๆ ระบุ | | ☐ พบเชื้อระบุ .....<br>☐ ไม่พบ | | | | | | | |

ส่งตรวจตัวอย่างอาหาร น้ำดื่ม นม อาหารอื่นๆ ที่สงสัย

| ชนิดของตัวอย่างส่งตรวจ | แหล่ง | วันที่เก็บ | ผลการเพาะเชื้อ | การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น | | | | | | อื่นๆ ระบุ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Ampi | Tetra | Norflox | Cotri | Doxy | Cipro | |
| | | | ☐ พบเชื้อระบุ ..... | | | | | | | |
| | | | ☐ ไม่พบ | | | | | | | |
| | | | ☐ พบเชื้อระบุ ..... | | | | | | | |
| | | | ☐ ไม่พบ | | | | | | | |
| | | | ☐ พบเชื้อระบุ ..... | | | | | | | |
| | | | ☐ ไม่พบ | | | | | | | |
| | | | ☐ พบเชื้อระบุ ..... | | | | | | | |
| | | | ☐ ไม่พบ | | | | | | | |

**4. การรักษา**

รับการตรวจรักษาที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

☐ ได้พบแพทย์ ☐ พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ☐ อื่นๆ ระบุ .....

ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค ☐ Typhoid ☐ Paratyphoid ☐ อื่นๆ ระบุ .....

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ .....

☐ ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ..... x ..... ครั้ง ..... วัน

☐ ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ

**5. ปัจจัยเสี่ยง**

ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยเดินทางไปที่ไหนบ้าง

☐ เดินทาง

1. ไปสถานที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... วันที่ .....
2. ไปสถานที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... วันที่ .....

☐ ไม่ได้เดินทาง ☐ จำไม่ได้

ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้มีผู้มาเยี่ยมเยือนหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่

☐ มีผู้มาเยี่ยม ☐ มีผู้มาพักอาศัย ☐ ไม่มี

ผู้ที่มาเยี่ยมเยือนหรือมาพักอาศัย มีใครมีอาการป่วยเหมือนผู้ป่วย

☐ มีอาการป่วย ☐ ไม่มีอาการป่วย ☐ ไม่ทราบ

**พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง** (การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม) ภายใน 3 สัปดาห์ก่อนการป่วยครั้งนี้ **โดยปกติ**รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำที่ไหน

| มื้ออาหาร | สถานที่ | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | บ้าน | โรงเรียน | ร้านอาหาร | รถเข็น | หาบเร่ | อื่นๆ ระบุ |
| เช้า | | | | | | |
| กลางวัน | | | | | | |
| เย็น | | | | | | |
| น้ำดื่ม ระบุประเภท ..... ☐ ต้ม ☐ ไม่ต้ม ☐ กรอง ☐ ขวดปิดสนิท<br>แหล่งน้ำดื่มระบุ ..... | | | | | | |

โอกาสสัมผัส/แพร่โรค

ผู้ประกอบอาหารในครอบครัว มีอาการป่วยเช่นเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่

☐ ไม่มีอาการป่วย ☐ มีอาการป่วยก่อนผู้ป่วย ..... วัน ☐ ป่วยหลังผู้ป่วย

☐ ไปรับการรักษาที่ ..... ☐ ไม่ได้รักษา

ในการสอบสวนโรคได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ rectal swab ในผู้ประกอบอาหารหรือไม่

☐ ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ ☐ ทำการเพาะเชื้อ ☐ พบเชื้อระบุ .....

☐ ไม่พบเชื้อ

**หมายเหตุ** "ในครอบครัว" ให้หมายถึงสถานเลี้ยงดูเด็ก สถานสงเคราะห์หรืออื่นๆ ซึ่งมีการอยู่อาศัยร่วมกันจำนวนมาก

**6. การค้นหาผู้ป่วยทัยฟอยด์, พาราทัยฟอยด์รายอื่น**

การเพาะเชื้อจากอุจจาระของคนในครอบครัว หรือในสถานที่ที่อยู่อาศัยร่วมกันจำนวนมาก เพื่อตรวจหาเชื้อ S.Typhi, S.Paratyphi

| ชื่อ - สกุล | ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | วันที่เก็บอุจจาระ | ผลการเพาะเชื้อ | การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น | | | | | | อาการป่วย | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Ampi | Tetra | Nokflox | Cotri | Doxy | Cipro | มี | ไม่มี |
| | | | ☐ พบเชื้อระบุ .....<br>☐ ไม่พบ | | | | | | | | |
| | | | ☐ พบเชื้อระบุ .....<br>☐ ไม่พบ | | | | | | | | |
| | | | ☐ พบเชื้อระบุ .....<br>☐ ไม่พบ | | | | | | | | |
| | | | ☐ พบเชื้อระบุ .....<br>☐ ไม่พบ | | | | | | | | |

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวนโรค ..... ตำแหน่ง .....

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

**หมายเหตุ** ระยะฟักตัวขึ้นกับจำนวนเชื้อที่ได้รับ ตั้งแต่ 3 วัน - 3 เดือน ปกติ 1 - 3 สัปดาห์
สำหรับ paratyphoidal gastroenteritis 1 - 10 วัน

# แบบสอบสวนโรคผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยคอตีบ

**1. ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อผู้ป่วย ..... นามสกุล ..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ..... ปี

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... บ้าน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

อาชีพ ..... สถานที่ทำงาน ..... กรณีโรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก .....

เบอร์โทรศัพท์ ..... จำนวนสมาชิกครอบครัวในบ้านเดียวกัน ..... คน

**2. ประวัติวัคซีน** ☐ เคยได้รับ <u>กรณีเด็กวัคซีน</u> ☐ ครบตามเกณฑ์ ☐ ไม่ครบ ครั้งล่าสุด วันที่ .....

<u>กรณีผู้ใหญ่</u> จำนวน ..... เข็ม ครั้งล่าสุดวันที่ .....

☐ ไม่เคยได้รับ

**3. อาการและอาการแสดงเบื้องต้น**

☐ ไม่มีข้อมูล

| ประวัติ/อาการ | | | ผลการตรวจร่างกายแรกรับ (กรณีมาโรงพยาบาล) |
|---|---|---|---|
| ☐ ไข้ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ Temp ..... ˚C, BP ..... mmHg, |
| ☐ เจ็บคอ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | PR ..... /min, RR ..... /min |
| ☐ กินได้น้อย | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ Tonsil ☐ Patch ☐ Exudates ☐ Injected |
| ☐ ไอ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ Enlargement ☐ Pharynx ☐ injected ☐ Notinjected |
| ☐ แผ่นฝ้าขาว | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ Lung ☐ Clear ☐ Abnormal |
| ☐ ตำแหน่งที่พบ | ☐ ทอนซิลซ้าย | ☐ ทอนซิลขวา |  |
| ☐ ลิ้นไก่ | ☐ คอหอยส่วนหลัง | |  |
| ☐ คอบวม | ☐ มี | ☐ ไม่มี | |
| ☐ อื่นๆ ระบุ ..... | | | |

วันเริ่มป่วย (อาการแรก) .....

รับการรักษาครั้งแรกที่ ☐ รพ.สต. ..... วันที่ ..... วินิจฉัย .....

☐ รพ. ..... วันที่ ..... วินิจฉัย .....

☐ นอนโรงพยาบาล ☐ ผู้ป่วยนอก

<u>ภาวะแทรกซ้อน</u> ☐ แน่นหน้าอก ☐ หายใจไม่ออก ☐ กลืนลำบาก ☐ สำลักน้ำ ☐ แขนขาอ่อนแรง

☐ วินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ☐ วินิจฉัยทางเดินหายใจอุดตัน ☐ วินิจฉัยเส้นประสาทอักเสบ

**4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

การตรวจ CBC: Hct ..... mg%, WBC ....., PMN ..... %, L ..... %, Platelet .....

**การเพาะเชื้อ**

☐ Throat swab ครั้งที่ 1 วันที่เก็บ ..... ผลตรวจที่ รพ. ☐ Growth ☐ Nogrowth ใน 2 วัน

ผลตรวจจากกรมวิทย์ฯ ..... ผลตรวจ Toxin ☐ บวก ☐ ลบ

☐ Throatswab ครั้งที่ 2 วันที่เก็บ ..... ผลตรวจที่ รพ. ☐ Growth ☐ Nogrowth ใน 2 วัน

ผลตรวจจากกรมวิทย์ฯ ..... ผลตรวจ Toxin ☐ บวก ☐ ลบ

**5. ประวัติแพ้ยา** ☐ แพ้ยากลุ่มเพนนิซิลิน ☐ แพ้ยากลุ่ม Erythromycin ☐ เคยแพ้เซรุ่มมาก่อน

☐ แพ้ยากลุ่มอื่นๆ ระบุ ..... ☐ ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา

**6. การรักษา** ☐ DAT วันที่ ..... ขนาด ..... หน่วย .....

☐ dT/DPT วันที่ .....

☐ Roxithromycin ☐ Erythromycin ☐ PGS

☐ ใส่ท่อช่วยหายใจ(ET-tube) ☐ เจาะคอ (Tracheostomy)

**7. ประวัติเสี่ยง**

☐ โรคประจำตัว ☐ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ อื่นๆ

☐ มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ

☐ มีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำ ☐ ประวัติสารเสพติด ระบุ

☐ ประวัติเดินทางใน 14 วันก่อนป่วย สถานที่ ..... วันที่ไป .....

☐ สัมผัสผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคคอตีบในระยะ 14 วันก่อนป่วย ระบุชื่อ .....

.....

ลักษณะการสัมผัส

.....

☐ งานเลี้ยงหรืองานเทศกาลในระยะ 14 วันก่อนป่วย ระบุสถานที่ ..... วันที่ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... หน่วยงาน .....

เบอร์โทร .....

# แบบสอบสวนโรคคางทูม

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

อายุ ..... ปี เพศ (1) ชาย (2) หญิง อาชีพ ..... ลักษณะงานที่ทำ .....

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

(1) ในเขตเทศบาลนคร (2) ในเขตเทศบาลเมือง (3) ในเขตเทศบาลตำบล (4) ในเขตอบต.

ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

(1) ในเขตเทศบาลนคร (2) ในเขตเทศบาลเมือง (3) ในเขตเทศบาลตำบล (4) ในเขตอบต.

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียนเรียนอยู่ชั้น ..... โรงเรียน .....

ตั้งอยู่หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ (1) ป่วยวินิจฉัย ..... (2) ไม่ป่วย

**2. ประวัติการเจ็บป่วย**

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

ผลการรักษา (1) กำลังรักษา (2) หาย (3) เสียชีวิตวันที่ .....

(4) ไม่สมัครอยู่ (5) ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นระบุ .....

สถานที่รักษาในปัจจุบัน ..... H.N. .....

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

ปวดบวมที่บริเวณต่อมน้ำลาย (1) มี วันที่ ..... ระบุ ..... ข้าง (2) ไม่มี

ประเภทของต่อมน้ำลายที่บวมปวด

( ) ต่อมน้ำลายหน้าหู (parotid gland)

( ) ต่อมน้ำลายใต้ลิ้น (sublingual gland)

( ) ต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกร (submaxillary gland)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

( ) อัณฑะอักเสบ ( ) รังไข่อักเสบ ( ) เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ( ) สมองอักเสบ

( ) ภาวะหูหนวก ..... ข้าง ( ) เส้นประสาทอักเสบ ( ) ข้ออักเสบ ( ) ไทรอยด์อักเสบ

( ) เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ( ) ตับอ่อนอักเสบ

3. **ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

**การเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกัน**

| | วันที่เจาะ | วันที่ส่ง | titer |
|---|---|---|---|
| เจาะเลือดครั้งที่ 1 | ..... | ..... | ..... |
| เจาะเลือดครั้งที่ 2 | ..... | ..... | ..... |

**การตรวจด้วยวิธี ELISA TEST**

วันที่เจาะเลือด ..... ผลการตรวจ .....

**การแยกเชื้อไวรัสคางทูม**

เก็บตัวอย่างจาก ( ) น้ำลาย ( ) เลือด ( ) ปัสสาวะ ( ) น้ำไขสันหลัง

วันที่เก็บตัวอย่าง .....

ผลการตรวจ .....

4. **ประวัติการได้รับวัคซีน**

MMR 1 ( ) ได้ ( ) ไม่ได้ ( ) ไม่ทราบ วันที่ได้รับวัคซีน .....

MMR 2 ( ) ได้ ( ) ไม่ได้ ( ) ไม่ทราบ วันที่ได้รับวัคซีน .....

มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ ( ) มี ( ) ไม่มี

5. **แหล่งรังโรค** (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบเป็นจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

5.1 ในช่วง 25 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยมีผู้ที่ป่วยด้วยโรคคางทูมที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

( ) มี ระบุ ( ) ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
   ที่อยู่ ..... โทร. .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
   ที่อยู่ ..... โทร. .....

5.2 ในช่วง 25 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยมีผู้ที่ป่วยด้วยโรคคางทูมที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

( ) มี ระบุ ( ) ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
   ที่อยู่ ..... โทร. .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
   ที่อยู่ ..... โทร. .....

6. **การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด** ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ก่อนที่ผู้ป่วยรายนี้จะมีอาการปวดบวมที่ต่อมน้ำลายหรือ 9 วันหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการปวดบวมที่ต่อมน้ำลายหรือไม่

( ) มี ระบุ ( ) ไม่มี

**6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน**

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
   ที่อยู่ ..... โทร. .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
   ที่อยู่ ..... โทร. .....

**6.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน**

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
   ที่อยู่ ..... โทร. .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
   ที่อยู่ ..... โทร. .....

**6.3 ผู้สัมผัสในชุมชน**

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
   ที่อยู่ ..... โทร. .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
   ที่อยู่ ..... โทร. .....

7. **การค้นหาผู้ป่วยรายอื่นๆ** (จุดมุ่งหมายเพื่อทราบว่ามีผู้ป่วยรายอื่นในชุมชนหรือไม่)

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
   ที่อยู่ ..... โทร. .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
   ที่อยู่ ..... โทร. .....

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

# แบบสอบสวนโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิด (อายุไม่เกิน 28 วัน)

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

อายุ ..... ปี เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง HN ..... AN .....

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

( ) ในเขตเทศบาลนคร ( ) ในเขตเทศบาลเมือง ( ) ในเขตเทศบาลตำบล ( ) ในเขต อบต.

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

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

ผลการรักษา ( ) กำลังรักษา ( ) หาย ( ) ตาย ( ) ส่งต่อระบุ .....

**2. การเจ็บป่วย**

2.1 วันเริ่มป่วย ..... วันรับรักษา ..... สถานที่รักษา .....

2.2 ทารกร้องและดูดนมได้ดีในช่วง 2 วันแรกเกิด ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ระบุรายละเอียด .....

.....

2.3 แขนขาเหยียดเกร็ง ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

2.4 ชัก ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

2.5 คอแข็ง ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

2.6 อื่นๆ ระบุ .....

2.7 ผลการรักษา ( ) หาย ( ) ยังรักษาอยู่ ( ) ส่งต่อไปรักษาที่ ..... ( ) เสียชีวิต วันที่ .....

**3. ปัจจัยเสี่ยง**

3.1 สถานที่คลอด ระบุที่ตั้ง ..... คลอดวันที่ .....

3.2 ชื่อผู้ทำคลอด .....

3.3 ตำแหน่งผู้ทำคลอด ( ) พยาบาล ( ) ผดุงครรภ์ ( ) หมอตำแย ( ) อื่นๆ ระบุ .....

3.4 ตำแหน่งของแผลที่สงสัยว่าติดเชื้อ ( ) สะดือ ( ) อื่นๆ ระบุ .....

3.5 อุปกรณ์และวิธีการตัดสายสะดือรวมทั้งการฆ่าเชื้อ ( ) กรรไกร ( ) มีด ( ) ไม้รวก ( ) อื่นๆ ระบุ ...

(อธิบายรายละเอียด) .....

3.6 ใช้สมุนไพร หรือสิ่งอื่นใด พอก ทา ป้ายแผลที่สะดือ ( ) ไม่ใช้ ( ) ใช้ ระบุ .....

เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ ..... (อธิบายรายละเอียด) .....

.....

3.7 การทำความสะอาดแผลที่สะดือทารกหลังคลอด (อธิบายรายละเอียด) .....

.....

3.8 ผู้ทำความสะอาดแผลสะดือเด็กเป็นประจำ ( ) พยาบาล ( ) ผดุงครรภ์ ( ) หมอตำแย

( ) อื่นๆ ระบุ .....

**4. ประวัติวัคซีนของมารดา**

มารดาเคยได้รับการฉีดท็อกซอยด์ป้องกันบาดทะยักหรือไม่

( ) เคย จำนวน ..... ครั้ง ( ) เคยแต่ไม่ทราบจำนวนครั้ง ( ) ไม่เคย ( ) ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

หากเคยได้รับ เข็มล่าสุดเมื่อวันที่ ..... สถานที่ฉีด .....

เข็มก่อนหน้านั้นเมื่อวันที่ ..... สถานที่ฉีด .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

# พยาธิทริคิเนลลา

**1. ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อ - สกุล .....

เลขที่บัตรประชาชน ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

อายุ ..... ปี เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง เชื้อชาติ ..... ศาสนา ..... อาชีพ .....

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

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

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.

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

ผลการรักษา ( ) กำลังรักษา ( ) หาย ( ) เสียชีวิต วันที่ .....

( ) ไม่สมัครใจอยู่ ( ) ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ .....

**2. อาการและอาการแสดง**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้ | ( ) มี เริ่มเมื่อวันที่ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดท้อง | ( ) มี เริ่มเมื่อวันที่ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| คลื่นไส้ | ( ) มี เริ่มเมื่อวันที่ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| อาเจียน | ( ) มี เริ่มเมื่อวันที่ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ท้องเสีย | ( ) มี เริ่มเมื่อวันที่ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดเบ้าตา | ( ) มี เริ่มเมื่อวันที่ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| เปลือกตาบวม | ( ) มี เริ่มเมื่อวันที่ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| หน้าบวม | ( ) มี เริ่มเมื่อวันที่ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ตัวบวม | ( ) มี เริ่มเมื่อวันที่ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดเมื่อยตามตัว | ( ) มี เริ่มเมื่อวันที่ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดบวมกล้ามเนื้อน่อง | ( ) มี เริ่มเมื่อวันที่ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| มีจุดเลือดออกใต้ตา | ( ) มี เริ่มเมื่อวันที่ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| มีจุดเลือดออกใต้เล็บ | ( ) มี เริ่มเมื่อวันที่ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| หายใจขัด หายใจลำบาก | ( ) มี เริ่มเมื่อวันที่ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |

อาการอื่นๆ (ระบุ) .....

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในคน

( ) WBC (วันแรกรับ) วันที่ตรวจ ..... ผล .....

( ) Eosinophile วันที่ตรวจ ..... ผล .....

( ) Creatinine Kinase วันที่ตรวจ ..... ผล .....

( ) การตรวจทางซีรั่ม (ระบุ) :

..... วันที่ตรวจ ..... ผล .....

..... วันที่ตรวจ ..... ผล .....

( ) การตรวจกล้ามเนื้อน่องวันที่ตรวจ ..... ( ) พบตัวอ่อน ( ) ไม่พบ ( ) อื่นๆ ระบุ .....

**4. การรักษา (ระบุยาที่ใช้) :** ..... ขนาดที่ให้ ..... จำนวน ..... วัน

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

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

**5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค**

5.1 ชนิดเนื้อสัตว์ที่สงสัย เช่น อาหารดิบ ไม่สุกพอ หรือรมควัน (ภายใน 1 เดือนก่อนหน้าที่จะแสดงอาการ)

( ) เนื้อสุกรขาวเขา ( ) เนื้อสุกรป่า ( ) เนื้อสุกรฟาร์ม

( ) เนื้อสัตว์ป่า (ระบุ) .....

( ) เนื้อสัตว์อื่นๆ (ระบุ) .....

( ) ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ เช่น แหนม (ระบุชนิดสัตว์) .....

( ) ไม่ทราบ

5.2 แหล่งที่มาของเนื้อ

( ) จากการล่า ( ) ได้รับมาจากเพื่อนบ้าน ( ) เลี้ยงไว้เอง

( ) ซื้อมาจากตลาด/ผู้ขาย (ระบุ) ..... ( ) ได้รับโดยตรงจากฟาร์ม (ระบุ) .....

( ) ได้จากพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ (ระบุ) .....

( ) ไม่ทราบ

5.3 ชนิดของอาหารที่ปรุงจากเนื้อสัตว์

( ) ลาบ รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่ .....

( ) ลู่ รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่ .....

( ) ยำ รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่ .....

( ) ปิ้งและย่าง รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่ .....

( ) แกง รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่ .....

( ) แหนม รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่ .....

( ) อื่นๆ (ระบุ) ..... รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่ .....

**หมายเหตุ** กรณีมีอาหารที่สงสัยหลายชนิด ให้ระบุชนิดเนื้อที่สงสัย แหล่งที่มา วิธีปรุงอาหาร และวันที่รับประทานในแต่ละครั้งแต่ละชนิดของเนื้อ แยกตามชนิดอาหารที่สงสัย

**6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค**

มีผู้ที่ร่วมรับประทานเนื้อสัตว์ตัวเดียวกัน หรือมีบุคคลที่ได้รับแจก/ซื้อเนื้อสัตว์ตัวเดียวกันด้วยหรือไม่

( ) มี ระบุ ( ) ไม่มี

| ลำดับ | ชื่อ | บ้านเลขที่ | อายุ | เพศ | อาการป่วย | | | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | มี | | ไม่มี | |
| | | | | | ระบุอาการ | วันเริ่มป่วย | | |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวนโรค ..... ตำแหน่ง .....

ที่ทำงาน ..... โทรศัพท์ .....

# แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคเมลิออยโดสิส

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

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

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

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

( ) ในเขตเทศบาลนคร ( ) ในเขตเทศบาลเมือง ( ) ในเขตเทศบาลตำบล ( ) ในเขตอบต.

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

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

( ) ในเขตเทศบาลนคร ( ) ในเขตเทศบาลเมือง ( ) ในเขตเทศบาลตำบล ( ) ในเขตอบต.

ชื่อ - สกุลผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

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

ผลการรักษา ณ วันที่ ..... ( ) กำลังรักษา ( ) หาย ( ) ตาย ( ) ส่งต่อระบุ .....

**2. อาการและอาการแสดงก่อนไปโรงพยาบาล**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ไข้** | ( ) มี <2 เดือน | ( ) มี >2 เดือน | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | **ต่อมน้ำลายพาโรติดอักเสบ** | ( ) มี <2 เดือน | ( ) มี >2 เดือน | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| **ไอ มีเสมหะ** | ( ) มี <2 เดือน | ( ) มี >2 เดือน | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | **มีแผลเป็นหนอง** | ( ) มี <2 เดือน | ( ) มี >2 เดือน | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| **เหนื่อยหอบ** | ( ) มี <2 เดือน | ( ) มี >2 เดือน | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | **มีฝีในตับหรือม้าม** | ( ) มี <2 เดือน | ( ) มี >2 เดือน | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| **ปัสสาวะแสบขัด** | ( ) มี <2 เดือน | ( ) มี >2 เดือน | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | **มีฝีที่อื่นๆ** | ( ) มี <2 เดือน | ( ) มี >2 เดือน | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| **ข้ออักเสบ** | ( ) มี <2 เดือน | ( ) มี >2 เดือน | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | **ช็อค** | ( ) มี <2 เดือน | ( ) มี >2 เดือน | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| **ต่อมน้ำเหลืองโต** | ( ) มี <2 เดือน | ( ) มี >2 เดือน | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | **อื่นๆ ระบุ** ..... | ( ) มี <2 เดือน | ( ) มี >2 เดือน | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

3.1 โดยการเพาะเชื้อพบเชื้อเมลิออยด์ จาก ( ) เลือด ( ) เสมหะ ( ) ปัสสาวะ ( ) หนอง ( ) อื่นๆ .....
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2 ระบุ ..... จาก ( ) เลือด ( ) เสมหะ ( ) ปัสสาวะ ( ) หนอง ( ) อื่นๆ .....
ผลการตรวจ .....
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

**4. การรักษา**

4.1 ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

4.2 ได้รับยาปฏิชีวนะโดย ( ) ฉีด ( ) ไม่ได้รับยาฉีด
( ) Ceftazidime เป็นเวลา ..... วัน
( ) Meropenem เป็นเวลา ..... วัน
( ) อื่นๆ ระบุ ..... เป็นเวลา ..... วัน
( ) กินเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ( ) ไม่ได้รับยากิน
( ) Co-trimoxazole เป็นเวลา ..... วัน
( ) Co-amoxyclav เป็นเวลา ..... วัน
( ) อื่นๆ ระบุ ..... เป็นเวลา ..... วัน

**5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค**

5.1 โรคเรื้อรัง/พฤติกรรมที่พบก่อนที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| เบาหวาน | ( ) มี | ( ) ไม่ | ( )ไม่ทราบ | โรคไต | ( ) มี | ( ) ไม่ | ( )ไม่ทราบ |
| ทาลัสซีเมีย | ( ) มี | ( ) ไม่ | ( )ไม่ทราบ | มะเร็ง | ( ) มี | ( ) ไม่ | ( )ไม่ทราบ |
| ติดเหล้า | ( ) มี | ( ) ไม่ | ( )ไม่ทราบ | สูบบุหรี่ | ( ) มี | ( ) ไม่ | ( )ไม่ทราบ |

5.2 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนวันเริ่มป่วย

| | | | |
|---|---|---|---|
| ( ) ทำนา | ทำมาเป็นระยะเวลา .....<br>ระบุสถานที่ที่ทำ ..... | ( ) ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ | ทำมาเป็นระยะเวลา .....<br>ระบุสถานที่ที่ทำ ..... |
| ( ) ทำสวน | ทำมาเป็นระยะเวลา .....<br>ระบุสถานที่ที่ทำ ..... | ( ) ทำงานในโรงฆ่าสัตว์ | ทำมาเป็นระยะเวลา .....<br>ระบุสถานที่ที่ทำ ..... |
| ( ) ทำไร่ | ทำมาเป็นระยะเวลา .....<br>ระบุสถานที่ที่ทำ ..... | ( ) สัมผัสสัตว์ป่วย | |
| ( ) ขุดลอกท่อระบายน้ำ/สระ/คู/คลอง | ทำมาเป็นระยะเวลา .....<br>ระบุสถานที่ที่ทำ ..... | ( ) มักมีบาดแผลจากการประกอบอาชีพ | |
| ( ) จับสัตว์น้ำ | ทำมาเป็นระยะเวลา .....<br>ระบุสถานที่ที่ทำ ..... | ( ) ดื่มน้ำที่ไม่ได้ผ่านการต้มสุก | |
| ( ) เดินลุยน้ำ | ระบุสถานที่ที่ทำ ..... | ( ) กินอาหารสุกๆ ดิบๆ หรือเครื่องในดิบ | |
| | | ( ) กินอาหารที่ล้างไม่สะอาดหรืออาจมีดินปนเปื้อน | |

**6. การค้นหาผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสเฉียบพลันรายอื่น**

6.1 ในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกันหรือสถานที่ประกอบอาชีพที่เดียวกันหรือไม่

( ) มีระบุ ( ) ไม่มี

ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันเริ่มป่วย ..... รักษาที่ .....

ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันเริ่มป่วย ..... รักษาที่ .....

ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันเริ่มป่วย ..... รักษาที่ .....

6.2 ในระยะ 2 สัปดาห์หลังวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกันหรือสถานที่ประกอบอาชีพที่เดียวกันหรือไม่

( ) มีระบุ ( ) ไม่มี

ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันเริ่มป่วย ..... รักษาที่ .....

ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันเริ่มป่วย ..... รักษาที่ .....

ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันเริ่มป่วย ..... รักษาที่ .....

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวนโรค .....ตำแหน่ง .....

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

**หมายเหตุ** : ระยะฟักตัวของโรครายเฉียบพลัน อยู่ระหว่าง 1 - 21 วันแต่ถ้าติดเชื้อแบบเรื้อรังจะนานเป็นเดือนจนถึงหลายปี

# แบบสอบสวนกลุ่มอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากพยาธิ

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

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

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ [1] ป่วยวินิจฉัย ..... [2] ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

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

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

[5] ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นระบุ .....

**2. อาการและอาการแสดง**

ประวัติการได้รับวัคซีนได้ข้อมูลจาก .....

JE [1] ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....
[2] ไม่ได้รับ
[9] ไม่ทราบ

DTP [1] ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....
[2] ไม่ได้รับ
[9] ไม่ทราบ

BCG [1] ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....
[2] ไม่ได้รับ
[9] ไม่ทราบ

อื่นๆ ระบุ ..... ได้รับ ..... ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ .....

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้ | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ปวดศีรษะรุนแรง | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ปวดกระบอกตา | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ชักแข็งเกร็ง | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| คอแข็ง | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| หลังแข็ง | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ความรู้สึกสับสน (confusion) | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| ไม่รู้สึกตัว | [1] มี | [2] ไม่มี | [9] ไม่ทราบ |
| อื่นๆ ระบุ ..... | | | |

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

**3.1 เจาะเลือด (C.B.C.)** วันที่ .....

ผลจำนวนเม็ดเลือดขาว ..... ต่อ ลบ.มม.

Neutrophil ..... % (ค่าปกติ 55 - 75%) Lymphocyte ..... % (ค่าปกติ 20 - 35%)

Eosinophil ..... % (ค่าปกติ 1 - 3%) Monocyte ..... % (ค่าปกติ 2 - 6%)

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากโลหิต [1] ทำ วันที่ ..... ผล .....

[2] ไม่ได้ทำ

**3.2 เจาะน้ำไขสันหลัง (C.S.F.)** วันที่ .....

ลักษณะของน้ำไขสันหลัง [1] ขุ่น [2] ใส

จำนวนเซลล์ (Blood Count) ..... ต่อ ลบ.มม.

(Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... %)

น้ำตาล ..... mg% protein ..... mg%

ย้อมเชื้อจากน้ำไขสันหลัง [1] ทำ วันที่ ..... ผล .....

[2] ไม่ได้ทำ

ตรวจ Indian ink [1] ทำ วันที่ ..... ผล .....

[2] ไม่ได้ทำ

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากน้ำไขสันหลัง [1] ทำ วันที่ ..... ผล .....

[2] ไม่ได้ทำ

**3.3 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา**

- HI test เจาะเลือด ระยะ Acute เมื่อวันที่ ..... ผล .....

  เจาะเลือดระยะ Convalescence เมื่อวันที่ ..... ผล .....

- ELISA IgM น้ำเหลือง [1] ทำ วันที่ ..... ผล .....

  [2] ไม่ได้ตรวจ

  น้ำไขสันหลัง [1] ทำ วันที่ ..... ผล .....

  [2] ไม่ได้ตรวจ

- IFA น้ำเหลือง [1] ทำ วันที่ ..... ผล .....

  [2] ไม่ได้ตรวจ

  น้ำไขสันหลัง [1] ทำ วันที่ ..... ผล .....

  [2] ไม่ได้ตรวจ

**4. การรักษา**

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับจากการตรวจรักษาครั้งแรก .....

## 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

### 5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

1 ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ 2 ทำงานในโรงฆ่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา .....

ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....

3 อื่นๆ ( ระบุ ) .....

### 5.2 ประวัติการสัมผัสโรค

- เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

| | | | |
|---|---|---|---|
| หอยโข่ง | 1 สุก | 2 ดิบ | 3 ดิบๆ สุกๆ |
| หอยเชอรี่ | 1 สุก | 2 ดิบ | 3 ดิบๆ สุกๆ |
| ..... | 1 สุก | 2 ดิบ | 3 ดิบๆ สุกๆ |
| ..... | 1 สุก | 2 ดิบ | 3 ดิบๆ สุกๆ |
| ..... | 1 สุก | 2 ดิบ | 3 ดิบๆ สุกๆ |

- เกี่ยวกับการสัมผัส สัตว์เศรษฐกิจ และสัตว์อื่นๆ ภายใน 30 วันก่อนป่วย

| | | | |
|---|---|---|---|
| เลี้ยงสุกร | 1 มี | 2 ไม่มี | 9 ไม่ทราบ |
| ทำงานโรงฆ่าสัตว์ | 1 มี | 2 ไม่มี | 9 ไม่ทราบ |
| ขายเนื้อสุกร | 1 มี | 2 ไม่มี | 9 ไม่ทราบ |
| ฆ่าสุกร | 1 มี | 2 ไม่มี | 9 ไม่ทราบ |
| ขนส่งสุกรมีชีวิต | 1 มี | 2 ไม่มี | 9 ไม่ทราบ |

**ได้สัมผัสกับสัตว์**

| | | |
|---|---|---|
| หมู | 1 เคย | 2 ไม่เคย |
| ม้า | 1 เคย | 2 ไม่เคย |
| ค้างคาว | 1 เคย | 2 ไม่เคย |
| นกพิราบ | 1 เคย | 2 ไม่เคย |

อื่นๆ ระบุ .....

### 5.3 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

| | | | |
|---|---|---|---|
| • สภาพบ้าน | มีมุ้งลวดรอบบ้านหรือไม่ | 1 มี | 2 ไม่มี |
| | นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่ | 1 มี | 2 ไม่มี |
| • บริเวณรอบบ้าน | มีทุ่งนาหรือไม่ | 1 มี | 2 ไม่มี |
| | มีคอกสัตว์หรือไม่ | 1 มี ระบุชนิดสัตว์ ..... | 2 ไม่มี |
| • ในหมู่บ้าน | มีฟาร์ม/คอกสัตว์หรือไม่ | 1 มี ระบุชนิดสัตว์ ..... | 2 ไม่มี |
| | มีค้างคาวกินผลไม้ชุกชุมหรือไม่ | 1 มี ระบุบริเวณ ..... | 2 ไม่มี |
| | มีนกพิราบ/นกเขาชุกชุมหรือไม่ | 1 มี ระบุบริเวณ ..... | 2 ไม่มี |

- เคยเดินทางไปที่ไหน (ภายใน 30 วันก่อนป่วย) หรือไม่
  - ระบุ ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
    สภาพพื้นที่ [1] ทุ่งนา [2] คอกสัตว์ [3] อื่นๆ (ระบุ) .....
  - ระบุ ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
    สภาพพื้นที่ [1] ทุ่งนา [2] คอกสัตว์ [3] อื่นๆ (ระบุ) .....

## 6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

### 6.1 **ผู้ป่วยรายอื่น** ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย

- มีสมาชิกในบ้านที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

  [1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่บ้านติดกันและละแวกบ้านเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

  [1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่โรงเรียน/ที่ทำงาน เดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

  [1] มี ระบุ [2] ไม่มี

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

### 6.2 **ผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน**

ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....
ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....
ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

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

# แบบสอบสวนกลุ่มอาการไวรัสตับอักเสบเฉียบพลัน

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

อายุ ..... ปี วันเดือนปีเกิด ...../...../..... เพศ (1) ชาย (2) หญิง

อาชีพ ..... ลักษณะงานที่ทำ ..... สถานที่ .....

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น ..... โรงเรียน ..... ที่ตั้งของโรงเรียนถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

(1) ในเขตเทศบาลนคร (2) ในเขตเทศบาลเมือง (3) ในเขตเทศบาลตำบล (4) ในเขต อบต.

ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

(1) ในเขตเทศบาลนคร (2) ในเขตเทศบาลเมือง (3) ในเขตเทศบาลตำบล (4) ในเขต อบต.

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

ผลการรักษา (1) กำลังรักษา (2) หาย (3) เสียชีวิตวันที่ ..... สาเหตุการเสียชีวิต .....

(4) ไม่สมัครใจอยู่ (5) ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นระบุ .....

**ประวัติการเจ็บป่วย/การรับวัคซีน/ปัจจัยเสี่ยง**

- เคยป่วยเป็นโรคดีซ่าน (1) เคย (2) ไม่เคย
- ประวัติการตรวจเลือดเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบ

  (1) ไม่ได้ตรวจ (2) ตรวจเมื่อวันที่ ..... ผลการตรวจ .....

  ☐ พบ anti HAV IgM ☐ พบ anti HCV ☐ พบ anti HBs Ag

  ☐ พบ anti HB IgM ☐ พบ anti HDV IgG ☐ พบ anti HCV RNA

  ☐ พบ anti HB IgG ☐ พบ anti HEV IgM ☐ อื่นๆ ระบุ .....
- ประวัติการรับวัคซีนป้องกันตับอักเสบชนิดเอ

  (1) ไม่ได้รับ (2) ได้รับเมื่อวันที่ .....
- ประวัติการรับวัคซีนป้องกันตับอักเสบชนิดบี

  (1) ไม่ได้รับ (2) ได้รับเข็ม 1 เมื่อวันที่ .....

  ได้รับเข็ม 2 เมื่อวันที่ .....

  ได้รับเข็ม 3 เมื่อวันที่ .....
- ประวัติการรับเลือด (1) เคยเมื่อไร ..... (2) ไม่เคย
- ประวัติการสักหรือเจาะหูเจาะฝั่งเครื่องประดับร่างกาย

  (1) เคยสัก (2) เคยเจาะหู (3) ไม่เคยสัก (4) ไม่เคยเจาะหู

**2. อาการและอาการแสดง**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ตัวเหลืองตาเหลือง | (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ | ซึมลง | (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ |
| ไข้ | (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ | อาเจียน | (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ |
| อ่อนเพลีย | (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ | ปวดแน่นท้อง/ท้องอืด | (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ |
| ครั่นเนื้อครั่นตัว | (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ | ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม | (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ |
| เบื่ออาหาร | (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ | จุกแน่นบริเวณใต้ชายโครงขวา | (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ |
| คลื่นไส้ | (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ | บวม ท้องมาน | |
| เอะอะ โวยวาย | (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ | Prothrom time >4 วินาที | (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ |
| สับสน | (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ | อื่นๆ ..... | |

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :** ห้องปฏิบัติการที่ตรวจระบุ .....

- ซีรั่มเจาะเลือดครั้งแรก วันที่ ..... ผลการตรวจ ..... ทราบผลวันที่ .....
  เจาะเลือดครั้งสอง วันที่ ..... ผลการตรวจ ..... ทราบผลวันที่ .....
- ผลการตรวจตัวอย่างน้ำ

| ชนิดตัวอย่างน้ำ | แหล่งที่เก็บ | วันที่เก็บ | ผลการตรวจเพาะเชื้อ | วันที่ทราบผล |
|---|---|---|---|---|
| | | | ( ) พบเชื้อ ..... | |
| | | | ( ) ไม่พบ | |
| | | | ( ) พบเชื้อ ..... | |
| | | | ( ) ไม่พบ | |
| | | | ( ) พบเชื้อ ..... | |
| | | | ( ) ไม่พบ | |

**3. การรักษา**

- รับการตรวจรักษา ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....
  (1) ได้พบแพทย์ (2) พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (3) อื่นๆ ระบุ .....
- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค .....

**4. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค**

- ร่วมงานเลี้ยง/เทศกาล (1) ร่วม ระบุงาน ..... สถานที่ ..... วันที่ ...../...../.....
  (2) ไม่ร่วม
- **ประวัติการรับประทานอาหาร นม และน้ำโดยปกติหรือในช่วง 1 เดือน**

(1) ดื่มนมสดระบุชนิดของนม ..... แหล่งผลิตนมระบุ .....
(1) ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ
(2) ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี (1) ต้ม (2) พาสเจอไรส์ (3) สเตอริไลซ์
(2) กินผักดิบระบุ ..... (3) กินไอศกรีมแหล่งที่ซื้อระบุ .....

- **โดยปกติรับประทานอาหารที่ไหน**

| มื้ออาหาร | สถานที่ | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | บ้าน | โรงเรียน | ร้านอาหาร | รถเข็น | หาบเร่ | อื่นๆ ระบุ |
| มื้อเช้า | | | | | | |
| มื้อกลางวัน | | | | | | |
| มื้อเย็น | | | | | | |

**5. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่นๆ และผู้สัมผัส**

- ผู้สัมผัสร่วมบ้าน : ผู้ปรุงอาหาร, คนในครอบครัวมีอาการตาเหลืองตัวเหลืองหรือไม่

  (1) ไม่มี (2) มีระบุชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

  ระบุชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

- ผู้สัมผัสในโรงเรียน : เพื่อนในโรงเรียนมีอาการตาเหลืองตัวเหลืองหรือไม่

  (1) ไม่มี (2) มีระบุชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... ชั้นเรียน .....

  ระบุชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... ชั้นเรียน .....

- ผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงดูเด็กหรือสถานสงเคราะห์ฯลฯมีอาการตาเหลืองตัวเหลืองหรือไม่

  (1) ไม่มี (2) มีระบุชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... ทำหน้าที่ .....

  ระบุชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... ทำหน้าที่ .....

- ผู้สัมผัสในชุมชนเพื่อนบ้านใกล้เคียงที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำมีอาการตาเหลืองตัวเหลืองหรือไม่

  (1) ไม่มี (2) มีระบุชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... ที่อยู่ .....

  ระบุชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... ที่อยู่ .....

**หมายเหตุ ระยะฟักตัว**

- Viral Hepatitis A 15 - 50 วัน โดยเฉลี่ย 28 - 30 วัน
- Viral Hepatitis B 45 - 180 วัน เฉลี่ย 60 - 90 วัน สั้นที่สุด 2 สัปดาห์ ยาวที่สุด 6 - 9 เดือน (ที่ตรวจพบ HBs Ag)
- Viral Hepatitis C 2 สัปดาห์ - 6 เดือน ปกติ 6 - 9 สัปดาห์ การติดเชื้อเรื้อรังอาจยาวนานถึง 20 ปี ก่อนเริ่มมีอาการตับแข็งหรือมีเนื้องอกที่ตับ
- Viral Heapatitis D หรือ Delta hepatitis ประมาณ 2 - 8 สัปดาห์
- Viral Hepatitis E 15 - 64 วัน หรือระหว่าง 26 - 42 วัน ในการระบาดในที่ต่างกัน

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

# แบบสอบสวนโรคเยื่อบุตาอักเสบจากเชื้อไวรัส

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

อายุ ..... ปี เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง อาชีพ ..... ศาสนา .....

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

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

( ) ในเขตเทศบาลนคร ( ) ในเขตเทศบาลเมือง ( ) ในเขตเทศบาลตำบล ( ) ในเขต อบต.

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

กรณีเป็นนักเรียน โรงเรียน ..... หมู่ที่ .....

ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

**2. อาการและอาการแสดง**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ตาแดง | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ขี้ตา | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| เลือดออกที่เยื่อบุตา | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ปวดตา | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| กล้ามเนื้ออ่อนแรง | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

| สิ่งส่งตรวจ | วิธีการตรวจ | วันที่ส่ง | สถานที่ตรวจ | ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ |
|---|---|---|---|---|
| น้ำเหลืองครั้ง 1 | | | | |
| น้ำเหลืองครั้ง 2 | | | | |
| Conjunctival swab | Virus isolation | | | |

**4. การรักษา**

| สถานที่รักษา | ยาที่ให้ | วันที่เริ่มให้ | ผลการรักษา |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

**5. ปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยง**

5.1 อาศัยอยู่กับผู้ป่วยตาแดง ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ

5.2 ใช้ของร่วมกัน ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ

**6. ประวัติการสัมผัสโรค/ผู้ป่วยรายอื่น**

ในระยะ 12 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยมีคนที่อยู่ในบ้าน ละแวกบ้านเดียวกันหรือโรงเรียน และมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยหรือไม่

( ) มี ( ) ไม่มี

| ชื่อ-นามสกุล | อายุ | เพศ | ที่อยู่ | วันเริ่มป่วย |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**7. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด**

ในระยะเวลา 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในบ้านเดียวกัน สัมผัสกับผู้ป่วยหรือไม่

( ) มี ( ) ไม่มี

| ชื่อ-นามสกุล | อายุ | เพศ | ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | มีอาการหรือไม่ (บรรยาย) | วันเริ่มป่วย |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

# แบบสอบสวนผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

1. **ข้อมูลทั่วไป** ( ) PUI ไข้ออกผื่น ( ) PUI หญิงตั้งครรภ์ ( ) PUI ทารกศีรษะเล็ก ( ) PUIGBS

ชื่อ ..... นามสกุล ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง อายุ ..... ปี ..... เดือน

อาชีพ (OCC) ..... ลักษณะงานที่ทำ (OCC2) ..... โรคประจำตัว (UD) ..... โทร. .....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

โรงเรียน/สถานที่ทำงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ประวัติเดินทางก่อนป่วย 14 วัน และหลังป่วย 5 วัน (นอกเหนือจากโรงเรียนและที่ทำงาน)

(1) สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....

(2) สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....

(3) สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....

จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่จริง ..... คน ผู้ที่มีอาการไข้/ผื่น จำนวน ..... คน (ระบุ)

(1) ชื่อ ..... ความเกี่ยวข้อง ..... วันที่มีอาการ .....

(2) ชื่อ ..... ความเกี่ยวข้อง ..... วันที่มีอาการ .....

2. **อาการและอาการแสดง**

วันเริ่มป่วยของอาการแรก (ONSET) วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

1) ผื่น (RASH) (1) มี (2) ไม่มี วันเริ่มออกผื่น ...../...../.....

- ชนิดผื่น ..... - ระยะเวลาของผื่น ..... วัน

- บริเวณที่พบผื่น (ใส่ตัวเลขเรียงลำดับก่อน-หลัง) ( ) ใบหน้า ( ) ไรผม ( ) แขน ( ) ขา ( ) ลำตัว ( ) อื่นๆ .....

2) ไข้ (FEVER) (1) มี (2) ไม่มี วันเริ่มมีไข้ ...../...../.....

3) ตาแดง (CONJ) (1) มี (2) ไม่มี วันเริ่มตาแดง ...../...../.....

4) ปวดข้อ (ARTHRI) (1) มี (2) ไม่มี วันเริ่มปวดข้อ ...../...../.....

5) ข้อบวม/แดง/ร้อน (JTSWE) (1) มี (2) ไม่มี วันเริ่มข้อบวม/แดง/ร้อน ...../...../.....

6) ต่อมน้ำเหลืองโต (LYMP) (1) มี (2) ไม่มี ตำแหน่งที่ต่อมน้ำเหลืองโต .....

7) ปวดกล้ามเนื้อ (MYAL) (1) มี (2) ไม่มี

8) ปวดศีรษะ (HEADAC) (1) มี (2) ไม่มี

9) อ่อนเพลีย (FATIQ) (1) มี (2) ไม่มี

10) กลุ่มอาการทางเดินหายใจส่วนบน (URI) (1) มี (2) ไม่มี

11) กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (GBS) (1) มี (2) ไม่มี

12) อื่นๆ ระบุ .....

**ข้อ 13) และ 14) ตอบเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

13) คลอดทารกแรกเกิดศีรษะเล็ก (BABYMICRO) (1) มี (2) ไม่มี (3) ยังไม่ทราบ

14) ทารกในครรภ์ศีรษะเล็ก (FETUSMICRO) (1) มี (2) ไม่มี (3) ยังไม่ทราบ

**3. ปัจจัยเสี่ยงในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย**

1) สัมผัสผู้ป่วยไข้ ออกผื่นก่อนป่วย (RISK1) (1) ใช่ (2) ไม่ใช่
2) ไปทำงานกับคนที่มีอาการไข้ ออกผื่น (RISK2) (1) ใช่ (2) ไม่ใช่
3) มีคนในครอบครัวมีอาการไข้ ออกผื่น (RISK3) (1) ใช่ (2) ไม่ใช่
4) ท่านเดินทางไปในพื้นที่ที่มีประวัติเสี่ยงโรคซิกา (RISK4) (1) ใช่ (2) ไม่ใช่
5) บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคซิกา (RISK5) (1) ใช่ (2) ไม่ใช่
โดยอยู่ในรัศมี (1) 0 - 25 เมตร (2) 26 - 50 เมตร (3) 51 - 100 เมตร (4) เกิน 100 เมตร

**4. การเก็บตัวอย่างตรวจ Zika**

| รายการส่งตรวจ | ระบุวันที่หากมีการส่งตัวอย่างตรวจ | การส่งตรวจ |
|---|---|---|
| 1) Zika PCR จากปัสสาวะ (ZURIDATE) | ...../...../..... | ( ) ส่ง ( ) ไม่ส่ง |
| 2) Zika PCR จากเลือด (ZPCRDATE) | ...../...../..... | ( ) ส่ง ( ) ไม่ส่ง |
| 3) Zika PCR ตัวอย่างอื่นๆ (OTHPCR) โปรดระบุ..... | ...../...../..... | ( ) ส่ง ( ) ไม่ส่ง |
| 4) Zika IgM (ZIgMDATE) เฉพาะเด็กทารก และ GBS | ...../...../..... | ( ) ส่ง ( ) ไม่ส่ง |
| 5) Zika IgG (ZIgGDATE) เฉพาะเด็กหัวเล็กที่ Zika IgM negative | ...../...../..... | ( ) ส่ง ( ) ไม่ส่ง |

**5. สรุปผลการสอบสวน**

1) สรุปผู้ป่วย (CASE) ( ) 1. PUI ( ) 2. Suspected ( ) 3. Confirmed ( ) 4. Asymptomatic infection
2) วันที่ยืนยันการติดเชื้อ เฉพาะกรณีผู้ป่วยยืนยันหรือติดเชื้อไม่มีอาการ (CONFDATE) ...../...../.....
3) ที่มาของผู้ป่วย (TYPE) ( ) 1. มารับการรักษา ( ) 2. หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์
( ) 3. ค้นหาย้อนหลังจากโรงพยาบาล ( ) 4. ค้นหาเพิ่มเติมจากกลุ่มอื่นๆ ระบุ .....
( ) 5. ผู้สัมผัส (กรณีตอบข้อ 5 โปรดระบุ)
เป็นผู้สัมผัสของผู้ป่วยยืนยัน ชื่อ .....
( ) 5.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ( ) 5.2 ผู้สัมผัสร่วมโรงเรียน/ที่ทำงาน ( ) 5.3 ผู้ที่อยู่ในรัศมี 100 เมตร
( ) 5.4 ผู้ที่อยู่นอกรัศมี 100 เมตร ( ) 5.5 หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เป้าหมาย
( ) 5.6 หญิงตั้งครรภ์นอกพื้นที่เป้าหมาย ( ) 5.7 อื่นๆ ระบุ .....

**6. เฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้ถามเพิ่มเติมดังต่อไปนี้**

1) ตั้งครรภ์หรือไม่ (PREG) (1) ใช่ (2) ไม่ใช่ (3) ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
2) เดือนที่กำหนดคลอด (DELIVER) ...../..... ระบุเดือน/ปี
3) อายุครรภ์เมื่อพบครั้งแรก (GAMEET) ..... สัปดาห์
4) อายุครรภ์เมื่อพบหรือสงสัยว่าติดเชื้อ (GAINFECT) ..... สัปดาห์
5) ผลการตั้งครรภ์ (PREGOUT)
(1) คลอดทารกปกติ (2) คลอดทารกผิดปกติ (3) ทารกเสียชีวิตเมื่อแรกเกิด
(4) ทารกตายในครรภ์ (GA 28 wk เป็นต้นไป) (5) แท้งบุตร (GA น้อยกว่า 28 wk) (6) ยังไม่คลอด

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

# แบบสอบสวนผู้ป่วยโรคโรคติดเชื้อสเตร็ปโตคอคคัสซูอิส

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

อายุ ..... ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อาชีพ ..... ศาสนา .....

มีอาการป่วยหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี (ถ้าไม่มีข้ามไปตอบข้อ 5 และ ข้อ 6)

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

ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง ☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

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

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

ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ ตาย ☐ ส่งต่อ ระบุ .....

**2. อาการและอาการแสดง**

2.1 กลุ่มอาการติดเชื้อกระแสโลหิต

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ไข้ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | ปวดท้อง | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | อาเจียน | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| อุจจาระร่วงเฉียบพลัน | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | อื่นๆ (ระบุ) ..... | | | |
| จ้ำเลือด | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | ..... | | | |

2.2 กลุ่มอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ไข้ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | ทรงตัวลำบาก | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ปวดศีรษะ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | การได้ยินลดลง | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| คอแข็ง | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | หูหนวก | | | |
| ชักเกร็ง | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | อื่นๆ (ระบุ) ..... | | | |

2.3 กลุ่มอาการอื่นๆ

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ไข้ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | ข้ออักเสบ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| อุจจาระร่วง | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | ลิ้นหัวใจอักเสบ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| จ้ำเลือด | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | ม่านตาอักเสบ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ |
| ติดเชื้อระบบ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่ทราบ | อื่นๆ (ระบุ) ..... | | | |
| ทางเดินหายใจ | | | | ..... | | | |
| ส่วนบน | | | | ..... | | | |

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

3.1 ย้อมสีกรัม ☐ ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ตรวจ ..... ผล ..... ☐ ไม่ทำ

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2 เพาะเชื้อแบคทีเรีย ☐ ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ตรวจ ..... ผล ..... ☐ ไม่ทำ

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

☐ ทำ เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง วันที่ตรวจ ..... ผล ..... ☐ ไม่ทำ

☐ ทำ เพาะเชื้อจากน้ำไขข้อ วันที่ตรวจ ..... ผล ..... ☐ ไม่ทำ

3.3 อณูชีววิทยา (PCR) ☐ ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ตรวจ ..... ผล ..... ☐ ไม่ทำ

3.4 ตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี ระบุ .....

☐ ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ตรวจ ..... ผล ..... ☐ ไม่ทำ

3.5 ผลการตรวจเลือด

| Hct (%) | Hb | WBC count | Neutrophil | Lymphocyte | Eosinophil | Monocyte | Basophil | Platelet |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

3.6 ผลทางเคมีในเลือดและการทำงานของตับ

| Na | K | Cl | $CO_2$ | BUN | Creatinine | Glucose | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| SGOT | SGPT | Alkaline P | Albumin | Glubulin | Total Bilirubin | Triglyceride | Cholessterol |
| | | | | | | | |

3.7 ผลการตรวจน้ำไขสันหลัง

| จำนวนเซลล์ | Neutrophil | Lymphocyte | น้ำตาล (mg%) | Protein (mg%) | ตรวจ Indian ink |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**4. การรักษา**

☐ ซื้อยากินเอง ชื่อยา .....

☐ ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล ที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... ปี .....

ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่า .....

ยาปฏิชีวนะที่ใช้ ..... ขนาด ..... เริ่มวันที่ .....

ยาปฏิชีวนะที่ใช้ ..... ขนาด ..... เริ่มวันที่ .....

**5. ประวัติการสัมผัสโรค**

5.1 ในระยะ 7 วัน ก่อนมีการ สัมผัสซาก เนื้อ หรือผลิตภัณฑ์ของสัตว์ที่สงสัยว่าตายด้วยโรคแอนแทรกซ์ หรือไม่

☐ มี ระบุ ☐ ไม่มี

☐ เลี้ยงสุกร

สถานที่เลี้ยง ..... ลักษณะการสัมผัส .....

☐ ฆ่าหรือชำแหละสุกร จำนวน ..... ครั้ง สถานที่ชำแหละ .....

☐ ในโรงฆ่าสัตว์ ☐ นอกโรงฆ่าสัตว์

ชื่อและที่อยู่เจ้าของสุกร .....

☐ หั่นเนื้อประกอบอาหาร ระบุชนิดสัตว์ ..... วันที่ ..... เดือน ..... ปี ..... เวลา .....

☐ แหล่งที่มาของเนื้อสุกร .....

☐ ขายหรือขนส่งสุกรมีชีวิตหรือซากสุกร

☐ แหล่งที่มาของเนื้อสุกร .....

☐ อื่นๆ ระบุ .....

5.2 ในระยะ 7 วัน ก่อนเริ่มมีอาการ รับประทานอาหารจากเนื้อหรือเลือดสุกรดิบที่ปรุงดิบหรือไม่สุกพอ หรือไม่

☐ รับประทาน

☐ ลาบ ☐ หลู้ ☐ ยำ ☐ ปิ้งและย่าง ☐ แกง ☐ แหนม ☐ อื่นๆ ระบุ .....

รับประทานเมื่อวันที่ ..... แหล่งที่มาของอาหาร .....

☐ ไม่รับประทาน

## 6. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

6.1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หรือโรคประจำตัว

| | | | |
|---|---|---|---|
| เบาหวาน | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | มะเร็ง ระบุ... | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| ความดันโลหิตสูง | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ตัดม้าม/ไตออก | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| ไขมันในเส้นเลือดผิดปกติ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ตับแข็ง/พิษสุราเรื้อรัง | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| อื่นๆ (ระบุ) ..... | | | |

6.2 ประวัติการดื่มสุรา

☐ ดื่มมานาน ..... ปี ..... เดือน ชนิดสุราที่ดื่ม .....

ดื่มเฉลี่ย ..... ครั้งต่อสัปดาห์ ปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อครั้ง ..... (แก้ว/ขวดกลม/แบน)

☐ ไม่ดื่ม

6.3 ประวัติบาดแผลในช่วง 7 วันก่อนป่วย

☐ มีบาดแผล ระบุตำแหน่ง .....

☐ ไม่มีบาดแผล .....

**7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค**

รายชื่อผู้ร่วมสัมผัส เช่น ผู้เลี้ยงคนอื่น ผู้ร่วมชำแหละ ผู้รับประทานอาหาร

| ลำดับ | ชื่อ | ที่อยู่ | อายุ | เพศ | อาการป่วย | | | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | มีอาการป่วย | | ไม่มี | |
| | | | | | ระบุอาการ | วันเริ่มป่วย | | |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

# แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคเท้าช้าง

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

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

กรณีผู้ป่วยต่ำกว่า 15 ปี ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

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 ระบุ ว.ด.ป. .....

( ) ไม่สมัครอยู่ ( ) ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ .....

**2. อาการและอาการแสดง**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดบวมแดงร้อนบริเวณต่อม และทางเดินน้ำเหลือง | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| อวัยวะบวมโต | ( ) มี ระบุ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ขาบวมโต | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| อื่นๆ ระบุ ..... | | | |

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

3.1 การตรวจ Thick film

( ) มี ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ ..... ( ) ไม่มี

3.2 การตรวจหาแอนติเจนของเชื้อ Wuchereria bancrofti ด้วยวิธี Immnochromatography (Dipstick)

( ) มี ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ ..... ( ) ไม่มี

3.4 อื่นๆ ระบุ .....

**4. การรักษา**

4.1 ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ Diethylcarbamazine ( ) ใช้ วันที่ให้การรักษา ..... ( ) ไม่ใช้

Albendazole ( ) ใช้ วันที่ให้การรักษา ..... ( ) ไม่ใช้

4.2 การรักษาอื่นๆ .....

**5. แหล่งรังโรค**

5.1 ในช่วง 1 เดือน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปที่ไหนบ้าง ( ) เคย ระบุ ..... ( ) ไม่เคย

1. ไปที่ ..... วันที่ .....
2. ไปที่ ..... วันที่ .....

5.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกันป่วยเป็นโรคเท้าช้างภายในระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

( ) มี ระบุ ( ) ไม่มี

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

5.3 มีผู้ป่วยโรคเท้าช้างจากหมู่บ้านอื่นมาพักอาศัยร่วมบ้านหรือบ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกันภายในระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

( ) มี ระบุ ( ) ไม่มี

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

5.4 มีคนต่างชาติอยู่ในละแวกใกล้เคียงบ้านผู้ป่วยเป็นโรคเท้าช้างภายในระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

( ) มี ระบุ ( ) ไม่มี

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

**6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น**

6.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคเท้าช้างภายในระยะเวลา 1 เดือน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

( ) มี ระบุ ( ) ไม่มี

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

6.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคเท้าช้างภายในระยะเวลา 1 เดือน หลังวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

( ) มี ระบุ ( ) ไม่มี

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

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรค (Incubation period) ประมาณ 3 - 9 เดือน เชื้ออาจมีอายุได้นาน 4 - 6 ปี

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

# แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคบรูเซลโลสิส

## 1. ข้อมูลทั่วไป

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

อายุ ..... ปี เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง อาชีพ ..... ศาสนา .....

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

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

( ) ในเขตเทศบาลนคร ( ) ในเขตเทศบาลเมือง ( ) ในเขตเทศบาลตำบล ( ) ในเขตอบต.

ชื่อ - สกุลผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) .....

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

ผลการรักษา ( ) กำลังรักษา ( ) หาย ( ) ตาย ( ) ส่งต่อระบุ .....

## 2. อาการและอาการแสดง

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้สูง | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | ไข้เป็นระยะ ๆ/ เป็น ๆ หาย ๆ | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | เหงื่อออกตอนกลางคืน | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดศีรษะ | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | ปวดข้อ | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| อ่อนเพลียมาก | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | | |
| น้ำหนักลด | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | ตับและม้ามโต | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| อัณฑะบวม แดง ปวด | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | อื่น ๆ ระบุ ..... | |

## 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 ย้อมสีแกรม ( ) ไม่ทำ

( ) ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันส่งตรวจ ..... ผล .....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2 เพาะเชื้อแบคทีเรีย ( ) ไม่ทำ

( ) ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันส่งตรวจ ..... ผล .....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.3 ตรวจทางซีโรโลยีโดยวิธี ระบุ ..... ( ) ไม่ทำ

( ) ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันส่งตรวจ ..... ผล .....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.4 ตรวจสารพันธุกรรมด้วยวิธี PCR ( ) ไม่ทำ

( ) ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันส่งตรวจ ..... ผล .....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

**4. การรักษา**

( ) ซื้อยากินเองชื่อยา ..... ( ) รักษาด้วยยาสมุนไพรชื่อยา .....

( ) ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล ..... วันที่ ..... เดือน ..... ปี .....

ยาปฏิชีวนะที่ใช้

(ครั้งที่ 1) ..... เริ่มวันที่ ..... (ครั้งที่ 2) ..... เริ่มวันที่ .....

( ) ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

**5. ประวัติการสัมผัสโรคในระยะ 6 เดือน**ก่อนเริ่มมีอาการ

5.1 ได้สัมผัสเลือด รกสัตว์

( ) มี ระบุ ..... ( ) ไม่มี

5.2 หายใจเอาฝุ่นละอองที่อยู่ภายในคอกสัตว์

( ) มี ระบุ ..... ( ) ไม่มี

5.3 บริโภคน้ำนมหรือเนื้อสัตว์ หรือไม่

( ) มี ระบุ ..... ( ) ไม่มี

5.4 ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อโรคนี้

( ) มี ระบุ ..... ( ) ไม่มี

5.5 สัมผัสสัตว์ที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีอื่นๆเช่น ท่องเที่ยวในฟาร์มหรือสวนสัตว์หรือล่าสัตว์

( ) มี ระบุ ..... ( ) ไม่มี

**6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค**

6.1 ลักษณะบ้านพักอาศัย

บริเวณบ้านพักอาศัย ( ) พักในฟาร์มหรือเขตเลี้ยงสัตว์ ( ) นอกฟาร์ม

ในกรณีที่พักในฟาร์ม

- การเลี้ยงสัตว์

( ) มี ระบุชนิดสัตว์ ..... ( ) ไม่มี

อื่นๆ อธิบาย .....

6.2 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ

น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ ( ) มี ( ) ไม่มี

การเลี้ยงสัตว์ ( ) มีระบุชนิดสัตว์ ..... ( ) ไม่มี

อื่นๆ อธิบาย .....

6.3 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อบรูเซลลาที่ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่เมื่ออยู่ในเขตเลี้ยงสัตว์ในช่วง 6 เดือนก่อนป่วย

- การสัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นแฉะ ( ) สัมผัส ระบุ ..... ( ) ไม่มีการสัมผัส
- การสัมผัสเลือด ปัสสาวะ สิ่งคัดหลั่ง ( ) สัมผัส ระบุ ..... ( ) ไม่มีการสัมผัส
  จากช่องคลอด ช่วยทำคลอดสัตว์
- การป้องกันตนเอง ( ) สวมรองเท้าแตะ ( ) สวมรองเท้าหุ้มส้นหรือบูธยาว
  ( ) สวมถุงมือสั้น ( ) สวมถุงมือช่วยคลอด
  ( ) ไม่สวมถุงมือ ( ) ไม่สวมรองเท้า
- การเกิดบาดแผล ( ) มีบาดแผลระบุ ( ) ไม่มีบาดแผล
  ตำแหน่งบาดแผล ( ) มือ ( ) แขน ( ) ขา ( ) เท้า ( ) ลำตัว
  ลักษณะบาดแผล ( ) มีเลือดออก ( ) ไม่มีเลือดออก
- ชำแหละซากสัตว์ ( ) มี ( ) ไม่มี
  ระบุชนิดสัตว์ ..... วันที่ ..... เดือน ..... ปี ..... เวลา .....
  สถานที่ชำแหละ .....
  ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์ .....
  ( ) เป็นสัตว์ในท้องที่ ( ) นำมาจาก .....
- หั่นเนื้อประกอบอาหาร ( ) มี ( ) ไม่มี
  ระบุชนิดสัตว์ ..... วันที่ ..... เดือน ..... ปี ..... เวลา .....
- รับประทานเนื้อสัตว์ดิบ ( ) มี ( )ไม่มี
  ระบุชนิดสัตว์ ..... วันที่ ..... เดือน ..... ปี ..... เวลา .....
  ระบุวิธีประกอบอาหาร .....
- บริโภคน้ำนมที่ไม่ผ่านความร้อนอย่างถูกวิธี ( ) มี ( ) ไม่มี
  ระบุชนิดสัตว์ ..... วันที่ ..... เดือน ..... ปี ..... เวลา .....
  ระบุแหล่งที่มา .....
  เหตุผล .....
- เข้าไปรีดนมสัตว์ หรือทำความสะอาดในคอกปศุสัตว์ ( ) มี ( ) ไม่มี
  ระบุชนิดสัตว์ ..... วันที่ ..... เดือน ..... ปี ..... เวลา .....
  ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์ .....
  ( ) เป็นสัตว์ในท้องที่ ( ) นำมาจาก .....

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

# แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคบิด

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

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

เชื้อชาติ ..... สถานที่ ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

(กรณีผู้ป่วยต่ำกว่า 15 ปี ให้ระบุอาชีพผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น ..... โรงเรียน ..... ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

( ) ในเขตเทศบาลนคร ( ) ในเขตเทศบาลเมือง ( ) ในเขตเทศบาลตำบล ( ) ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

( ) ในเขตเทศบาลนคร ( ) ในเขตเทศบาลเมือง ( ) ในเขตเทศบาลตำบล ( ) ในเขต อบต.

วันเริ่มอาการ ..... วันที่มาโรงพยาบาล .....

ผลการรักษา ( ) กำลังรักษา ( ) หาย ( ) เสียชีวิต วันที่ .....

( ) ไม่สมัครใจอยู่ ( ) ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ .....

**2. อาการและอาการแสดง**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ไข้ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ถ่ายเหลว | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดท้องทั่วไป | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ถ่ายเป็นน้ำ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดท้องมากบริเวณ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ถ่ายเป็นมูกเลือด | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ท้องน้อยด้านขวา | | | | คลื่นไส้, อาเจียน | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดเบ่งเวลาถ่าย | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ชัก | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| อุจจาระ | | | | | | | |
| ถ่ายกระปริด | | | | หนาวสั่น | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| กระปรอย | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | | | | |

3. **ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :** ห้องปฏิบัติการที่ตรวจระบุ .....

ตรวจอุจจาระ (stool examination)

( ) ตรวจวันที่ ..... ผล WBC ..... cell/HPF ( ) ไม่ได้ตรวจ

ตรวจอุจจาระสด

( ) พบ trophozoites ของ Entamoeba histolytica ( ) ตรวจแต่ไม่พบ ( ) ไม่ได้ตรวจ

ทำ sigmoidoscope หรือ proctoscope เพื่อดูรอยโรคและเก็บอุจจาระสดตรวจหา trophozoites ของ Entamoeba histolytica

( ) ทำ พบ trophozoites ( ) ไม่ได้ทำ ( ) ทำแต่ไม่พบ

เพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ rectal swab ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ

( ) พบเชื้อ Shigella ( ) พบเชื้อ E.coli ( ) พบเชื้ออื่นๆ ระบุ .....

( ) ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ

กรณีพบเชื้อ Shigellaได้ทดสอบเชื้อดื้อต่อยาปฏิชีวนะหรือไม่

( ) ไม่ได้ทำการทดสอบ ( ) ทำการทดสอบพบว่าเชื้อดื้อต่อยา .....

กรณีเพาะเชื้อจากอุจจาระ/rectal swab และพบเชื้อ Shigella ได้ทดสอบการตอบสนองของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะหรือไม่

| ( ) ผลการทดสอบการตอบสนองของเชื้อที่เพาะขึ้นต่อยาปฏิชีวนะ | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tetra.** | **Cotri.** | **Ampi.** | **Norflox.** | **Doxy.** | **Cipro.** | **อื่นๆ ระบุ** |
| | | | | | | |
| ( ) ไม่ได้ทำการทดสอบ | | | | | | |

• การตรวจตัวอย่างน้ำ ( ) ส่งตรวจ ( ) ไม่ได้ส่งตัวอย่างน้ำตรวจ

| **ชนิดตัวอย่างน้ำ** | **แหล่ง** | **วันที่เก็บ** | **ผลการเพาะเชื้อ** | **การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | **Ampi** | **Tetra** | **Norflox** | **Cotri** | **Doxy** | **Cipro** | **อื่นๆ ระบุ** |
| | | | ( ) พบเชื้อ | | | | | | | |
| | | | ระบุ ..... | | | | | | | |
| | | | ( ) ไม่พบ | | | | | | | |
| | | | ( ) พบเชื้อ | | | | | | | |
| | | | ระบุ ..... | | | | | | | |
| | | | ( ) ไม่พบ | | | | | | | |
| | | | ( ) พบเชื้อ | | | | | | | |
| | | | ระบุ ..... | | | | | | | |
| | | | ( ) ไม่พบ | | | | | | | |

**4. การรักษา**

รับการตรวจรักษาที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

( ) ได้พบแพทย์ ( ) พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่นๆ ระบุ .....

ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค ( ) บิด Amoebiasis ( ) บิด Shigellosis (bacillary dysentery)

( ) โรคอื่นๆ .....

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ระบุ .....

( ) ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ..... x ..... ครั้ง x ..... วัน

( ) ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ

ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่ ( ) ได้รับ ( ) ไม่ได้รับ

ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ( ) ได้รับ ( ) ไม่ได้รับ

ได้ซื้อยาฆ่าเชื้อ (ปฏิชีวนะ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่

( ) ซื้อยากินเอง ระบุ ..... ( ) ไม่ได้ซื้อยากินเอง

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- ช่วง 1 วัน - 1 เดือน ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีการเดินทางไปที่ไหนบ้าง

( ) เดินทาง

ไปสถานที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... ระหว่างวันที่ .....

ไปสถานที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... ระหว่างวันที่ .....

( ) ไม่ได้เดินทาง ( ) จำไม่ได้

ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้มีผู้มาเยี่ยมเยือนหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่

( ) มีผู้มาเยี่ยม ( ) มีผู้มาพักอาศัย ( ) ไม่มี

ผู้ที่มาเยี่ยมเยือนหรือมาพักอาศัย มีใครมีอาการป่วยเหมือนผู้ป่วย

( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ

พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม) ภายในช่วง 1 สัปดาห์ (ระยะฟักตัวของ Shigellosis) จนถึง 4 เดือน (ระยะฟักตัวของ Amoebiasis) ก่อนการป่วยครั้งนี้ โดยปกติรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำที่ไหน

| มื้ออาหาร | สถานที่ | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | บ้าน | โรงเรียน | ร้านอาหาร | รถเข็น | หาบเร่ | อื่นๆ ระบุ |
| เช้า | | | | | | |
| กลางวัน | | | | | | |
| เย็น | | | | | | |
| น้ำดื่ม | ระบุประเภท ..... แหล่งน้ำดื่ม ระบุ ..... ( ) ต้ม ( ) ไม่ต้ม ( ) กรอง ( ) ขวดปิดสนิท | | | | | |

โอกาสสัมผัส/แพร่โรค

- ผู้ประกอบอาหารในครอบครัว มีอาการป่วยเช่นเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่

  ( ) ไม่มีอาการป่วย ( ) มี ป่วยก่อนผู้ป่วย ..... วัน ( ) มี ป่วยหลังผู้ป่วย ..... วัน

  ( ) ไปรับการรักษาที่ ..... ( ) ไม่ได้รักษา

- ในการสอบสวนโรคได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ rectal swab ในผู้ประกอบอาหารหรือไม่

  ( ) ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ ( ) ทำการเพาะเชื้อ พบเชื้อ ระบุ .....

  ( ) ไม่พบเชื้อ

หมายเหตุ "ในครอบครัว" ให้หมายรวมถึงสถานเลี้ยงดูเด็ก สถานสงเคราะห์หรืออื่นๆ ซึ่งมีคนอาศัยร่วมกันจำนวนมาก

**6. การค้นหาผู้ป่วยโรคบิด**

โดยเก็บอุจจาระสดตรวจเพื่อหาเชื้อ E.histolytica หรือเพาะเชื้อจากอุจจาระ หรือ rectal swab เพื่อหาเชื้อ Shigella spp.

| ชื่อ - สกุล | ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | วันเก็บอุจจาระ | พบ cysts | พบ trophozoites | พบเชื้อ Shigella | พบเชื้ออื่น ระบุ ..... | อาการป่วย | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | มี | ไม่มี |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**หมายเหตุ** ระยะฟักตัวของบิด ขึ้นกับชนิด และปริมาณของเชื้อ Amoebiasis จาก Entamoeba histolytica ประมาณ 2 - 3 วัน จนถึงหลายเดือนหรืออาจเป็นปี ปกติ 2 - 4 เดือน Shigellosis จาก Shigella ปกติ 1 - 3 วัน โดยทั่วไป 12 - 96 ชั่วโมง หากเป็น S.dysenteriae 1 อาจนานถึง 1 สัปดาห์

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

ที่ทำงาน .....

วันที่สอบสวน ..... โทรศัพท์ .....

# แบบสอบสวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

1. **ข้อมูลทั่วไป**

**ชื่อ-นามสกุล** เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ปี

สัญชาติ เชื้อชาติ อาชีพ

(ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น นักเรียน, นักบวช, ทหาร, นักโทษ เป็นต้น และหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าลักษณะการทำงานที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยอย่างไร)

**สถานที่ทำงาน (ระบุชื่อ)** ตำบล อำเภอ ...

จังหวัด โทรศัพท์ที่ทำงาน ...

**ที่อยู่ขณะป่วย** เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย ...

ถนน ... ตำบล ... อำเภอ ...

จังหวัด โทรศัพท์ บ้าน มือถือ ...

**ผู้ให้ข้อมูล** ☐ ผู้ป่วย ☐ ญาติ ระบุความสัมพันธ์ ☐ อื่นๆ ระบุ ...

2. **ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ**

2.1 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสสัตว์ปีก (ฟาร์ม/เลี้ยง/ในธรรมชาติ) เช่น จับ ขำแหละ ฝังกลบ หรือรับประทาน สุกๆ ดิบๆ เป็นต้น

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุลักษณะการสัมผัส ...

2.2 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสุกร หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ ที่ป่วย/ตายผิดปกติหรือไม่ทราบสาเหตุ

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ (วัน/เดือน/ปี ที่สัมผัส)ชนิดสัตว์ ...

2.3 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านพักอาศัยในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกป่วยตายมากผิดปกติหรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม

☐ ไม่มี ☐ มี

2.4 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้สัมผัสอูฐหรือดื่มนมอูฐ

☐ ไม่มี ☐ มีระบุลักษณะการสัมผัส.

2.5 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านอาศัยอยู่ หรือ มีการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด

☐ ไม่มี ☐ มีถ้ามีระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

ชื่อประเทศ เมือง/จังหวัด อำเภอ ...

วันที่ไป วันที่กลับ ...

เหตุผลของการเดินทางไปประเทศดังกล่าว ...

มีประวัติเข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลขณะอยู่ที่ประเทศดังกล่าวหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มีระบุวันที่เข้าโรงพยาบาล ชื่อโรงพยาบาล ...

2.6 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านให้การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก/ปอดอักเสบหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มีระบุความสัมพันธ์ ชื่อ (หากสามารถระบุได้) ...

2.7 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

2.8 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ ระบุ .....

2.9 ผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน

☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ระบุรายละเอียดของผู้ป่วยปอดอักเสบรายอื่น

ชื่อ-สกุล วันเริ่มป่วย ...

อาการ ...

การวินิจฉัย โรงพยาบาลที่วินิจฉัย ...

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ ...

**3. ข้อมูลการเจ็บป่วย**

3.1 วันเริ่มป่วยวันที่ เดือน พ.ศ. ...

3.2 สถานที่รักษา (ครั้งแรก) วันที่ ...

เป็น ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน สถานที่ Admit วันที่ ...

3.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือโรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)

☐ โรคปอดเรื้อรัง เช่น COPD, chronic bronchitis, chronic bronchiectasis, BPD หรือหอบ (asthma) ที่กำลังรักษา

☐ โรคหัวใจ เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด, โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ congestive heart failure

☐ โรคตับเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง (cirrhosis) ☐ โรคไต, ไตวาย

☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง

☐ โลหิตจาง (ธาลัสซีเมีย, sickle cell anemia)

☐ พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ☐ ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สัปดาห์

☐ อ้วน ส่วนสูง เซนติเมตร น้ำหนัก กิโลกรัม (BMI = )

☐ มะเร็งที่กำลังรักษา ระบุประเภท ☐ อื่นๆ ...

ประวัติการสูบบุหรี่ ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ ถ้าสูบ ☐ ยังสูบ ปริมาณมวน/ซอง ต่อ วัน/สัปดาห์

☐ หยุดสูบ เลิกมานาน .....

ประวัติการดื่มสุรา ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม ถ้าดื่ม ☐ ยังดื่ม ปริมาณต่อ วัน/สัปดาห์

☐ หยุดดื่ม เลิกมานาน .....

3.4 ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ☐ ไม่เคยได้รับ ☐ เคยได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ .....

3.5 อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล .....

.....

.....

.....

3.6 อาการผู้ป่วยตั้งแต่วันเริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน

| อาการและอาการแสดง | วันเริ่มป่วย | | วันที่หลังวันเริ่มป่วย | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | |
| | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี |
| ไข้ (ระบุ Temp °c) | | | | | | | | | | | | | | |
| ไอ | | | | | | | | | | | | | | |
| เจ็บคอ | | | | | | | | | | | | | | |
| มีน้ำมูก | | | | | | | | | | | | | | |
| มีเสมหะ | | | | | | | | | | | | | | |
| หายใจลำบาก | | | | | | | | | | | | | | |
| หอบเหนื่อย | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดกล้ามเนื้อ | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดศีรษะ | | | | | | | | | | | | | | |
| ถ่ายเหลว | | | | | | | | | | | | | | |

อาการอื่นๆ ระบุ (ถ้ามี) ...

เครื่องช่วยหายใจ ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุวันที่ใส่ .....

การรักษา ได้รับยาต้านไวรัส ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุชื่อยา ....

ขนาดที่ได้รับ วันที่เริ่มให้ยา วันที่หยุดยา ....

**4. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

**4.1 CBC** ครั้งที่ 1 : วันที่ ผล Hb% Hct % WBCcell/ml Neutrophil% Lymphocyte% Atypical lymphocyte ...% Monocyte% Eosinophil% Platelet countcell/ml

ครั้งที่ 2 : วันที่ผล Hb% Hct% WBCcell/ml Neutrophil% Lymphocyte% Atypical lymphocyte% Monocyte Eosinophil% Platelet countcell/ml

**4.2 Sputum gram stain :** วันที่ ผล ...

**4.3 Sputum AFB** ครั้งที่ 1 : วันที่ ผล ...

ครั้งที่ 2 : วันที่ ผล ...

ครั้งที่ 3 : วันที่ ผล ...

**4.4 Sputum culture :** วันที่ ผล ...

**4.5 Hemo-cuture :** วันที่ ผล ...

**4.6 CXR** ครั้งที่ 1 : วันที่ ผล ...

ครั้งที่ 2 : วันที่ ผล ...

ครั้งที่ 3 : วันที่ ผล ...

**4.7 Rapid test** (สำหรับไข้หวัดใหญ่) : ระบุชื่อชุดทดสอบ ...

วันที่ ผล ...

**4.8 Rena function test :** วันที่ ผล BUN Cr GFR ...

**4.9 Lever function test :** วันที่ ผล SGOT SGPT ALP ...

Total Bilirubin Direct Bilirubin .....

Total Protein Albumin Globulin .....

**5. การเก็บวัตถุตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ** ☐ ไม่เก็บ ☐ เก็บ ระบุตัวอย่างที่เก็บ

☐ Nasopharyngeal swab วันที่เก็บ ...

☐ Throat swab/ Oropharyngeal swab วันที่เก็บ ...

☐ Nasopharyngeal swab + Throat swab/Oropharyngeal swab ใน VTM วันที่เก็บ ...

☐ Nasopharyngeal aspirate ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ ...

☐ Nasopharyngeal wash ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ ...

☐ เสมหะในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ ...

☐ Tracheal suction วันที่เก็บ ...

☐ ตัวอย่างเลือด ครั้งที่ 1 วันที่เก็บ ... ครั้งที่ 2 วันที่เก็บ ...

(กรณีส่งตรวจหา MERS-CoV ควรเก็บตัวอย่างเลือด 8 มล. และการเก็บตัวอย่างครั้งที่สองต้องห่างจากครั้งแรก 14 - 21 วัน)

ส่งตรวจที่ วันที่ส่ง เพื่อตรวจหา ...

**6. การวินิจฉัยเบื้องต้น** ...

**การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย** ...

**7. กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต** ได้ทำการผ่าพิสูจน์ศพหรือไม่ ☐ ไม่ทำ ☐ ทำ ผล.

ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน ..... หน่วยงาน .....

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ ..... วันที่สอบสวน .....

ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ..... เมื่อวันที่ .....

ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักระบาดวิทยาเมื่อวันที่ .....

สำนักระบาดวิทยา โทรศัพท์ 061-6639101, 02-5901882, 02-5901779, 02-5903839 โทรสาร 02-5918579, 02-5903308

Email: outbreak@health.moph.go.th, satmers@ddc.mail.go.th

8. **การค้นหาผู้สัมผัส** (รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระยะป่วย ระบุลักษณะการสัมผัสถ้ามีอาการป่วยกรุณาระบุอาการด้วย)

| ที่ | ชื่อ-สกุล | เพศ | อายุ | ที่อยู่/<br>เบอร์โทรศัพท์ | วันที่สัมผัส | ลักษณะการสัมผัส | ป่วย/ไม่ป่วย<br>กรณีป่วย ระบุวันเริ่มป่วยและอาการ | การใส่อุปกรณ์<br>ป้องกัน |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

ส่วนที่ 2 การติดตามลักษณะอาการผู้ป่วยหลังการสอบสวน

| อาการและอาการแสดง | วันแรกรับ | | วันที่หลังนอนโรงพยาบาล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | | 12 | |
| | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี |
| ไข้ (ระบุ Temp °c) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ไอ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เจ็บคอ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| มีน้ำมูก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| มีเสมหะ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| หายใจลำบาก | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| หอบเหนื่อย | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดกล้ามเนื้อ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ปวดศีรษะ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ถ่ายเหลว | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| อุณหภูมิร่างกายสูงสุด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| อุณหภูมิร่างกายต่ำสุด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ชีพจรสูงสุด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oxygen sat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่าผิดปกติ | | |
|---|---|---|
| สิ่งที่ตรวจ | วันที่เก็บ | ผลการตรวจ |
| CBC | | |
| CXR | | |
| Sputum gram stain | | |
| Sputum culture | | |
| Hemoculture | | |
| อื่นๆ | | |

| การตรวจหาเชื้อปอดอักเสบ | วันที่เก็บ | ผลการตรวจ |
|---|---|---|
| Influenza A | | |
| Influenza B | | |
| Adeno virus | | |
| Respiratory syncytial virus | | |
| Corona virus ครั้งที่ 1 | | |
| Corona virus ครั้งที่ 2 | | |
| Chlamydia | | |
| Mycoplasma | | |
| Legionella | | |
| อื่นๆ | | |

# แบบสอบสวนเฉพาะรายผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

1. ชื่อ - สกุล ..... อายุ ..... ปี เลขที่บัตรประชาชน .....
   (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี กรุณาระบุชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง) ..... โทร. .....
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. เชื้อชาติ ☐ ไทย ☐ พม่า ☐ ลาว ☐ อื่น (ระบุ) .....
4. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ .....
5. อาชีพ ☐ เกษตรกรรม ☐ รับจ้าง ระบุ ..... ☐ ข้าราชการ ☐ ค้าขาย
   ☐ นักเรียน/นักศึกษา ระบุ ชื่อสถานศึกษา ..... ระดับชั้น ..... ☐ อื่นๆ ระบุ
6. ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน ..... ชุมชน ..... ซอย .....
   ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
   เป็นพื้นที่ ☐ ในเขตเทศบาล ☐ นอกเขตเทศบาล ☐ ในเขต อบต.
7. ภูมิลำเนา ☐ ที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วย ☐ หากอยู่คนละที่กับที่อยู่ขณะป่วย โปรดลงรายละเอียด
   บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน ..... ชุมชน ..... ซอย .....
   ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
   เป็นพื้นที่ ☐ ในเขตเทศบาล ☐ นอกเขตเทศบาล ☐ ในเขต อบต.
8. เบอร์โทรศัพท์ของญาติ/เพื่อนบ้าน/ผู้นำส่ง ที่สามารถติดต่อได้ .....

**ส่วนที่ 2 ประวัติการถูกสัตว์กัด/อาการและอาการแสดง**

1. วันเริ่มมีอาการ ..... เข้ารับการรักษาที่ รพ./สอ./คลินิก ..... วันที่ .....
2. ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน
3. ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ระบุสถานที่ ..... ☐ เสียชีวิต วันที่ .....
4. อาการและอาการแสดง

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ปวดศีรษะ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| ตื่นเต้นกระวนกระวาย ต่อสิ่งเร้า แสง/เสียง | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | อาละวาด ผุดลุกผุดนั่ง | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| กลืนลำบาก | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ซึม ไม่รู้สึกตัว | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| ถ่มน้ำลายตลอดเวลา | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ถอนหายใจเป็นพักๆ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| กลัวลม | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ขนลุกบางส่วนหรือทั้งตัว | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| กลัวน้ำ | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | สูญเสียความทรงจำชั่วคราว | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| รูม่านตาไม่ตอบสนองต่อแสง | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | แขน ขาอ่อนแรง | ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| อื่นๆ ระบุ ..... | | | |

**ส่วนที่ 3 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในคน**

1. เนื้อสมอง ☐ ไม่ได้ส่ง ☐ ส่ง วันที่ส่งตรวจ .....
   สถานที่ส่งตรวจ ..... ผล ☐ Positive ☐ Negative
2. น้ำลาย ☐ ไม่ได้ส่ง ☐ ส่ง วันที่ส่งตรวจ .....
   สถานที่ส่งตรวจ ..... ผล ☐ Positive ☐ Negative
3. น้ำไขสันหลัง ☐ ไม่ได้ส่ง ☐ ส่ง วันที่ส่งตรวจ .....
   สถานที่ส่งตรวจ ..... ผล ☐ Positive ☐ Negative
4. ปัสสาวะ ☐ ไม่ได้ส่ง ☐ ส่ง วันที่ส่งตรวจ .....
   สถานที่ส่งตรวจ ..... ผล ☐ Positive ☐ Negative
5. ปมรากผม ☐ ไม่ได้ส่ง ☐ ส่ง วันที่ส่งตรวจ .....
   สถานที่ส่งตรวจ ..... ผล ☐ Positive ☐ Negative
6. ผิวหนังบริเวณท้ายทอย ☐ ไม่ได้ส่ง ☐ ส่ง วันที่ส่งตรวจ .....
   สถานที่ส่งตรวจ ..... ผล ☐ Positive ☐ Negative
7. เซลล์กระจกตา ☐ ไม่ได้ส่ง ☐ ส่ง วันที่ส่งตรวจ .....
   สถานที่ส่งตรวจ ..... ผล ☐ Positive ☐ Negative

**ส่วนที่ 4 การปฏิบัติเมื่อถูกสัตว์กัด (หรือสัมผัสเชื้อ)**

1. การทำความสะอาดบาดแผล
   ☐ ไม่ได้ล้าง เพราะ .....
   ☐ ล้างทันทีที่ถูกกัด ☐ ล้างหลังจากถูกกัดแล้ว ..... ชั่วโมง/วัน
   ☐ ล้างด้วยน้ำเปล่า ☐ สบู่/ผงซักฟอก ☐ อื่นๆ ระบุ .....
2. การใช้ยาใส่แผล ☐ ไม่ได้ใช้ ☐ ใช้ ระบุชนิด .....
3. การเย็บแผล ☐ ไม่ได้เย็บแผล ☐ เย็บแผลที่ ☐ รพ./รพ.สต./คลินิก .....

**ส่วนที่ 5 ประวัติการได้รับวัคซีน/ซีรั่ม/อาการแทรกซ้อนหลังได้รับวัคซีน/ซีรั่ม**

1. ประวัติการฉีดซีรั่ม ☐ ไม่ได้ฉีด
   ☐ ฉีด วันที่ ..... ชนิดของซีรั่ม ☐ ซีรั่มม้า (ERIG) ☐ ซีรั่มคน (HRIG)
   จำนวน ..... หน่วยสากล (IU) Lot. No. ..... วันหมดอายุ .....
   ☐ ไม่ทราบ
2. ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้เสียชีวิต **การฉีดวัคซีน** ☐ ไม่ทราบ
   ☐ ไม่ได้ฉีด
   ☐ ฉีด ชนิดของวัคซีน (ระบุ) ☐ HDCV ☐ PCEC ☐ PVRV ☐ PDEV ☐ CPRV
   วันที่เริ่มฉีด ..... จำนวน ..... ซีซี Lot. No. ..... วันหมดอายุ .....
   ฉีดในวันที่ ☐ 0 ☐ 3 ☐ 7 ☐ 14 ☐ 30 รวม ..... ครั้ง
   วิธีฉีด ☐ เข้ากล้ามเนื้อ (I.M.) ☐ ในผิวหนัง (I.D)

3. อาการแทรกซ้อนหลังฉีดวัคซีน ☐ ไม่มี

☐ มี ระบุ ..... ☐ บวมที่บริเวณฉีด ☐ ปวดศีรษะ ☐ ไข้สูง

☐ ปัสสาวะลำบาก ☐ อัมพาต ☐ เสียชีวิต

☐ อื่นๆ ระบุ .....

**ส่วนที่ 6 ประวัติการสัมผัสโรค**

1. ชนิดของสัตว์ที่กัด/ข่วน ☐ สุนัข ☐ แมว ☐ ลิง ☐ ชะนี ☐ หนู ☐ อื่นๆ ระบุ .....
2. วันที่ถูกสัตว์กัด/ข่วน ..... (ถ้าไม่ทราบวันที่ สมารถระบุเป็นช่วงเวลาได้) ☐ ไม่ทราบ
3. สถานที่ที่ถูกกัด ☐ ในบ้าน ☐ นอกบ้าน ระบุสถานที่ ..... จังหวัด .....

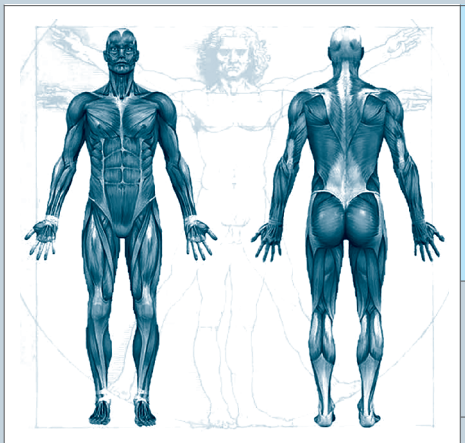
☐ นอกประเทศไทย ระบุ .....

4. ลักษณะหมู่บ้านบริเวณที่ถูกสัตว์กัด ☐ ชุมชนเมือง ☐ ชานเมือง ☐ ชนบท
5. การได้รับเชื้อ

☐ ไม่ทราบ ☐ ถูกน้ำลาย ☐ คลุกคลีใกล้ชิดสัตว์ ☐ ถูกข่วน ☐ ถูกกัด

6. บริเวณที่ถูกสัมผัสและความรุนแรง

**โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนภาพร่างกาย บริเวณที่ถูกกัด/ข่วน/ถูกน้ำลาย/ถูกเลีย ให้ชัดเจน**



| ลำดับที่ | อวัยวะที่ได้รับสัมผัส | ลักษณะการสัมผัส | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ถูกกัด | | ถูกข่วน | | ถูกเลีย/ถูกน้ำลาย | |
| | | มีเลือดออก | ไม่มีเลือดออก | มีเลือดออก | ไม่มีเลือดออก | ที่มีแผล | ที่ไม่มีแผล |
| 1. | ศีรษะ | | | | | | |
| | หน้า | | | | | | |
| | ลำคอ | | | | | | |
| 2. | มือ | | | | | | |
| 3. | แขน | | | | | | |
| 4. | ลำตัว | | | | | | |
| 5. | ขา | | | | | | |
| 6. | เท้า | | | | | | |
| 7. | อื่นๆ ระบุ ..... | | | | | | |

**ส่วนที่ 7 ประวัติของสัตว์ที่กัด**

1. อายุสัตว์ ☐ น้อยกว่า 3 เดือน ☐ 3 - 6 เดือน ☐ 6 - 12 เดือน ☐ มากกว่า 1 ปี ☐ ไม่ทราบ
2. สถานภาพสัตว์ ☐ มีเจ้าของ ☐ ไม่มีเจ้าของ ☐ ไม่ทราบ
3. การกักขังติดตามดูอาการสัตว์ ☐ ไม่ได้กักขัง
   ☐ ได้กักขัง/ติดตาม
   พบ ☐ ตายเองภายใน 10 วัน ☐ ไม่ตายภายใน 10 วัน
   ☐ ถูกฆ่าตาย
   ☐ สัตว์หายไปติดตามไม่ได้
4. สาเหตุที่ถูกกัด : ☐ ถูกกัดโดยไม่มีสาเหตุโน้มนำ
   ☐ ถูกกัดโดยมีสาเหตุโน้มนำ เนื่องจาก ☐ ทำร้าย หรือแกล้งสัตว์
   ☐ พยายามแยกสัตว์ที่กำลังต่อสู้กัน
   ☐ เข้าใกล้สัตว์แม่ลูกอ่อน
   ☐ รบกวนสัตว์ขณะกินอาหาร ☐ อื่นๆ ระบุ .....
5. ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของสัตว์นำโรค
   ☐ ไม่ทราบ
   ☐ ไม่ได้รับ
   ☐ ได้รับ จำนวน ..... ครั้ง ☐ ภายใน 1 ปี ☐ เกิน 1 ปี ☐ จำไม่ได้
   จาก ☐ คลินิกรักษาสัตว์ ☐ รถหน่วยปศุสัตว์ ☐ โรงพยาบาลสัตว์รัฐบาล ☐ โรงพยาบาลสัตว์เอกชน
   ☐ เจ้าของสัตว์ซื้อมาฉีดเอง สถานที่ซื้อ .....
6. การส่งหัวสัตว์ตรวจ ☐ ไม่ได้ส่งตรวจเนื่องจาก .....
   ☐ ส่งตรวจ ระบุสถานที่ส่ง ..... ผลการตรวจ ☐ พบเชื้อ ☐ ไม่พบเชื้อ

**ส่วนที่ 8 ผู้สัมผัสโรครายอื่น**

1. ผู้สัมผัสโรค**<u>จากสัตว์ตัวเดียวกัน</u>**
   มีผู้ถูกกัดจำนวน ..... คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว ..... คน
   มีผู้สัมผัสน้ำลายจำนวน ..... คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว ..... คน
   มีผู้ถึงแก่กรรมจากสัตว์ตัวเดียวกันนี้กัด
   ☐ ไม่มี ☐ มี ชื่อ-สกุล ..... เบอร์โทรศัพท์ ญาติ/ผู้เกี่ยวข้อง .....
2. ผู้สัมผัสโรค**<u>จากผู้ป่วยรายนี้</u>**
   สัมผัสน้ำลายโดยไม่มีแผล ..... คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว ..... คน
   สัมผัสน้ำลายโดยมีแผลหรือถูกผู้ป่วยกัด ..... คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว ..... คน

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....
ชื่อ-สกุล ..... ผู้สอบสวนโรคตำแหน่ง .....
สถานที่ปฏิบัติงาน ..... โทรศัพท์ ..... E-mail .....
วันที่สอบสวนโรค .....,

**หมายเหตุ** : ระยะฟักตัวของโรค (Incubation period) ที่เชื่อถือได้สั้นที่สุด 7 วัน ยาวนานที่สุด 3 ปี (โดยเฉลี่ย 30 - 90 วัน)

# แบบสอบสวนโรคมือ เท้า ปาก/ไข้เอนเทอโรไวรัส

**1. ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย ..... เลขที่บัตรประชาชน ..... อายุ ..... ปี

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อาชีพ ..... ลักษณะงานที่ทำ ..... สถานที่ .....

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น ..... โรงเรียน/สถานเลี้ยงเด็ก .....

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

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง ☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง ☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

วันเริ่มอาการ ..... วันที่มาโรงพยาบาล .....

ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต วันที่ .....

☐ ไม่สมัครใจอยู่ ☐ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ .....

**2. อาการและอาการแสดง**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ไข้ | ☐ มี ..... วัน | ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | เจ็บหน้าอก | ☐ มี | ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| ผื่นหรือแผลที่คอหอย | ☐ มี | ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ปวดศีรษะ | ☐ มี | ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| ผื่นหรือแผลที่กระพุ้งแก้ม/เหงือก | ☐ มี | ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ชัก | ☐ มี | ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| | | | คอแข็ง | ☐ มี | ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| ผื่นหรือแผลที่ฝ่ามือ | ☐ มี | ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ซึม | ☐ มี | ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| ผื่นหรือแผลที่ฝ่าเท้า | ☐ มี | ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | สับสนหรือระดับความรู้สึกลดลง | ☐ มี | ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| ผื่นหรือแผลที่ก้น | ☐ มี | ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | | | |
| คลื่นไส้ อาเจียน | ☐ มี | ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | หมดสติ | ☐ มี | ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ |
| หอบเหนื่อยง่าย | ☐ มี | ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | อื่นๆ ระบุ ..... | | |
| แน่นหน้าอก | ☐ มี | ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ | ..... | | |

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

| ชนิดตัวอย่าง | แหล่งที่เก็บ | วันที่เก็บตัวอย่าง | ผลการตรวจ | วันที่ทราบผล |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**4. การรักษา**

- รับการตรวจรักษาที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

  ☐ ได้พบแพทย์ ☐ พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ☐ อื่นๆ ระบุ .....

- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค ..... แพทย์ผู้รักษา .....
- เป็นผู้ป่วยประเภท ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....
- หากเป็นผู้ป่วยในต้องเข้ารับการรักษาในหน่วย ICU หรือไม่

  ☐ ไม่ได้เข้า ICU ☐ เข้า ICU

**5. ปัจจัยเสี่ยง**

- ประวัติการเดินทาง ในช่วง 5 วันก่อนวันเริ่มป่วย
- ผู้ป่วยเดินทางไปต่างจังหวัดหรือไม่

  ☐ เดินทาง ระบุจังหวัด ..... วันที่กลับ ..... ☐ ไม่ได้เดินทาง

- มีคนในครอบครัวเดินทางกลับจากต่างประเทศหรือไม่

  ☐ มี ☐ ไม่มี

  1. ชื่อ ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....
     กลับจากประเทศ ..... กลับมาถึงประเทศไทย เมื่อ .....
  2. ชื่อ ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....
     กลับจากประเทศ ..... กลับมาถึงประเทศไทย เมื่อ .....

**6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น** ที่อยู่ร่วมบ้าน, ในชุมชน, ในโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก มีผู้ใดมีอาการป่วยเหมือนกับผู้ป่วย

- ที่บ้าน

  ☐ มี ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ ..... ☐ ไม่มี
  ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ .....

- ที่โรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก

  ☐ มี ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ ..... ☐ ไม่มี
  ชื่อ ..... อายุ ..... ปี เพศ .....

**หมายเหตุ** ระยะฟักตัว 3 - 5 วัน

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

# แบบสอบสวนโรคเรื้อน

**1. ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อ - สกุล .....

เลขที่บัตรประชาชน .....

อายุ ..... ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

อาชีพ ..... ศาสนา .....

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

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

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

☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง ☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

สถานที่ทำงานผู้ป่วย ในปัจจุบัน ชื่อสถานประกอบการ ..... บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ .....

ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ..... ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง ☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

**2. ประวัติการรักษา**

วันที่มารับการรักษา ..... สถานที่รักษา .....

อาการเริ่มแรกมีลักษณะ ..... ที่บริเวณ ..... เริ่มมีอาการมานาน ..... เดือน/ปี

**3. ประวัติผู้ป่วย**

3.1 ที่อยู่ภูมิลำเนาเดิมผู้ป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ..... ซอย .....

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

☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง ☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

3.2 ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีการย้ายที่อยู่หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ให้ระบุรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ปี พ.ศ. ..... - พ.ศ. ..... บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

ปี พ.ศ. ..... - พ.ศ. ..... บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

3.3 ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีการเดินทางไปประกอบอาชีพที่อื่นหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ให้ระบุรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ปี พ.ศ. ..... - พ.ศ. ..... บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

ปี พ.ศ. ..... - พ.ศ. ..... บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

**4. สอบถามหาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วรายอื่นๆ ในชุมชน** (ซึ่งอาจเป็นผู้แพร่เชื้อให้หรือรับเชื้อจากผู้ป่วยรายปัจจุบัน (Index case))

**4.1 มีหรือเคยมีผู้ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนหรือไม่**

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

| ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า) | อายุ | ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน เมื่อปี พ.ศ. | อาการโรคเรื้อนเป็นครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. | ประวัติการรักษา | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ยา | ผลการรักษา |
| | | | | | ☐ Mono Therapy<br>☐ MDT<br>PB ☐<br>☐ MB | ☐ ไม่รักษา<br>☐ กำลังรักษา<br>☐ รักษาครบ<br>☐ ขาดยา |
| | | | | | ☐ Mono Therapy<br>☐ MDT<br>PB ☐<br>☐ MB | ☐ ไม่รักษา<br>☐ กำลังรักษา<br>☐ รักษาครบ<br>☐ ขาดยา |
| | | | | | ☐ Mono Therapy<br>☐ MDT<br>PB ☐<br>☐ MB | ☐ ไม่รักษา<br>☐ กำลังรักษา<br>☐ รักษาครบ<br>☐ ขาดยา |
| | | | | | ☐ Mono Therapy<br>☐ MDT<br>PB ☐<br>☐ MB | ☐ ไม่รักษา<br>☐ กำลังรักษา<br>☐ รักษาครบ<br>☐ ขาดยา |

**4.2 มีหรือเคยมีผู้ที่อาศัยอยู่รอบ ๆ บ้านผู้ป่วยในรัศมี 20 เมตร มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนหรือไม่**

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

| ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า) | อายุ | ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน เมื่อปี พ.ศ. | อาการโรคเรื้อนเป็นครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. | ประวัติการรักษา | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ยา | ผลการรักษา |
| | | | | ☐ Mono Therapy<br>☐ MDT<br>PB ☐<br>☐ MB | ☐ ไม่รักษา<br>☐ กำลังรักษา<br>☐ รักษาครบ<br>☐ ขาดยา |
| | | | | ☐ Mono Therapy<br>☐ MDT<br>PB ☐<br>☐ MB | ☐ ไม่รักษา<br>☐ กำลังรักษา<br>☐ รักษาครบ<br>☐ ขาดยา |
| | | | | ☐ Mono Therapy<br>☐ MDT<br>PB ☐<br>☐ MB | ☐ ไม่รักษา<br>☐ กำลังรักษา<br>☐ รักษาครบ<br>☐ ขาดยา |
| | | | | ☐ Mono Therapy<br>☐ MDT<br>PB ☐<br>☐ MB | ☐ ไม่รักษา<br>☐ กำลังรักษา<br>☐ รักษาครบ<br>☐ ขาดยา |
| | | | | ☐ Mono Therapy<br>☐ MDT<br>PB ☐<br>☐ MB | ☐ ไม่รักษา<br>☐ กำลังรักษา<br>☐ รักษาครบ<br>☐ ขาดยา |

**4.3 มีหรือเคยมีผู้ที่ทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วยนานอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ต้องติดต่อกัน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน เช่น เพื่อนร่วมงาน ฯลฯ มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนหรือไม่**

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

| ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า) | อายุ | ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน เมื่อปี พ.ศ. | อาการโรคเรื้อนเป็นครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. | ประวัติการรักษา | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ยา | ผลการรักษา |
| | | | | ☐ Mono Therapy<br>☐ MDT<br>PB ☐<br>☐ MB | ☐ ไม่รักษา<br>☐ กำลังรักษา<br>☐ รักษาครบ<br>☐ ขาดยา |
| | | | | ☐ Mono Therapy<br>☐ MDT<br>PB ☐<br>☐ MB | ☐ ไม่รักษา<br>☐ กำลังรักษา<br>☐ รักษาครบ<br>☐ ขาดยา |
| | | | | ☐ Mono Therapy<br>☐ MDT<br>PB ☐<br>☐ MB | ☐ ไม่รักษา<br>☐ กำลังรักษา<br>☐ รักษาครบ<br>☐ ขาดยา |
| | | | | ☐ Mono Therapy<br>☐ MDT<br>PB ☐<br>☐ MB | ☐ ไม่รักษา<br>☐ กำลังรักษา<br>☐ รักษาครบ<br>☐ ขาดยา |
| | | | | ☐ Mono Therapy<br>☐ MDT<br>PB ☐<br>☐ MB | ☐ ไม่รักษา<br>☐ กำลังรักษา<br>☐ รักษาครบ<br>☐ ขาดยา |

5. สอบถามเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ (ซึ่งอาจเป็นผู้แพร่เชื้อให้หรือรับเชื้อจากผู้ป่วยโรคเรื้อน รายปัจจุบัน (Index case))

5.1 มีหรือเคยมีผู้ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย (Household contact) หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

| ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า) | อายุ | ที่อยู่ปัจจุบัน | ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | ระยะเวลาที่สัมผัสโรค (..... ปี ..... เดือน) | ผลการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน | อาการที่สงสัยโรคเรื้อนเริ่มเป็นครั้งแรกเมื่อ เดือน ..... พ.ศ. ..... | วินิจฉัยโรคเรื้อน |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |

**ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (Household contact)** หมายถึง ผู้ที่อาศัยหรือเคยอาศัยอยู่ร่วมชายคาเดียวกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยสูตรยาผสมระยะสั้น (Multidrug Therapy : MDT) โดยผู้ที่มาอยู่อาศัยหลังจากผู้ป่วยกินยาแล้วไม่นับเป็นผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน

**ระยะเวลาที่สัมผัสโรค** คือ ช่วงเวลาที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อนตั้งแต่แสดงอาการของโรคก่อนการรักษาด้วยสูตรยาผสมระยะสั้น (Multidrug Therapy : MDT)

**5.2 มีหรือเคยมีผู้ที่อาศัยอยู่รอบๆ บ้านผู้ป่วยในรัศมี 20 เมตร (Neighboring contact) หรือไม่**

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

| ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า) | อายุ | ที่อยู่ ปัจจุบัน | ระยะเวลาที่สัมผัสโรค (..... ปี ..... เดือน) | ผลการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน | อาการที่สงสัยโรคเรื้อนเริ่มเป็นครั้งแรกเมื่อ เดือน ..... พ.ศ. ..... | วินิจฉัยโรคเรื้อน |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |

**เพื่อนบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อน (Neighboring contact)** หมายถึง ผู้ที่พักอาศัยในบ้านรอบๆ บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อน ในระยะรัศมี 20 เมตร เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยสูตรยาผสมระยะสั้น (Multidrug Therapy : MDT)

**5.3 มีหรือเคยมีผู้ที่ทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วยนานอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ต้องติดต่อกัน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน (Social contact) หรือไม่**

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

| ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า) | อายุ | ที่อยู่ ปัจจุบัน | ระยะเวลาที่สัมผัสโรค (..... ปี ..... เดือน) | ผลการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน | อาการที่สงสัยโรคเรื้อนเริ่มเป็นครั้งแรกเมื่อ เดือน ..... พ.ศ. ..... | วินิจฉัยโรคเรื้อน |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |
| | | | | ☐ สงสัย<br>☐ ไม่สงสัย | | ☐ เป็น<br>☐ ไม่เป็น |

**ผู้ที่ทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อน (Social contact)** หมายถึง ผู้ที่ทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อนนานอย่างน้อย 3 ชม./วันไม่ต้องติดต่อกัน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยต่อเนื่องกันมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยสูตรยาผสมระยะสั้น (Multidrug Therapy : MDT) โดยผู้ที่มาอยู่อาศัยหลังจากผู้ป่วยกินยาแล้วไม่นับเป็นผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน

**หมายเหตุ :** กรณีที่พบผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน ให้ยืนยันการวินิจฉัยโรคโดยผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อน

ผู้รายงาน ..... หน่วยงาน ..... โทร. .....

# แบบสอบสวนโรคลิชมาเนีย

## 1. ประวัติผู้ป่วย

| ชื่อ-สกุล | เพศ | วันเดือนปีเกิด | เชื้อชาติ |
|---|---|---|---|
| ..... | ( ) ชาย ( ) หญิง | ...../...../..... | ..... |
| อาชีพ<br>☐ รับจ้าง ☐ รับราชการ<br>☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ เกษตรกร<br>☐ อื่นระบุ ..... | ที่อยู่ | | เบอร์โทรศัพท์<br>..... |
| โรคประจำตัว | | | |

## 2. อาการป่วย

☐ วันเริ่มป่วย : .....

☐ ลักษณะอาการและอาการแสดง :

☐ แผลเรื้อรังตามผิวหนัง โปรดระบุตำแหน่ง และลักษณะ :

| ตำแหน่ง | จำนวน | Ulcerative | Nodular | Plaque Like | Other |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ Face | | | | | |
| ☐ Neck | | | | | |
| ☐ Scalp | | | | | |
| ☐ Upperlimb | | | | | |
| ☐ Lowerlimb | | | | | |
| ☐ Thorax/Abdomen | | | | | |
| ☐ Back | | | | | |
| ☐ Genitalia | | | | | |

☐ การติดเชื้อของอวัยวะภายใน

Visceralform, specify:

☐ ไข้

☐ ม้ามโต

☐ ตับโต

☐ ต่อมน้ำเหลืองโต

## 3. การวินิจฉัย

☐ จากลักษณะอาการเพียงอย่างเดียว

☐ CBC: Hct ..... Hb .....

WBC ..... Neu ..... %

lym ..... % Baso ..... % Eo..... %

Atyplym ..... % Band ..... %

☐ **การตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

| ตัวอย่าง/ชนิดการตรวจ | วันที่เก็บตัวอย่าง | ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ |
|---|---|---|
| ☐ Serology | | |
| ☐ Skinbiopsy | | |
| ☐ Otherbiopsy | | |
| ☐ Bone marrow aspiration | | |
| ☐ Othertest | | |
| ☐ Parasitesp. | | |

**4. ประวัติเสี่ยง**

เคยได้รับเลือดในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ ( ) ไม่เคย ( ) เคย

เคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นหรือไม่ ( ) ไม่เคย ( ) เคย

มีโรงเลี้ยงสัตว์หรือคอกสัตว์อยู่รอบบ้านผู้ป่วยหรือไม่ ( ) ไม่มี ( ) มี

เคยเห็นริ้นฝอยทรายอยู่บริเวณบ้านหรือไม่ ( ) ไม่เคย ( ) เคย

**ประวัติการเดินทางไปในพื้นที่อื่นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา**

( ) ไม่ได้เดินทางไปต่างถิ่น ( ) เดินทาง โปรดระบุในตารางข้างล่าง

| ประเทศ | จังหวัด | วันที่ออกเดินทาง | วันที่กลับ | หมายเหตุ (จุดประสงค์ของการเดินทาง) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**ประวัติคนในครอบครัว**

คนในครอบครัวมีประวัติเดินทางไปประเทศตะวันออกกลางหรืออเมริกาใต้หรือไม่

( ) ไม่ ( ) ใช่ โปรดระบุ ..... ( ) ไม่ทราบ

คนในครอบครัวมีประวัติป่วยด้วยโรคลิชมาเนียมาก่อนหรือไม่

( ) ไม่ ( ) ใช่ โปรดระบุด้านล่าง ( ) ไม่ทราบ

| ชื่อ-สกุล | ความสัมพันธ์ | วันเริ่มป่วย | เดินทางไปต่างประเทศก่อนป่วยระบุ | ได้รับการรักษาที่ใด |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Notes:

ผู้สอบสวนโรค

| ชื่อ-สกุล | เบอร์โทรศัพท์ | หน่วยงาน | วันที่สอบสวนโรค |
|---|---|---|---|
| | | | |

# แบบสอบสวนผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

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

ชื่อ - สกุลผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) .....

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

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

( ) เขตเทศบาลนคร ( ) เขตเทศบาลเมือง ( ) เขตเทศบาลตำบล ( ) เขตอบต.

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

ผลการรักษา ( ) กำลังรักษา ( ) หาย ( ) ตาย ( ) ส่งต่อระบุ .....

**2. อาการและอาการแสดง**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้สูงเฉียบพลัน | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | หนาวสั่น | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | กดเจ็บตามกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดศีรษะอย่างรุนแรง | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | คอแข็ง | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| ตาแดง(Conjunctival suffusion) | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | ตาเหลืองตัวเหลือง (Jaundice) | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| ไอแห้งๆ | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | ไอมีเสมหะปนเลือด | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| ไอเป็นเลือดสดๆ | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | หายใจหอบ | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| อาเจียนเป็นเลือด | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| ปัสสาวะสีเข้ม | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | ปัสสาวะออกน้อย | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

3.1 Imonochromatography (ICT) ( ) ทำครั้งที่ 1 วันที่ ..... ผล ..... ( ) ไม่ทำ

ครั้งที่ 2 วันที่ ..... ผล.....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2 ตรวจ IFA ( ) ทำครั้งที่ 1 วันที่ ..... ผล ..... ( ) ไม่ทำ

ครั้งที่ 2 วันที่ ..... ผล.....

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.3 ตรวจ ELISA ( ) ทำครั้งที่ 1 วันที่ ..... ผล ..... ( ) ไม่ทำ
ครั้งที่ 2 วันที่ ..... ผล.....
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.4 ตรวจ MAT ( ) ทำครั้งที่ 1 วันที่ ..... ผล ..... ( ) ไม่ทำ
ครั้งที่ 2 วันที่ ..... ผล.....
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.5 เพาะเชื้อแบคทีเรีย ( ) ทำครั้งที่ 1 วันที่ ..... ผล ..... ( ) ไม่ทำ
ครั้งที่ 2 วันที่ ..... ผล.....
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.6 วิธีอื่นระบุ ..... ( ) ทำครั้งที่ 1 วันที่ ..... ผล ..... ( ) ไม่ทำ
ครั้งที่ 2 วันที่ ..... ผล.....
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

**4. การรักษา**

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ได้รับการวินิจฉัยว่า .....

ยาที่ใช้ ..... เริ่มวันที่ .....

**5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค**

5.1 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเลปโตสไปโรสิสที่ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ในช่วง 14 วันก่อนป่วย

- การสัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นแฉะ ( ) สัมผัสระบุ ( ) ไม่มีการสัมผัส
  ลักษณะการสัมผัส ( ) แช่น้ำ ( ) เดินลุยน้ำ ( ) ว่ายน้ำ ( ) กลืนน้ำ/สำลักน้ำ
  ลักษณะแหล่งน้ำที่สัมผัส ( ) น้ำนิ่ง ( ) น้ำไหลเอื่อย ( ) น้ำไหลแรง ( ) พื้นดินชื้นแฉะ
  ระยะเวลาการสัมผัส ( ) น้อยกว่า6 ชั่วโมง/วัน ( ) มากกว่า 6 ชั่วโมง/วัน
- การป้องกันตนเอง ( ) สวมรองเท้าแตะ ( ) สวมรองเท้าหุ้มส้น
  ( ) สวมรองเท้าบู๊ทครึ่งแข้ง ( )สวมรองเท้าบู๊ทถึงเข่า
  ( ) ไม่สวมรองเท้า
- การเกิดบาดแผล ( ) มีบาดแผลระบุ ( ) ไม่มีบาดแผล
  ตำแหน่งบาดแผล ( ) มือ ( ) แขน ( ) ขา ( ) เท้า ( ) ลำตัว
  ลักษณะบาดแผล ( ) มีเลือดออก ( ) ไม่มีเลือดออก
  การสัมผัสน้ำ ( ) บาดแผลสัมผัสน้ำโดยตรง ( ) มีพลาสเตอร์ปิด
- อาหารค้างมื้อที่ไม่ได้เก็บไว้ในตู้กับข้าวที่มิดชิด ( ) กิน ( ) ไม่ได้กิน
- เครื่องในสัตว์ดิบๆ สุกๆ ( ) กิน ( ) ไม่ได้กิน

5.2 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ

น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ ( ) มี ( ) ไม่มี

การเลี้ยงสัตว์ ( ) มีระบุชนิดสัตว์ ..... ( ) ไม่มี

หนูชุกชุม ( ) พบ ( ) ไม่พบ

หอยเชอร์รี่ ( ) ชุกชุม ( ) ไม่ชุกชุม

อื่นๆอธิบาย .....

5.3 ลักษณะบ้านพักอาศัยระบุสถานที่ .....

บริเวณบ้านพักอาศัย ( ) เป็นชุมชนแออัด ( ) เป็นบ้านห่างกัน (ชนบท)

น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ ( ) มี ( ) ไม่มี

การเลี้ยงสัตว์ ( ) มีระบุชนิดสัตว์ ..... ( ) ไม่มี

หนูชุกชุม ( ) พบ ( ) ไม่พบ

อื่นๆ อธิบาย .....

5.4 ลักษณะภูมิประเทศและสิ่งแวดล้อมรอบๆบริเวณหมู่บ้านที่พักอาศัยของผู้ป่วย

( ) เป็นที่ราบระบุ ..... ( ) ไม่เป็น

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| นาข้าว | ( ) มี | ( ) ไม่มี | สวนยางพารา | ( ) มี | ( ) ไม่มี |
| สวนปาล์มน้ำมัน | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง/อ้อย/ข้าวโพด | ( ) มี | ( ) ไม่มี |
| สวนผลไม้ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ไร่ถั่วลิสง/ถั่วเหลือง | ( ) มี | ( ) ไม่มี |
| อื่นๆ อธิบาย ..... | | | | | |

( ) เป็นที่ลาดเนิน/ป่าเขาระบุ ..... ( ) ไม่เป็น

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| นาข้าว | ( ) มี | ( ) ไม่มี | สวนยางพารา | ( ) มี | ( ) ไม่มี |
| สวนปาล์มน้ำมัน | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง/อ้อย/ข้าวโพด | ( ) มี | ( ) ไม่มี |
| สวนผลไม้ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ไร่ถั่วลิสง/ถั่วเหลือง | ( ) มี | ( ) ไม่มี |
| อื่นๆ อธิบาย ..... | | | | | |

( ) มีสระน้ำ/หนอง/บึงระบุ ..... ( ) ไม่มี

| | | |
|---|---|---|
| การปล่อยโคกระบือ | ( ) ปล่อยให้ลงได้ | ( ) ไม่ปล่อยให้ลง |
| แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ) ..... | | |

( ) มีคู/คลอง/เหมือง/ฝาย/ลำน้ำไหลระบุ ..... ( ) ไม่มี

| | | |
|---|---|---|
| การปล่อยโคกระบือ | ( ) ปล่อยให้ลงได้ | ( ) ไม่ปล่อยให้ลง |
| แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ) ..... | | |

5.5 สถานที่ที่ (ผู้สอบสวน) คาดว่าจะติดเชื้อ ระบุ .....

5.6 ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเลปโตสไปโรสิส (ในช่วง 14 วันก่อนป่วย)

วิธีการบันทึกซักประวัติโดยนับตั้งแต่วันแรกที่มีอาการไข้เป็นเวลา 4 สัปดาห์จนครบ โดยทำเครื่องหมายในทุกๆ ช่องของแต่ละช่วงสัปดาห์ถ้ามีพฤติกรรมตามที่ระบุใส่ "✓" พร้อมทั้งระบุสถานที่ที่ทำกิจกรรมแต่ถ้าไม่มีพฤติกรรมใส่ " X "

| พฤติกรรม | Wk.1 ก่อนป่วย | Wk.2 ก่อนป่วย | ระบุสถานที่ทำกิจกรรม | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|
| 1. การทำนา | | | | |
| 2. การหาปลา | | | | |
| 3. การลอกสระ/คู/คลอง | | | | |
| 4. การเก็บเคลื่อนย้ายสิ่งของก่อน/หลังน้ำท่วม | | | | |
| 5. การไปว่ายน้ำ/ดำน้ำ | | | | |
| 6. การเลี้ยงดูแลโค กระบือ สุกร | | | | |
| 7. การทำงานในโรงฆ่าสัตว์ | | | | |
| 8. การออกไปล่าหนูตอนกลางคืน | | | | |
| 9. การลอกท่อน้ำโสโครก | | | | |
| 10. อื่นๆ ระบุ ..... | | | | |

**สรุป :** สงสัยว่าวิธีการติดโรคเกิดจากพฤติกรรม .....

แหล่งโรคน่าจะเป็น .....

เมื่อวันที่ .....

**6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค**

ในสถานที่ซึ่งคาดว่าเป็นแหล่งติดโรคที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสรายนี้มีผู้สัมผัสรายอื่นด้วยหรือไม่

( ) มีระบุ ( ) ไม่มี

| ลำดับ | ชื่อ | บ้านเลขที่ | อายุ | เพศ | อาการป่วย | | | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | มีอาการป่วย | | ไม่มี | |
| | | | | | ระบุอาการ | วันเริ่มป่วย | | |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |

แผนที่แสดงสถานที่ซึ่งคาดว่าเป็นแหล่งติดโรคที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวนโรค ..... ตำแหน่ง .....

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

# แบบสอบสวนโรคสครับไทฟัส

## 1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

( ) ในเขตเทศบาลนคร ( ) ในเขตเทศบาลเมือง ( ) ในเขตเทศบาลตำบล ( ) ในเขต อบต.

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

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

ผลการรักษา ( ) กำลังรักษา ( ) หาย ( ) ตาย ( ) ส่งต่อระบุ .....

## 2. อาการและอาการแสดง

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้สูงเฉียบพลัน | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | ผื่น (maculopapular) | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดศีรษะ | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | มีแผลเหมือนบุหรี่จี้ (eschar) | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดเมื่อยตัว | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | สมองอักเสบ | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดกระบอกตา | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | ปอดบวม | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| ตาแดง | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | ม้ามโต | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| ตาเหลือง/ตัวเหลือง | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | ตับโต | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| ไอแห้ง | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ | ต่อมน้ำเหลืองโตและเจ็บ ถ้ามี ระบุตำแหน่ง | ( ) มี ( ) ไม่มี ( ) ไม่ทราบ |
| อื่นๆ ระบุ | | | |

## 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจ Immuno Fluorescent Antibody Test (IFA)

ตรวจน้ำเหลืองคู่ ( ) ทำ ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ ..... ( ) ไม่ทำ

กรวดน้ำเหลืองเดี่ยว ( ) ทำ ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ ..... ( ) ไม่ทำ

3.2 การตรวจ Indirect Immuno Peroxidese Test (IIP)

( ) ทำ ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ ..... ( ) ไม่ทำ

3.3 การตรวจ Weil Felix to OX-K

( ) ทำ ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ ..... ( ) ไม่ทำ

3.4 การตรวจ PCR

( ) ทำ ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ ..... ( ) ไม่ทำ

3.5 อื่นๆ ระบุ .....

**4. การรักษา**

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

Doxycyclin ( ) ได้รับวันที่ให้การรักษา ..... ขนาดยา ..... ( ) ไม่ได้รับ

Tetracyclin ( ) ได้รับวันที่ให้การรักษา ..... ขนาดยา ..... ( ) ไม่ได้รับ

Chloramphenical ( ) ได้รับวันที่ให้การรักษา ..... ขนาดยา ..... ( ) ไม่ได้รับ

อื่นๆ .....

**5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค**

5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

( ) หาของป่า/ล่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....

( ) ทำป่าไม้ ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....

( ) นักสำรวจป่า/ธรรมชาติ ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....

( ) ทหาร/ตำรวจ ตระเวนชายแดน ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....

( ) ทำไร่ ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....

( ) ทำสวน ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....

( ) อื่นๆ ( ระบุ ) .....

5.2 งานอดิเรก

( ) หาของป่า/ล่าสัตว์ ระบุสถานที่ .....

( ) ท่องเที่ยว ระบุสถานที่ .....

5.1 บริเวณป่า/ไร่/สวน ที่ผู้ป่วยมีโอกาสจะไปรับเชื้อได้นั้น มีหนู/สัตว์ฟันแทะ เช่น กระแต กระต่าย อีแห้น ชะมด ชุกชุมหรือไม่

( ) มี ( ) ไม่มี

**6. แหล่งรังโรค**

6.1 ในช่วง 21 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปที่ไหนบ้าง ( ) เคย ระบุ ( ) ไม่เคย

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

**7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น**

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัสในช่วง 21 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

( ) มี ระบุ ( ) ไม่มี

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

7.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัสในช่วง 21 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

( ) มี ระบุ ( ) ไม่มี

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

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

# แบบสอบสวนโรคสุกใส

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

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

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

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

ตั้งอยู่หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ [1] ป่วยวินิจฉัย ..... [1] ไม่ป่วย

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

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

[5] ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ .....

**2. ข้อมูลการเจ็บป่วย**

สถานที่รักษาในปัจจุบัน ..... H.N. .....

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

ไข้ ☐ มี ..... °C ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ

ผื่น ☐ มี ☐ ไม่มี

ลักษณะของผื่น ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

☐ ผื่นแดง (papule)

☐ ตุ่มใส (vesicle)

☐ แผลตกสะเก็ด (granular scab)

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

1. ตรวจระดับ Neutralizing Antibody Titer ต่อ Varicella Zoster Virus

   เจาะเลือดครั้งที่ 1 วันที่เจาะ ..... ผล titer .....

   เจาะเลือดครั้งที่ 2 วันที่เจาะ ..... ผล titer .....

2. ELISA TEST เจาะเลือดวันที่ ..... ผลการตรวจ .....

3. TZANCK TEST ผลการตรวจพบ Multinucleated giant cell ☐ พบ ☐ ไม่พบ

**4. ประวัติการรักษา**

เมื่อป่วยด้วยโรคสุกใสครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

☐ ไป ระบุชื่อสถานบริการ ..... วันที่ .....

☐ ไม่เคยไป

ประวัติการรับวัคซีน

DOSE 1 ได้เมื่อ ..... ☐ ไม่ได้ ☐ ไม่ทราบ

DOSE 2 ได้เมื่อ ..... ☐ ไม่ได้ ☐ ไม่ทราบ

มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี

**5. ประวัติการสัมผัสโรค** (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

5.1 ในช่วง 17 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดสุกใสหรือไม่

☐ เคย ☐ ไม่เคย

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

5.2 ในช่วง 17 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

5.3 ในช่วง 17 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

6. มีผู้สัมผัสใกล้ชิดในช่วง 5 วันที่ผ่านมา นับจากวันที่ผู้ป่วยรายนี้เริ่มมีตุ่มใสหรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

6.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

6.3 ผู้สัมผัสในชุมชน

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย ..... ประวัติการรับวัคซีน .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

# แบบสอบสวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

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

สถานที่ทำงาน .....

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง .....

เกี่ยวข้องเป็น ..... ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น ..... โรงเรียน .....

ที่ตั้งของโรงเรียน ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

( ) ในเขตเทศบาลนคร ( ) ในเขตเทศบาลเมือง ( ) ในเขตเทศบาลตำบล ( ) ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

( ) ในเขตเทศบาลนคร ( ) ในเขตเทศบาลเมือง ( ) ในเขตเทศบาลตำบล ( ) ในเขต อบต.

หากย้ายภูมิลำเนามา ณ ที่อยู่ปัจจุบันนี้ เป็นเวลา ..... ปี ..... เดือน

วันเริ่มอาการท้องเสีย ..... เวลา ..... น. วันที่มาโรงพยาบาล ..... เวลา ..... น.

ผลการรักษา ( ) กำลังรักษา ที่ ..... ( ) หาย ( ) เสียชีวิต วันที่ .....

( ) ไม่สมัครใจอยู่ ( ) ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ .....

**2. อาการและอาการแสดง**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ปวดท้อง | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ปวดศีรษะ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| คลื่นไส้ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | เหงื่อออกมาก | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| อาเจียน | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | แน่นหน้าอก | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ตะคริว | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ใจสั่น | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ถ่ายอุจจาระเหลว | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ชารอบปาก/เพดาน | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ถ่ายเป็นน้ำ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | น้ำลายไหล | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ถ่ายมีมูก | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | รู้สึกรสฝาด | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ถ่ายมีเลือด | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | อาการข็อค | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ไข้ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | อาการอื่นๆ ระบุ ..... | | | |
| หนาวสั่น | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ..... | | | |

3. **ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :** ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ ระบุ .....

- ตรวจอุจจาระอย่างง่ายและรวดเร็ว (screening test) ด้วยกล้องจุลทรรศน์

  ( ) พบเชื้อ ระบุ .....  ( ) ไม่พบเชื้อ  ( ) ไม่ได้ตรวจ

- เพาะเชื้อจากอุจจาระ หรือ rectal swab

  - ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ  ( ) ไม่ได้เพาะเชื้อ ( ) ไม่พบเชื้อ  ( ) เชื้อที่เพาะขึ้น ระบุ .....
    ( ) ไวต่อยาปฏิชีวนะ .....
  - หลังให้ยาปฏิชีวนะครบแล้ว  ( ) ไม่ได้เพาะเชื้อ ( ) ไม่พบเชื้อ  ( ) เชื้อที่เพาะขึ้น ระบุ .....
    ( ) ไวต่อยาปฏิชีวนะ .....

- ผลการตรวจจากอาหาร น้ำ และสิ่งแวดล้อม

| ชนิดตัวอย่าง | แหล่ง | วันที่เก็บ | เชื้อที่เพาะขึ้น (ระบุ) | การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Tetra | Bactrim | Ampi | Norfox | Doxy | อื่นๆ |
| | | | ☐ เชื้อ .....<br>☐ ไม่พบ | | | | | | |
| | | | ☐ เชื้อ .....<br>☐ ไม่พบ | | | | | | |
| | | | ☐ เชื้อ .....<br>☐ ไม่พบ | | | | | | |
| | | | ☐ เชื้อ .....<br>☐ ไม่พบ | | | | | | |
| | | | ☐ เชื้อ .....<br>☐ ไม่พบ | | | | | | |

4. **การรักษา**

- รับการตรวจรักษาที่ .....  วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....
  ( ) ได้พบแพทย์  ( ) พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  ( ) อื่นๆ ระบุ .....
- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค .....
- ยาปฏิชีวนะ .....
  ( ) ได้รับ ระบุ ..... ขนาด .....  ( ) ..... ครั้ง ..... วัน
  ( ) ไม่ได้รับยา  ( ) ไม่ทราบ
- ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่  ( ) ได้รับ  ( ) ไม่ได้รับ
- ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ  ( ) ได้รับ  ( ) ไม่ได้รับ
- ได้ซื้อยาฆ่าเชื้อ (ปฏิชีวนะ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่
  ( ) ซื้อ ระบุ .....  ( ) ไม่ได้ซื้อ

**5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค**

- ประวัติการรับประทานอาหารและน้ำช่วง 5 วันก่อนเริ่มป่วย

| | มื้อเช้า | มื้อกลางวัน | มื้อเย็น |
|---|---|---|---|
| วันที่ ..... | | | |
| ประเภทอาหาร (ระบุ) | | | |
| แหล่งที่ซื้อ | | | |
| จำนวนผู้ร่วมรับประทาน | | | |
| วันที่ ..... | | | |
| ประเภทอาหาร (ระบุ) | | | |
| แหล่งที่ซื้อ | | | |
| จำนวนผู้ร่วมรับประทาน | | | |
| วันที่ ..... | | | |
| ประเภทอาหาร (ระบุ) | | | |
| แหล่งที่ซื้อ | | | |
| จำนวนผู้ร่วมรับประทาน | | | |
| วันที่ ..... | | | |
| ประเภทอาหาร (ระบุ) | | | |
| แหล่งที่ซื้อ | | | |
| วันที่ ..... | | | |
| ประเภทอาหาร (ระบุ) | | | |
| แหล่งที่ซื้อ | | | |

น้ำดื่ม : ระบุแหล่งน้ำ ..... ( ) ไม่ต้ม ( ) ต้ม ( ) กรอง ( ) ขวดปิดสนิท

น้ำใช้ : ระบุแหล่งน้ำ .....

ส้วม : ที่บ้านใช้ส้วม ระบุ ..... ( ) ไม่มีส้วมใช้ ( ) มีส้วมแต่ไม่ใช้

- อาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วยครั้งนี้ ระบุ .....

  วันที่รับประทาน ..... เวลา ..... น. ซื้อจากแหล่ง ระบุ .....
- ผู้ประกอบอาหารมื้อที่สงสัยนั้น ระบุ ..... สถานที่รับประทานอาหาร .....

- จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหารมื้อที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ ..... คน

  ( ) มีอาการป่วยเหมือนผู้ป่วย ..... คน ( ) ไม่มีใครมีอาการป่วย

- ในช่วง 5 วัน ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีการเดินทางไปที่ไหนบ้าง

  ( ) การเดินทาง

  1) ไปสถานที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

     จังหวัด ..... วันที่กลับ .....

  2) ไปสถานที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

     จังหวัด ..... วันที่กลับ .....

  ( ) ไม่ได้เดินทาง ( ) จำไม่ได้

- ในช่วง 5 วัน ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ มีผู้มาเยี่ยมเยียนหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่

  ( ) มีผู้มาเยี่ยม ( ) มีผู้มาพักอาศัย ( ) ไม่มี

- ผู้มาเยี่ยม/พักอาศัย มีใครป่วยด้วยอาการท้องเสียบ้างหรือไม่

  ( ) มีอาการท้องเสีย ( ) ไม่มีอาการท้องเสีย ( ) ไม่ทราบ

6. **การค้นหาและติดตามผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง** (ในช่วง 5 วันก่อนการเริ่มป่วย จนถึง 10 วันหลังการป่วยของผู้ป่วยรายนี้)

- การค้นหาผู้สัมผัส/ผู้ป่วยรายอื่นในครอบครัว โดยการเก็บอุจจาระเพาะเชื้อ/rectal swab

| ชื่อ-สกุล | ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | วันที่เก็บอุจจาระ | เชื้อที่เพาะขึ้น (ระบุ) | ยาปฏิชีวนะที่ให้ | | อาการป่วย | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ชื่อยา | ขนาดที่ให้ | มี (ระบุวันเริ่มป่วย) | ไม่มี |
| | | | ☐ เชื้อ .....<br>☐ ไม่พบ | | | ...../...../..... | |
| | | | ☐ เชื้อ .....<br>☐ ไม่พบ | | | ...../...../..... | |
| | | | ☐ เชื้อ .....<br>☐ ไม่พบ | | | ...../...../..... | |
| | | | ☐ เชื้อ .....<br>☐ ไม่พบ | | | ...../...../..... | |
| | | | ☐ เชื้อ .....<br>☐ ไม่พบ | | | ...../...../..... | |

- การค้นหาผู้สัมผัส/ผู้ป่วยรายอื่นในสถานที่เรียน/ทำงานร่วมกัน และในชุมชน

| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | วันที่เก็บอุจจาระ | เชื้อที่เพาะขึ้น (ระบุ) | ยาปฏิชีวนะที่ให้ | | อาการป่วย | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ชื่อยา | ขนาดที่ให้ | มี (ระบุวันเริ่มป่วย) | ไม่มี |
| 1 | | | | ☐ เชื้อ ..... ☐ ไม่พบ | | | ...../...../..... | |
| 2 | | | | ☐ เชื้อ ..... ☐ ไม่พบ | | | ...../...../..... | |
| 3 | | | | ☐ เชื้อ ..... ☐ ไม่พบ | | | ...../...../..... | |
| 4 | | | | ☐ เชื้อ ..... ☐ ไม่พบ | | | ...../...../..... | |
| 5 | | | | ☐ เชื้อ ..... ☐ ไม่พบ | | | ...../...../..... | |

ผู้สอบสวน ..... หน่วยงาน .....

โทร. .....

# แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคแอนแทรกซ์

## 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล .....

เลขที่บัตรประชาชน ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

อายุ ..... ปี เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง อาชีพ ..... ศาสนา .....

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

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

( ) ในเขตเทศบาลนคร ( ) ในเขตเทศบาลเมือง ( ) ในเขตเทศบาลตำบล ( ) ในเขต อบต.

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

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

การรักษา ( ) ผู้ป่วยนอก ( ) ผู้ป่วยใน

ผลการรักษา ( ) กำลังรักษา ( ) หาย ( ) ตาย ( ) ส่งต่อ ระบุ .....

## 2. อาการและอาการแสดง

2.1 ผิวหนัง เริ่มมีอาการ วันที่ ..... เวลา .....

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ตุ่มหนอง | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | แผลสีดำ (black eschar) | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ต่อมน้ำเหลืองบวม | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | อื่นๆ (ระบุ) ..... | | | |
| | ตำแหน่งที่บวม ..... | | | ..... | | | |

2.2 ก. ระบบทางเดินอาหาร (intestinal anthrax) เริ่มมีอาการ วันที่ ..... เวลา .....

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ไข้ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ปวดท้อง | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| คลื่นไส้ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | อาเจียน | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ท้องเสีย | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | น้ำในช่องท้อง | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ท้องอืด | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | อื่นๆ (ระบุ) ..... | | | |
| ถ่ายเป็นเลือด | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ..... | | | |

2.2 ข. ช่องปากและคอหอย (Oro - pharynx) เริ่มมีอาการ วันที่ ..... เวลา .....

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| คอบวม | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | กลืนลำบาก | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| เสียงแหบ/พูดไม่ชัด | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | หายใจลำบาก | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| อื่นๆ (ระบุ) ..... | | | | | | | |

2.3 ทางเดินหายใจ (pulmonary anthrax)

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ไอแห้ง | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| หายใจลำบาก | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| เจ็บหน้าอก | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

3.1 ย้อมสีแกรม ( ) ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันส่งตรวจ ..... ผล ..... ( ) ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2 เพาะเชื้อแบคทีเรีย ( ) ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันส่งตรวจ ..... ผล ..... ( ) ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.3 PCR ( ) ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันส่งตรวจ ..... ผล ..... ( ) ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.4 อื่นๆ ( ) ทำ สิ่งส่งตรวจ ..... วันส่งตรวจ ..... ผล ..... ( ) ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

**4. การรักษา**

( ) ซื้อยากินเอง ชื่อยา ..... ( ) รักษาด้วยยาสมุนไพร

( ) ไปรับการตรวจรักษาที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... ปี .....

ยาปฏิชีวนะที่ใช้ ..... เริ่มวันที่ .....

**5. ประวัติการสัมผัสโรค**

5.1 ในระยะ 7 วัน ก่อนมีอาการสัมผัสซาก เนื้อ หรือผลิตภัณฑ์ของสัตว์ที่สงสัยว่าตายด้วยโรคแอนแทรกซ์

( ) มี ระบุ ( ) ไม่มี

( ) ชำแหละซากสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ ..... วันที่ ..... เดือน ..... ปี ..... เวลา .....

สถานที่ชำแหละ .....

ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์ .....

( ) เป็นสัตว์ในท้องที่ ( ) นำมาจาก .....

( ) ทำงานในโรงงานผลิตขนสัตว์หรือกระดูกป่น

( ) ทำงานในห้องปฏิบัติการ

( ) หั่นเนื้อประกอบอาหาร ระบุชนิดสัตว์ ..... วันที่ ..... เดือน ..... ปี ..... เวลา .....

( ) รับประทาน ระบุชนิดสัตว์ ..... วันที่ ..... เดือน ..... ปี ..... เวลา .....

ระบุวิธีประกอบอาหาร .....

**6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค**

6.1 ผู้ที่ชำแหละซากสัตว์คนที่ 1 ชื่อ ..... ที่อยู่ .....

บุคคลที่ได้รับแจก/ซื้อเนื้อสัตว์ตัวเดียวกัน

ชื่อ ..... ที่อยู่ .....

ชื่อ ..... ที่อยู่ .....

ชื่อ ..... ที่อยู่ .....

6.2 ผู้ที่ชำแหละซากสัตว์คนที่ 2 ชื่อ ..... ที่อยู่ .....

บุคคลที่ได้รับแจก/ซื้อเนื้อสัตว์ตัวเดียวกัน

ชื่อ ..... ที่อยู่ .....

ชื่อ ..... ที่อยู่ .....

ชื่อ ..... ที่อยู่ .....

6.3 ผู้ที่ชำแหละซากสัตว์คนที่ 3 ชื่อ ..... ที่อยู่ .....

บุคคลที่ได้รับแจก/ซื้อเนื้อสัตว์ตัวเดียวกัน

ชื่อ ..... ที่อยู่ .....

ชื่อ ..... ที่อยู่ .....

ชื่อ ..... ที่อยู่ .....

ชื่อ - สกุล ผู้สอบสวนโรค ..... ตำแหน่ง .....

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

**หมายเหตุ :** ระยะฟักตัวของโรค (Incubation period) 1 - 7 วัน

# แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคอหิวาตกโรค

## 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ ..... สกุล ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง อายุ ..... ปี ..... เดือน

ที่อยู่ ..... อาชีพ ..... สถานที่ทำงาน/ สถานศึกษา .....

## 2. การเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย ..... วันรับรักษา ..... สถานที่รักษา .....

ประเภทผู้ป่วย ( ) ผู้ป่วยนอก ( ) ผู้ป่วยใน ( ) ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน

อาการและอาการแสดง

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ปวดท้อง | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | คลื่นไส้ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ถ่ายเหลว | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | อาเจียน | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ถ่ายเป็นน้ำ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ขาดน้ำ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ถ่ายมีมูก | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ช็อค | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ถ่ายมีเลือด | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | หนาวสั่น | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ไข้ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | อื่นๆ ระบุ | | | |

การรักษา

ได้รับยาปฏิชีวนะ ระบุ ..... วันที่ ..... ถึงวันที่ .....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Rectal swab culture)

- ก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ ( ) พบเชื้อ ระบุ ..... ( ) ไม่พบเชื้อ ( ) ไม่ได้ตรวจ
- หลังได้รับยาปฏิชีวนะครบ ( ) พบเชื้อ ระบุ ..... ( ) ไม่พบเชื้อ ( ) ไม่ได้ตรวจ
- ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tetracycline | ( ) Sense | ( ) Intermediate | ( ) Resist |
| Co-trimoxazole (Bactrim) | ( ) Sense | ( ) Intermediate | ( ) Resist |
| Ampicillin | ( ) Sense | ( ) Intermediate | ( ) Resist |
| Norfloxacin | ( ) Sense | ( ) Intermediate | ( ) Resist |
| Doxycycline | ( ) Sense | ( ) Intermediate | ( ) Resist |
| อื่นๆ ..... | ( ) Sense | ( ) Intermediate | ( ) Resist |

**3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ในช่วง 5 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย)**

การเดินทางออกนอกพื้นที่

( ) มี ระบุสถานที่ ..... วันที่ ..... ( ) ไม่มี

การรับประทานอาหาร

| | มื้อเช้า | มื้อกลางวัน | มื้อเย็น | อาหารมื้อรอง |
|---|---|---|---|---|
| วันที่ .....<br>ประเภทอาหาร<br>แหล่งที่มาของอาหาร<br>ผู้ที่รับประทานร่วม | | | | |
| วันที่ .....<br>ประเภทอาหาร<br>แหล่งที่มาของอาหาร<br>ผู้ที่รับประทานร่วม | | | | |
| วันที่ .....<br>ประเภทอาหาร<br>แหล่งที่มาของอาหาร<br>ผู้ที่รับประทานร่วม | | | | |
| วันที่ .....<br>ประเภทอาหาร<br>แหล่งที่มาของอาหาร<br>ผู้ที่รับประทานร่วม | | | | |
| วันที่ .....<br>ประเภทอาหาร<br>แหล่งที่มาของอาหาร<br>ผู้ที่รับประทานร่วม | | | | |

**4. ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสอื่นๆ ในชุมชน**

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | วันเริ่มป่วย (ถ้ามีอาการ) | วันที่เก็บ RSC | ผล |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ผู้สอบสวน ..... หน่วยงาน ..... โทร. .....

# แบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1)

| **1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| เลขที่ผู้ป่วย ☐ HN ☐ AN<br>ชื่อ/นามสกุล | อายุขณะป่วย<br>ปี .....<br>เดือน .....<br>วัน ..... | เพศ<br>☐ ชาย<br>☐ หญิง | ประเภทผู้ป่วย<br>☐ ผู้ป่วยใน<br>☐ ผู้ป่วยนอก | เคยมีประวัติการแพ้วัคซีน/ยา<br>☐ ไม่มี ☐ มี<br>(ระบุ) ..... |
| ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย<br>หมู่ที่ ตำบล<br>อำเภอ จังหวัด | ว/ด/ป เกิด ...../...../.....<br>เชื้อชาติ ☐ ไทย ☐ อื่นๆ ระบุ) ..... | | | เคยมีประวัติการใช้ยา<br>☐ ไม่มี ☐ มี<br>(ระบุ) ..... |
| โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....<br>การเจ็บป่วยในอดีต ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) ..... | | | | อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว<br>☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) ..... |
| ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) : | | | | |

**2. ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน**

| ชื่อวัคซีน | ขนาดและวิธีให้ | | | เข็มที่/ครั้งที่ | ว/ด/ป และ เวลาที่ได้รับวัคซีน | ชื่อผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย/เลขที่ผลิต/วันหมดอายุ | สถานที่รับวัคซีน |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ปริมาณ | วิธีให้ | ตำแหน่งที่ฉีด | | | | |
| | | | | | | | |

| **3. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์/การวินิจฉัย** | | |
|---|---|---|
| ว/ด/ป และเวลาที่เริ่มเกิดอาการ: | ว/ด/ป ที่รับรักษา: | วันที่จำหน่าย: |
| อาการและการตรวจพบ (ระบุ signs and symptoms และรายละเอียดอื่นๆ ของผู้ป่วย) | | การตรวจทางห้องปฏิบัติการ |
| | | |

| กรณีผู้ป่วย AEFI ที่ต้องรายงาน | | ระบุความร้ายแรงของอาการ (Seriousness) |
|---|---|---|
| ☐ 1. การเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน | ☐ 5. อาการไข้สูงปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน | ☐ ไม่ร้ายแรง (Non-serious) |
| ☐ 2. กลุ่มอาการทางระบบประสาททุกชนิด | ☐ 6. อาการอื่นๆ ที่สงสัยว่าอาจเกี่ยวข้องกับ (Neurological syndrome) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค | ☐ ร้ายแรง (Serious)<br>1. เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป) .....<br>2. รุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต<br>3. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล<br>4. พิการ |
| ☐ 3. อาการแพ้รุนแรง เช่น anaphylaxis | ☐ 6.1 รับไว้รักษาในโรงพยาบาลหรืออาการแพ้รุนแรงอื่นๆ | |
| ☐ 4. อาการติดเชื้อในกระแสโลหิต | ☐ 6.2 ผู้ป่วยเป็นกลุ่ม (Cluster)<br>☐ 6.3 อาการไม่รุนแรงอื่นๆ | |
| การวินิจฉัยของแพทย์ | | สรุปสาเหตุ ☐ การบริหารจัดการวัคซีน<br>☐ วัคซีน ☐ กลัวการฉีด<br>☐ โดยบังเอิญ ☐ ไม่ทราบ |
| สภาพผู้ป่วย : ☐ หาย ☐ ตาย ☐ ยังรักษาอยู่ ☐ มีภาวะแทรกซ้อน หรือ พิการ | | |
| **4. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รายงาน** | | **5. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาลหรือแหล่งที่รายงาน** |
| แผนกที่พบผู้ป่วย .....<br>ผู้วินิจฉัย ☐ แพทย์ ☐ เภสัชกร ☐ พยาบาล<br>☐ อื่นๆ (ระบุ) .....<br>ชื่อผู้บันทึกรายงาน .....<br>เป็น ☐ แพทย์ ☐ เภสัชกร ☐ พยาบาล<br>☐ อื่นๆ (ระบุ) ..... | | ว/ด/ป ที่บันทึกรายงาน .....<br>ชื่อสถานพยาบาล/แหล่งที่รายงาน .....<br>.....<br>จังหวัด ..... |
| **6. ข้อมูลเกี่ยวกับวันรับรายงาน** | | |
| วันที่รับรายงานของ สสอ.<br>..... (☐☐☐☐☐) | วันที่รับรายงานของ สสจ.<br>..... (☐☐☐☐☐) | วันที่รับรายงานของสำนักระบาดวิทยา<br>..... (☐☐☐☐☐) |

ส่งแบบ AEFI 1 ที่หมายเลขโทรสาร 02-5901784 และ outbreak@health.moph.go.th ภายใน 48 ชั่วโมงนับจากพบผู้ป่วย กรณีร้ายแรงแจ้งให้สำนักระบาดวิทยาทราบภายใน 24 ชั่วโมง นับจากพบผู้ป่วย ที่หมายเลขโทรศัพท์ 02-5901795, 02-5901876, 02-5901779

# แบบสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI 2)

**1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย**

1.1 ชื่อ - สกุล ..... 1.2 เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

1.3 อายุ ..... ปี ..... เดือน ..... วัน

1.4 ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อบ้าน ..... ถนน .....
ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

1.5 กรณีที่เป็นนักเรียนโรงเรียน ..... หมู่ที่ ..... ตำบล .....
อำเภอ ..... จังหวัด ..... เรียนอยู่ชั้น .....

1.6 ชื่อผู้ปกครอง ..... อาชีพ .....

**2. ข้อมูลการเจ็บป่วย**

2.1 วันเริ่มป่วย ..... เวลา ..... วันรับรักษา .....

2.2 ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยนอกสถานที่รักษา .....
HN ..... AN ..... แพทย์ผู้รักษา .....

2.3 อธิบายอาการหลังได้รับวัคซีนครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การวินิจฉัยของแพทย์ .....

2.4 ประวัติการแพ้ของผู้ป่วย (เช่น อาหาร ยา หรืออื่นๆ) ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี ☐ 3. ไม่ทราบ
(ถ้ามี) ระบุ .....

.....

.....

2.5 ประวัติการป่วยในอดีตหรือการป่วยก่อนที่จะมารับวัคซีนครั้งนี้ (เช่น โรคประจำตัว หรือการติดเชื้อ
หรือโรคทางระบบประสาท เป็นต้น) ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี ☐ 3. ไม่ทราบ
(ถ้ามี) ระบุ .....

.....

.....

.....

2.6 ประวัติการได้รับวัคซีนครั้งนี้

| ชื่อวัคซีน | ปริมาณ | วิธีการให้ | ตำแหน่ง | ครั้งที่/เข็มที่ | ว/ด/ป และเวลาที่ได้รับวัคซีน | ผู้ผลิต/วันหมดอายุ/Lot no. | ชื่อสถานบริการที่ให้วัคซีน |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

2.7 ประวัติการได้รับวัคซีนครั้งก่อน ๆและอาการป่วยหลังจากได้รับวัคซีนครั้งก่อน ๆ

☐ 1. มีอาการ ☐ 2. ไม่มีอาการ

(ถ้ามี) ระบุอาการและเกิดหลังวัคซีนชนิดใด

| ชื่อวัคซีน | ชื่อสถานบริการที่ให้วัคซีน | อาการ |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2.8 ประวัติการใช้ยา ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี ☐ 3. ไม่ทราบ

(ถ้ามี) ระบุรายละเอียดในตาราง

| ชื่อยา | ปริมาณ | วิธีการให้ | วันที่เริ่มต้นใช้ | วันที่หยุดใช้ | เหตุผลการใช้ยา | อาการข้างเคียง |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

2.9 ผลการตรวจสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยทางห้องปฏิบัติการ ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

(ถ้ามี) ระบุรายละเอียดในตาราง

| สิ่งส่งตรวจ | วันที่ส่งตรวจ | สถานที่ตรวจ | ผลการตรวจ |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2.10 มีการส่งวัคซีนตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือไม่ ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

(ถ้ามี) ระบุรายละเอียดในตาราง

| วัคซีน/lot no. | วันที่ส่งตรวจ | สถานที่ตรวจ |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

2.11 สภาพของผู้ป่วย

☐ ตาย วันที่ ..... สาเหตุของการตาย .....

☐ หาย

☐ ยังรักษาอยู่

☐ พิการ (ระบุ) .....

☐ กรณีเป็นผู้ป่วยใน วันที่จำหน่าย .....

**3. การสอบสวนภายในชุมชน**

3.1 นิยามผู้ป่วย .....

.....

.....

3.2 การดำเนินการสอบสวนภายในชุมชน ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

(ถ้ามี):

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันและในครั้งเดียวกันกับผู้ป่วย .....

จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มเด็กที่ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันในอำเภอเดียวกันกับผู้ป่วย .....

จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนที่มีอาการป่วยคล้ายผู้ป่วยและอยู่ในอำเภอเดียวกันกับผู้ป่วย .....

ระบุรายละเอียดของอาการป่วยในเด็กอื่นๆ .....

.....

.....

.....

**4. การสอบสวนสถานบริการสาธารณสุข**

4.1 มีการสอบสวนในสถานบริการสาธารณสุขหรือไม่ ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

(ถ้ามี):

ชนิดของกระบอกฉีดยาที่ใช้ ☐ 1. นำกลับมาใช้ ☐ 2. ใช้ครั้งเดียวทิ้ง ☐ 3. กระบอกฉีดยาชนิด AD ☐ 4. อื่นๆ .....

ถ้าใช้ครั้งเดียวทิ้ง ระบุการประเมินกระบวนการทำปราศจากเชื้อ

☐ 1. น่าพอใจ ☐ 2. ไม่น่าพอใจ ☐ 3. ไม่ได้สังเกต

ถ้าไม่น่าพอใจ (ระบุเหตุผล) .....

.....

.....

เทคนิคการฉีดวัคซีน ☐ 1.น่าพอใจ ☐ 2. ไม่น่าพอใจ ☐ 3. ไม่ได้สังเกต

ถ้าไม่น่าพอใจ (ระบุเหตุผล) .....

.....

.....

ระบบลูกโซ่ความเย็นจากตู้เย็นไปยังสถานที่ให้วัคซีน

☐ 1. น่าพอใจ ☐ 2. ไม่น่าพอใจ ☐ 3. ไม่ได้สังเกต

ถ้าไม่น่าพอใจ (ระบุเหตุผล) .....

.....

.....

4.3 มีการซักประวัติการแพ้ของเด็กก่อนที่ได้รับวัคซีน ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี ☐ 3. ไม่ทราบ

4.4 จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีน

| **วัคซีน** | | | |
|---|---|---|---|
| **จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีนจากขวดเดียวกัน** | | | |
| **จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีน lot no. เดียวกัน จากสถานบริการสาธารณสุขแห่งนี้** | | | |
| **จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีน lot no. เดียวกัน จากสถานบริการสาธารณสุขแห่งอื่นในอำเภอนี้** | | | |

4.5 ในระยะเวลา 30 วันที่ผ่านมา มีการรายงานผู้ป่วย AEFI จากสถานบริการสาธารณสุขแห่งนี้ หรือจากอำเภอนี้หรือไม่

☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

(ถ้ามี) ระบุจำนวนผู้ป่วย และรายละเอียดของอาการ

.....

.....

.....

.....

4.6 บันทึกรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

**5. การประเมินความเป็นสาเหตุ**

5.1 ทีมสอบสวนสรุปสาเหตุของอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ถ้าคิดว่ามีมากกว่า 1 สาเหตุ ให้เรียงลำดับสาเหตุที่น่าจะเป็นจากมากไปหาน้อย)

| เกิดขึ้นจากการบริหารจัดการวัคซีน | เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาของวัคซีน | เกิดขึ้นโดยบังเอิญ | ไม่ทราบ |
|---|---|---|---|
| ☐ การฉีดวัคซีนที่ไม่สะอาด | ☐ ปัญหาด้านคุณภาพของวัคซีน | ☐ เป็นอาการเดียวกันกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน | |
| ☐ การเตรียมวัคซีนผิดวิธี | ☐ เป็นปฏิกิริยาของวัคซีนที่เกิดขึ้นได้ | ☐ อื่นๆ : | |
| ☐ เทคนิคการฉีดวัคซีน | ☐ อื่นๆ : | | |
| ☐ การเก็บหรือการขนส่งวัคซีน | | | |
| ☐ อื่นๆ : | | | |

5.2 ความมั่นใจเกี่ยวกับผลสรุปสาเหตุหลักของอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (สาเหตุอันดับแรก)

☐ 1. ใช่แน่นอน (Very likely - Certain) ☐ 2. น่าจะใช่ (Probable) ☐ 3. อาจจะใช่ (Possible)

5.3 เหตุผลของการสรุปสาเหตุครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

**6. การดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาการเกิด AEFI**

6.1 มีการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาให้ถูกต้องหรือไม่ ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

(ถ้ามี) ระบุ .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.2 มีการเสนอแนะการดำเนินงานต่อไปหรือไม่ ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

(ถ้ามี) ระบุ .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

รายละเอียดผู้สอบสวน

ระดับของหน่วยงานที่สอบสวน ☐ 1. ระดับประเทศ ☐ 2. ระดับจังหวัด ☐ 3. ระดับอำเภอ ☐ 4. สถานบริการสาธารณสุข

ชื่อผู้สอบสวน ..... หน่วยงาน .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... หน่วยงาน .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... หน่วยงาน .....

วันที่สอบสวน ..... วันที่สอบสวนสิ้นสุด .....

# แบบฟอร์มรายงานโรคโปลิโอ/โรคอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียเฉียบพลัน (AFP)

**รายงานผู้ป่วย AFP**

ประจำสัปดาห์ที่ .....

(วันอาทิตย์ที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... ถึงวันเสาร์ที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....)

โรงพยาบาล .....

จังหวัด .....

☐ ก. ผู้ป่วย AFP ในรอบสัปดาห์นี้ ดังรายชื่อต่อไปนี้

1.

2.

3.

4.

☐ ข. ไม่มีผู้ป่วย AFP

ชื่อผู้รายงาน .....

(.....)

วันที่ .....

# แบบสอบสวนผู้ป่วยโรคโปลิโอ/โรคอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียเฉียบพลัน

**1. ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อผู้ป่วย ..... เพศ ..... วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุขณะเริ่มป่วย ..... ปี ..... เดือน

ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ชื่อบิดา ..... ชื่อมารดา .....

ชื่อผู้ปกครอง (กรณีที่เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา) .....

อาชีพของบิดา/อาชีพของมารดา .....

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น ..... โรงเรียน ..... ตั้งอยู่หมู่ที่ .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ผู้สอบสวนได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วย AFP วันที่ .....

วันที่สอบสวน .....

**2. ประวัติการรักษา**

เมื่อมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

☐ ไม่เคยไป

☐ ไป ระบุชื่อสถานบริการ

1. ..... วันที่ .....
2. ..... วันที่ .....
3. ..... วันที่ .....
4. ..... วันที่ .....
5. ..... วันที่ .....

**5. การเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจ**

5.1 การเก็บตัวอย่างอุจจาระของผู้ป่วย

☐ เก็บครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ .....

☐ เก็บครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ .....

☐ ไม่ได้เก็บ เนื่องจาก .....

5.2 การเก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย AFP (เก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดในกรณีที่ เก็บอุจจาระผู้ป่วย AFP ไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต หรือติดตามไม่พบ โดยเก็บตัวอย่างผู้สัมผัสใกล้ชิด อายุไม่เกิน 15 ปี และไม่เคยได้รับวัคซีนโปลิโอ ในช่วง 30 วัน ก่อนเก็บตัวอย่างตรวจ เก็บอุจจาระผู้สัมผัสจำนวน 5 รายๆ ละ 1 ตัวอย่าง)

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | เพศ | อายุ | วันที่เก็บอุจจาระ | ได้รับ OPV ครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่ | อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยหรือไม่ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | ..... | | | | | ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ |
| 2. | ..... | | | | | ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ |
| 3. | ..... | | | | | ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ |
| 4. | ..... | | | | | ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ |
| 5. | ..... | | | | | ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ |

**6. การค้นหาผู้ป่วย AFP รายอื่น**

ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ป่วยอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงในชุมชนเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี ระบุ ชื่อ .....

ที่อยู่บ้านเลขที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

**หมายเหตุ :** เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา ควรตรวจสอบค้นหาผู้ป่วย AFP รายอื่นในชุมชน ซึ่งอาจจะยังไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยังไม่ได้รายงาน และดำเนินการรายงานมาตามข้อ 6 นี้

**7. ประวัติการได้รับวัคซีนของผู้ป่วย**

7.1 การได้วัคซีนขั้นพื้นฐานตามกำหนดปกติ

| ชนิดวัคซีน | ไม่ได้รับ | ไม่ทราบ | วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับวัคซีน | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ครั้งที่ 1 | ครั้งที่ 2 | ครั้งที่ 3 | ครั้งที่ 4 | ครั้งที่ 5 |
| วัณโรค BCG) | | | | | | | |
| ตับอักเสบบี (HB) | | | | | | | |
| คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก (DTP) | | | | | | | |
| โปลิโอ (OPV) | | | | | | | |
| หัด (M) | | | | | | | |
| ไข้สมองอักเสบเจอี (JE) | | | | | | | |
| อื่นๆ ระบุ ..... | | | | | | | |

**แหล่งข้อมูลการรับวัคซีน โปรดระบุ**

☐ สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก ☐ ทะเบียนการได้รับวัคซีนในเด็กที่สถานบริการ

☐ คำบอกเล่าจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง

7.2 การได้รับวัคซีนโปลิโอในโอกาสอื่นๆ

| การได้รับวัคซีนโปลิโอ | จำนวนครั้งที่ได้รับวัคซีน | ครั้งสุดท้ายที่ได้รับวัคซีน ว/ป/ด | แหล่งข้อมูล (ระบุ) |
|---|---|---|---|
| - ในช่วงรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอ ZNID / Sub-NID) | | | |
| - ในการให้วัคซีนโปลิโอเพื่อการควบคุมโรค (ORI) | | | |

**หมายเหตุ :** การรายงานข้อมูลประวัติการได้รับวัคซีนของผู้ป่วย (ข้อ 7) และ ข้อมูลการตรวจสอบรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย (ข้อ 8) ให้ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมคุ้มกันโรค ร่วมดำเนินการตรวจสอบข้อมูล

**8. ข้อมูลการตรวจสอบรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย**

8.1 ประวัติการรับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย และหมู่บ้านที่มีประวัติสัมผัสหรือถ่ายทอดโรค

| กลุ่มอายุ | จำนวนเป้าหมาย (คน) | ประวัติการได้รับวัคซีนโปลิโอในระบบปกติ ครบ 3 ครั้ง (คน) | ความครอบคลุม (%) |
|---|---|---|---|
| <1 ปี | | | ไม่ต้องคำนวณ |
| 1 ปี ถึง 4 ปี 11 เดือน | | | |

**หมายเหตุ :** กลุ่มอายุ <1 ปี ไม่คำนวณความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอ ครบ 3 ครั้ง เนื่องจากเด็กบางรายยังไม่ได้รับวัคซีนครบ 3 ครั้ง เพราะยังไม่ถึงเกณฑ์อายุ

8.2 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโปลิโอ 3 ครั้ง ในเด็กอายุ 1 ปี (OPV3) ในตำบลที่พบผู้ป่วย AFP

8.2.1 ในเดือนที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการอัมพาต มีเด็กอายุครบ 1 ปี ทั้งหมด ณ ตำบลที่พบผู้ป่วย
จำนวน ..... คน

8.2.2 มีเด็กตามข้อ 8.2.1 ที่ได้รับวัคซีนโปลิโอครบ 3 ครั้ง จำนวน ..... คน
คิดเป็นความครอบคลุม ..... %

8.3 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ช่วงรณรงค์ฯ ครั้งล่าสุด ในตำบลที่พบผู้ป่วย AFP

8.3.1 จำนวนเด็กในตำบลทั้งหมด
รอบที่ 1 เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... จำนวน ..... คน
รอบที่ 2 เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... จำนวน ..... คน

8.3.2 จำนวนเด็กตามข้อ 8.3.1 ที่ได้รับวัคซีนโปลิโอในช่วงรณรงค์
รอบที่ 1 เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... จำนวน ..... คน
รอบที่ 2 เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... จำนวน ..... คน

ชื่อผู้สอบสวน/รายงาน ..... ตำแหน่ง .....
ที่ทำงาน ..... วันที่สอบสวน ..... โทรศัพท์ .....

โปรดส่งรายงานที่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับแจ้งรายงานผู้ป่วย ทางโทรสารหมายเลข 0 2590 1784

# แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยโรคโปลิโอ/โรคอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียเฉียบพลัน

ชื่อผู้ป่วย ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง ..... อายุ ..... ปี
ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน ..... หมู่ที่ .....
ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
ติดตามผู้ป่วยหลังมีอาการ AFP เมื่อ ☐ 30 วัน ☐ 60 วัน ระบุวันที่ติดตาม .....
พบผู้ป่วยหรือไม่ ☐ พบ
☐ ไม่พบ ➡ โปรดสอบถามข้อมูลจากผู้ใกล้ชิดและระบุสาเหตุที่ไม่พบผู้ป่วย ดังนี้
☐ ย้ายที่อยู่ ติดตามไม่ได้ ☐ เสียชีวิต ☐ อื่น ๆระบุ .....
ชื่อผู้ให้ข้อมูล .....
เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น ☐ บิดา/มารดา ☐ ญาติสนิท ☐ อื่น ๆ ระบุ .....
ผลการตรวจร่างกาย

<u>อาการอัมพาต</u>

ผู้ป่วยยังคงมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลงเหลืออยู่หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี (ถ้ามีโปรดระบุตำแหน่ง)
ระบุตำแหน่งที่ยังมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเหลืออยู่

☐ left leg ☐ right leg ☐ face ☐ respiratory muscle
☐ left arm ☐ right arm ☐ other cranial nerves

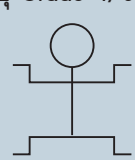
**การตรวจ Motor power**
**(โปรดระบุ Grade V, IV, III, II, I, O)**

Rt. arm Lt. arm



Rt. leg Lt. leg

**การตรวจ Deep tendon reflex**
**(โปรดระบุ Grade 4, 3, 2, 1, 0)**



<u>ความพิการ</u>

☐ เดินไม่ได้ ☐ เดินกะเผลก
☐ เดินได้ปกติ ☐ เดินโดยมีผู้ช่วยพยุง หรือใช้ไม้ค้ำยัน หรือ ใช้เครื่องมือช่วย

Final Diagnosis .....

นายแพทย์ผู้ตรวจ ..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ .....
โรงพยาบาล .....

โปรดส่งรายงานที่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ภายใน 1 สัปดาห์ นับจากวันที่ติดตาม ทางโทรสารหมายเลข 0 2590 1784

# รายงานการควบคุมโรค
# (Outbreak Response Immunization : ORI)

จังหวัด .....

ชื่อ - สกลุ ผู้ป่วย ..... อายุ ..... ปี ..... เดือน

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

วันที่เริ่มมีอาการอัมพาต ..... วันที่รับการรักษา .....

อายุกลุ่มเป้าหมายที่หยอดวัคซีน .....

| พื้นที่ดำเนินการให้วัคซีน | จำนวนเด็กเป้าหมาย | จำนวนเด็กที่ได้วัคซีน | วันที่ให้วัคซีน |
|---|---|---|---|
| หมู่บ้าน ..... | | | |
| หมู่บ้าน ..... | | | |
| หมู่บ้าน ..... | | | |
| หมู่บ้าน ..... | | | |
| โรงเรียน ..... | | | |
| รวม | จำนวนเด็กเป้าหมาย | จำนวนเด็กที่ได้วัคซีน | ความครอบคลุม (%) |
| | | | |

โปรดส่งรายงานที่ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับแจ้งรายงานผู้ป่วย ทางโทรสารหมายเลข 0 2591 8425

แบบรายงานต่างๆ สามารถ Download ได้ที่ http://epid.moph.go.th

# แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคอาหารเป็นพิษ

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

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

สถานที่ทำงาน ..... เชื้อชาติ ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น ..... โรงเรียน ..... ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

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

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

( ) ในเขตเทศบาลนคร ( ) ในเขตเทศบาลเมือง ( ) ในเขตเทศบาลตำบล ( ) ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

( ) ในเขตเทศบาลนคร ( ) ในเขตเทศบาลเมือง ( ) ในเขตเทศบาลตำบล ( ) ในเขต อบต.

วันเริ่มอาการ ..... เวลา ..... น. มาโรงพยาบาล วันที่ ..... เวลา ..... น.

ผลการรักษา ( ) กำลังรักษา ( ) หาย ( ) เสียชีวิต วันที่ .....

( ) ไม่สมัครใจอยู่ ( ) ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ .....

**2. อาการและอาการแสดง**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ถ่ายเป็นน้ำ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ไข้ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ถ่ายเหลว | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ปวดศีรษะ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ถ่ายมีมูก | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ตะคริวที่ท้อง | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ถ่ายมีเลือด | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ปวดมวนท้อง | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ปวดท้อง | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ตะคริวที่ขา | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ท้องผูก | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | อ่อนเพลีย | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| คลื่นไส้อาเจียน | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | ความดันโลหิตต่ำ | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| อาหารไม่ย่อย | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | อัมพาต | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ปากแห้ง | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | เห็นภาพซ้อน | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| เหงื่อออกตัวเย็น | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ | อาการอื่นๆ ระบุ ..... | | | |

3. **ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :** ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ ระบุ ..... วันที่ส่งตรวจ .....

| | | | |
|---|---|---|---|
| • อาหารที่ส่งเพาะเชื้อระบุ ..... | ( ) เพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ ..... | ( ) เพาะเชื้อไม่ขึ้น | ( ) ไม่ได้เพาะเชื้อ |
| • เพาะเชื้อจากอุจจาระ | ( ) เพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ ..... | ( ) เพาะเชื้อไม่ขึ้น | ( ) ไม่ได้เพาะเชื้อ |
| • เพาะเชื้อจาก rectal swab | ( ) เพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ ..... | ( ) เพาะเชื้อไม่ขึ้น | ( ) ไม่ได้เพาะเชื้อ |
| • เพาะเชื้อจากอาเจียน | ( ) เพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ ..... | ( ) เพาะเชื้อไม่ขึ้น | ( ) ไม่ได้เพาะเชื้อ |
| • ทดสอบการสร้างสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น | ( ) พบสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น<br>( ) ไม่ได้ทดสอบ | ( ) ไม่พบสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น | |

4. **การรักษา**

- รับการตรวจรักษาที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

  ( ) ได้พบแพทย์ ( ) พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( ) อื่นๆ ระบุ .....
- ยาปฏิชีวนะ

  ( ) ได้รับ ระบุ ..... ( ) ไม่ได้รับ ( ) ไม่ทราบ
- ป่วยครั้งนี้ได้ซื้อยาฆ่าเชื้อ (ปฏิชีวนะ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่

  ( ) ซื้อ ระบุ ..... ( ) ไม่ได้ซื้อ
- ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่ ( ) ได้รับ ( ) ไม่ได้รับ ( ) ไม่ทราบ
- ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ( ) ได้รับ ( ) ไม่ได้รับ ( ) ไม่ทราบ

5. **ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค**

- พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหาร/อาหารว่าง/ขนม/นมสดหรืออื่นๆ) ช่วง 3 วัน ก่อนป่วย

| | | | |
|---|---|---|---|
| ( ) | กินเนื้อสัตว์ดิบ ระบุชนิด ..... | ( ) | กินเนื้อสัตว์สุกๆ ดิบๆ ระบุชนิด ..... |
| ( ) | กินอาหารทะเลดิบ ระบุชนิด ..... | ( ) | กินอาหารทะเลสุกๆ ดิบๆ ระบุชนิด ..... |
| ( ) | กินอาหารค้างมื้อโดยไม่ได้อุ่น ระบุ ..... | ( ) | กินอาหารอื่นๆ ระบุ ..... |
| | ..... | | ..... |

( ) ดื่มนมสดระบุชนิดของนม ..... แหล่งผลิตนมระบุ .....

( ) ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ

( ) ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี ( ) ต้ม ( ) พาสเจอไรส์ ( ) สเตอริไลซ์

( ) กินขนมระบุ ..... ( ) กินอาหารหมักดอง ระบุ .....

( ) ปกติดื่มน้ำ ( ) ต้ม ( ) ไม่ต้ม ( ) กรอง ( ) ขวดปิดสนิท

- ประวัติการรับประทานอาหารช่วง 3 วันก่อนเริ่มป่วย

| | มื้อเช้า | มื้อกลางวัน | มื้อเย็น |
|---|---|---|---|
| วันที่ .....<br>ประเภทอาหาร (ระบุ) | | | |
| แหล่งที่ซื้อ | | | |
| จำนวนผู้ร่วมรับประทาน | | | |
| วันที่ .....<br>ประเภทอาหาร (ระบุ) | | | |
| แหล่งที่ซื้อ | | | |
| จำนวนผู้ร่วมรับประทาน | | | |
| วันที่ .....<br>ประเภทอาหาร (ระบุ) | | | |
| แหล่งที่ซื้อ | | | |
| จำนวนผู้ร่วมรับประทาน | | | |

- อาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วยครั้งนี้ (ระบุ) .....
  วันที่รับประทาน ..... เวลา ..... น. ซื้อจากแหล่ง ระบุ .....
- จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหารที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ ..... คน
  ( ) มีอาการเหมือนผู้ป่วย ..... คน ( ) ไม่มีใครมีอาการป่วย

6. **การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น** : ในสถานที่เดียวกันและช่วงเวลาใกล้เคียงกันกับการป่วยของผู้ป่วย

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง | | | วันที่เริ่มมีอาการป่วยคล้ายผู้ป่วย | ไม่มีอาการ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | อุจจาระ<br>...../...../..... | Rectal swab<br>...../...../..... | อาเจียน<br>...../...../..... | | |
| 1. | | ( ) พบ เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | ( ) พบ เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | ( ) พบ เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | | |
| 2. | | ( ) พบ เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | ( ) พบ เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | ( ) พบ เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | | |

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง | | | วันที่เริ่มมีอาการป่วยคล้ายผู้ป่วย | ไม่มีอาการ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | อุจจาระ<br>...../...../..... | Rectal swab<br>...../...../..... | อาเจียน<br>...../...../..... | | |
| 3. | | ( ) พบ<br>เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | ( ) พบ<br>เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | ( ) พบ<br>เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | | |
| 4. | | ( ) พบ<br>เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | ( ) พบ<br>เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | ( ) พบ<br>เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | | |
| 5. | | ( ) พบ<br>เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | ( ) พบ<br>เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | ( ) พบ<br>เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | | |
| 6. | | ( ) พบ<br>เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | ( ) พบ<br>เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | ( ) พบ<br>เชื้อ .....<br>( ) ไม่พบ | | |

**หมายเหตุ** ระยะฟักตัวของโรค (Incubation period) ขึ้นกับชนิด และปริมาณของเชื้อ หรือของสารพิษ ซึ่งพบเกิดอาการได้ตั้งแต่ 2 - 6 ชั่วโมงหลังกินอาหาร/ดื่มน้ำ ไปจนเป็นวัน หรือสัปดาห์ หรือเป็นเดือน (เช่น ในไวรัสตับอักเสบ เอ) แต่โดยทั่วไป มักพบเกิดอาการภายใน 2 - 6 ชั่วโมง หรือ 2 - 3 วัน

- ระยะฟักตัวของ Staphylococcus aureus 30 นาที - 8 ชั่วโมง โดยปกติ 2 - 4 ชั่วโมง
- ระยะฟักตัว Clostridium perfringens 6 - 4 ชั่วโมง โดยปกติ 10 - 12 ชั่วโมง
- ระยะฟักตัว Clostridium botulinum สำหรับอาการทางระบบประสาท 12 - 6 ชั่วโมง หรืออาจหลายวัน ส่วนใหญ่ระยะฟักตัวสั้น
- ระยะฟักตัวของ Bacillus cereus 1 - 6 ชั่วโมง ในรายที่มีอาการอาเจียน ส่วนในรายที่มีอาการท้องเสีย ระยะฟักตัวอยู่ในช่วง 6 - 24 ชั่วโมง
- ระยะฟักตัวของ Vibrio parahaemolyticus 12 - 24 ชั่วโมง หรือในช่วง 3 - 30 ชั่วโมง
- ระยะฟักตัวของ Vibrio vulnificus 12 ชั่วโมง - 3 วัน ภายหลังกินอาหารทะเลที่ไม่ได้ทำให้สุกก่อน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเรื้อรังอยู่ก่อนเกิดปัญหา septicemia

# แบบสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษ
# Attack Rate Table

| อาหารหรือเครื่องดื่มหรืออื่นๆ | กลุ่มที่กินอาหารที่สงสัย | | | | กลุ่มที่ไม่ได้กินอาหารที่สงสัย | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ป่วย | ไม่ป่วย | รวม | Attack Rate (%) | ป่วย | ไม่ป่วย | รวม | Attack Rate (%) |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

ที่ทำงาน .....

วันที่สอบสวน ..... โทรศัพท์ .....

# แบบสอบสวนโรคไอกรน

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

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

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

( ) ในเขตเทศบาลนคร ( ) ในเขตเทศบาลเมือง ( ) ในเขตเทศบาลตำบล ( ) ในเขต อบต.

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

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

**2. ข้อมูลการเจ็บป่วย**

สถานที่รักษาในปัจจุบัน ..... H.N. ..... A.N. .....

ระยะเวลาที่มีอาการไอมาแล้ว ..... สัปดาห์

อาการและอาการแสดง

| | | | |
|---|---|---|---|
| อาการคล้ายหวัด | ( ) มี วันที่ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ไอเป็นชุด (paroxysms) | ( ) มี วันที่ ..... | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| มีเสียงหายใจเข้าดังฮู้ปหลังอาการไอ (whoop after cough) | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| มีเลือดออกใต้เยื่อบุตาขาว (subconjunctival bleeding) | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| อาเจียนหลังการไอ (vomiting after cough) | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| ชัก (convulsion) | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| หายใจติดขัด (breathless spells) | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |
| หน้าเขียวเนื่องจากขาดออกซิเจน (cyanosis) | ( ) มี | ( ) ไม่มี | ( ) ไม่ทราบ |

**3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ**

เพาะเชื้อ ( ) ไม่ได้ทำ ( ) ทำ ผลเพาะเชื้อ ( ) ไม่พบเชื้อ ( ) พบเชื้อ

ตรวจสารพันธุกรรมด้วยวิธี PCR ( ) ไม่ได้ทำ ( ) ทำ ให้ผล ( ) ผลบวก ( ) ผลลบ

**4. ประวัติการรักษา**

เมื่อป่วยด้วยโรคไอกรนครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

( ) ไป ระบุชื่อสถานบริการ ..... วันที่ .....

( ) ไม่เคยไป

**การรักษา**

Antibiotic ( ) ใช้ ชนิด ..... ขนาด ..... วันที่ให้การรักษา ..... ( ) ไม่ใช้

ผลการรักษา ( ) กำลังรักษา ( ) หาย ( ) ตาย ( ) ส่งต่อระบุ .....

**5. ประวัติการได้รับวัคซีน**

DPT 1 ( ) ได้เมื่อวันที่ ..... ( ) ไม่ได้ ( ) ไม่ทราบ

DPT 2 ( ) ได้เมื่อวันที่ ..... ( ) ไม่ได้ ( ) ไม่ทราบ

DPT 3 ( ) ได้เมื่อวันที่ ..... ( ) ไม่ได้ ( ) ไม่ทราบ

DPT 4 ( ) ได้เมื่อวันที่ ..... ( ) ไม่ได้ ( ) ไม่ทราบ

DPT 5 ( ) ได้เมื่อวันที่ ..... ( ) ไม่ได้ ( ) ไม่ทราบ

มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ ( ) มี ( ) ไม่มี

**6. ประวัติการสัมผัสโรค**

6.1 ในช่วง 21 วันที่ผ่านมาก่อนป่วย เคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไอกรนหรือไม่

( ) มี ( ) ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....

6.2 ในช่วง 21 วันที่ผ่านมาก่อนป่วย มีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไอกรนที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

( ) มี ( ) ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....

6.3 ในช่วง 21 วันที่ผ่านมาก่อนป่วย มีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไอกรนที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกัน

( ) มี ( ) ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....

**7. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด**

มีผู้สัมผัสใกล้ชิดในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนและหลัง นับจากวันที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไอเป็นชุดๆ

7.1 ผู้สัมผัสในครอบครัวเดียวกัน ( ) มี ( ) ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....

7.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน ( ) มี ( ) ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....

7.3 ผู้สัมผัสในชุมชน ( ) มี ( ) ไม่มี

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... วันเริ่มป่วย .....

**8. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่นๆ**

1. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....
   ประวัติการรับวัคซีน ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....
   ประวัติการรับวัคซีน ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

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

สำนักระบาดวิทยา
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 4 และ 6 ชั้น 6 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-590-1793 แฟกซ์ 02-590-1784
เว็บไซต์สำนัก http://www.boe.moph.go.th/