

แบบสอบถามผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่(ที่ระบาดในเม็กซิโก)

ส่วนที่ 1

วันที่สอบสวน..... ชื่อ ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

1. ข้อมูลผู้ป่วย

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

ที่อยู่ เลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

สัญชาติ..... อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำ)

2. ข้อมูลการป่วยจากการสัมภาษณ์

2.1 วันเริ่มป่วย วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

2.2 อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล

2.3 อาการผู้ป่วยตั้งแต่วันเริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน

อาการ และ อาการแสดง	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														
หนาวสั่น														
หายใจลำบาก														
หอบเหนื่อย														
ปวดกล้ามเนื้อ														
ปวดศีรษะ														
ถ่ายเหลว														

อาการอื่น ๆ ระบุ (ถ้ามี)

สถานที่รับการรักษา(ครั้งแรก)..... วันที่รับการรักษา

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประเภทผู้ป่วย () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน (ระบุวันที่ admit).....
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หรือโรคประจำตัว(ถ้ามี) ระบุ.....

3. ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

3.1 ในช่วง 7 วันก่อนป่วย ท่านอาศัยอยู่หรือมีการเดินทางมาจากต่างประเทศ หรือไม่

ไม่มี มี ถ้ามี ระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

- ชื่อประเทศ.....เมือง.....วันที่ไป.....วันที่กลับ.....
- เหตุผลของการเดินทางไปในประเทศดังกล่าว.....
- ขณะที่อยู่ในประเทศดังกล่าว พักที่ () โรงแรมชื่อ.....ชั้น.....ห้อง.....
() อื่น ๆ ระบุ.....
- เดินทางเข้ามาประเทศไทยโดยทาง () เครื่องบิน () รถยนต์ () อื่น ๆ ระบุ.....
- ถ้าเดินทางโดยเครื่องบิน ระบุชื่อสายการบิน.....เที่ยวบิน.....เลขที่นั่ง.....
วัน เดือน ปี ที่ถึงประเทศไทย

3.2 ในช่วง 7 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยท่านได้ให้การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบหรือไม่

ไม่มี มี (ระบุ).....

3.3 ในช่วง 7 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนของท่าน ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบหรือไม่

ไม่มี มี (ระบุ).....

3.4 ในช่วง 7 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยท่านได้มีการสัมผัสสัตว์ปีกที่สงสัยว่าป่วยหรือเพิ่งตายหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ (วันที่/เดือน/ปี) ลักษณะการสัมผัส.....

3.5 ในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ท่านพักอาศัยในหมู่บ้านที่มีสัตว์ปีกป่วยตายผิดปกติหรือไม่

ไม่มี มี

4. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC: วันที่..... ผล.....

CBC: วันที่..... ผล.....

Sputum gram stain วันที่..... ผล.....

Sputum culture วันที่..... ผล.....

Hemo-culture วันที่..... ผล.....

CXR : วันที่..... ผล.....

CXR : วันที่..... ผล.....

Quick test สำหรับใช้หัดใหญ่วันที่..... ผล.....

5. การเก็บวัตถุตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ไม่เก็บ

เก็บ ระบุตัวอย่างที่เก็บ

n. Nasopharyngeal swab หรือ Throat swab หรือ Suction จาก tube 2 ตัวอย่าง

วันที่เก็บ.....

ข. ซีรัม 7-10 มล. เก็บ ครั้งที่ 1 วันที่.....

ครั้งที่ 2 วันที่.....

6. การวินิจฉัยเบื้องต้น การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย.....

7. ในกรณีที่ผู้ป่วยตาย ได้ทำการผ่าพิสูจน์ศพ หรือไม่

ไม่ทำ

ทำ ถ้าทำกรุณาแจ้งผล.....

8. การค้นหาผู้แพร่โรคและผู้สัมผัส

รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระยะป่วย ระบุลักษณะการสัมผัสใกล้ชิด วันที่และระยะเวลาการสัมผัส ถ้ามี
อาการป่วย ระบุอาการด้วย

ชื่อ - สกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่ / เบอร์โทรศัพท์	ลักษณะการสัมผัส, วันที่สัมผัสและอาการ

วันที่..... ส่งรายงานการสอบสวนให้กับ สำนักควบคุมป้องกันโรคที่.....

วันที่..... ส่งรายงานการสอบสวนให้กับสำนักระบาดวิทยา

สำนักระบาดวิทยา โทรศัพท์: 0-2950-1882, 0-2950-1895 โทรสาร: 0-2591-8579, 0-2590-1784 E-mail: outbreak@health.moph.go.th

กทม. แจ่ง ฝ่ายระบาดวิทยา กองควบคุมโรค 0 2245 8106 0 2354 1836 E-mail : runjuan_sk@yahoo.com

ส่วนที่ 2: การติดตามลักษณะอาการผู้ป่วยหลังการสอบสวน

	วันแรกรับ		วันที่หลังจากวันนอนโรงพยาบาล																							
	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
อาการ/การตรวจร่างกาย	ณ	นี้	ณ	นี้	ณ	นี้	ณ	นี้	ณ	นี้	ณ	นี้	ณ	นี้	ณ	นี้	ณ	นี้	ณ	นี้	ณ	นี้	ณ	นี้	ณ	นี้
ไข้อ																										
เจ็บคอ																										
มีน้ำมูก																										
มีเสมหะ																										
หนาวสั่น																										
หายใจลำบาก																										
หอบเหนื่อย																										
ปวดกล้ามเนื้อ																										
ปวดศีรษะ																										
ถ่ายเหลว																										
อุณหภูมิร่างกายสูงสุด																										
อัตราการหายใจสูงสุด																										
ชีพจรสูงสุด																										
Oxygen saturation																										

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่าผิดปกติ		
สิ่งที่ตรวจ	วันที่เก็บ	ผลตรวจ
CBC		
CXR		
Sputum gram stain		
Sputum culture		
Hemoculture		
อื่นๆ		

การตรวจหาเชื้อ ปลอดภัย	วันที่เก็บ	ผลตรวจ
Influenza A		
Influenza B		
Adeno virus		
Respiratory syncytial virus		
Corona virus ครั้งที่ 1		
Corona virus ครั้งที่ 2		
Chlamydia		
Mycoplasma		
Legionella		