

แบบสอบสวนโรคไวรัสตับอักเสบเฉียบพลันชนิดเอ บี ซี ดี อี และไม่ระบุชนิด (Acute hepatitis A B C D E and unspecified)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)

เลขที่บัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ อายุ ปี เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

HN AN อาชีพ

ศาสนา สัญชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง

☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง

☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

2. ประวัติการเจ็บป่วย/การรับวัคซีน

- 2.1 เคยป่วยเป็นโรคนี้ซ้ำ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
- 2.2 ประวัติการตรวจเลือด ☐ ไม่เคย ☐ เคย เมื่อ
- ☐ พบ Anti HAV IgM ☐ HAV RNA ☐ พบ HBs Ag
- ☐ พบ anti-HB IgM ☐ พบ anti-HB IgG ☐ พบ anti HCV
- ☐ พบ HCV RNA ☐ พบ Anti HDV IgG & IgM ☐ HDV RNA
- ☐ พบ Anti HEV IgM ☐ HEV RNA ☐ อื่น ๆ ระบุ
- 2.3 ประวัติการรับวัคซีนป้องกันตับอักเสบนชนิด เอ
- ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ เมื่อ
- 2.4 ประวัติการรับวัคซีนป้องกันตับอักเสบนชนิด บี
- ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับเข็ม 1 เมื่อ
- ได้รับเข็ม 2 เมื่อ
- ได้รับเข็ม 3 เมื่อ

3. อาการและอาการแสดง

วันเริ่มมีอาการวันแรก เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส

ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต มม.ปรอท

ตัวเหลือง ตาเหลือง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ซีมลง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ไข้	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	อาเจียน	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
อ่อนเพลีย	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดแน่นท้อง/ท้องอืด	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ครั่นเนื้อ ครั่นตัว	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
เบื่ออาหาร	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	จุดแนบบริเวณใต้ชายโครงขวา	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
คลื่นไส้	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	บวม ท้องมาน	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
เอะอะ โวยวาย	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	Prothrom time >4 วินาที	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
สับสน	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	อื่นๆ	

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.1 Liver enzyme level ณ วันที่ได้รับการวินิจฉัย ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ

1. ALT (SGPT) วันที่ส่งตรวจ ผล

2. AST (SPOT) วันที่ส่งตรวจ ผล

4.2 การตรวจซีรัม

■ Hepatitis A

1. Anti HAV IgM ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ผล ☐ ไม่ทราบ

2. HAV RNA ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ผล ☐ ไม่ทราบ

■ Hepatitis B

1. HBs Ag ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ผล ☐ ไม่ทราบ

2. Total anti-HBc ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ผล ☐ ไม่ทราบ

3. HBeAg ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ผล ☐ ไม่ทราบ

4. IgM anti-HBc ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ผล ☐ ไม่ทราบ

■ Hepatitis C

1. Anti-HCV ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ผล ☐ ไม่ทราบ

2. Supplement anti-HCV assay ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ผล ☐ ไม่ทราบ

3. HCV RNA ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ผล ☐ ไม่ทราบ

■ Hepatitis D

1. Anti HDV IgG & IgM ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ผล ☐ ไม่ทราบ

2. HDV RNA ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ผล ☐ ไม่ทราบ

■ Hepatitis E

1. Anti HEV IgM ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ผล ☐ ไม่ทราบ

2. HEV RNA ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ผล ☐ ไม่ทราบ

4.3 อื่น ๆ ระบุ

5. การรักษา

- ☐ ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ☐ ซื้อยากินเอง ชื่อยา วันที่
- ☐ ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล วันที่
- สถานที่รักษา การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย
- ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ

6. ประวัติการเสี่ยงต่อการเกิดโรค

● ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดเอ และ ชนิดอี (การรับประทานอาหาร นม และน้ำ ในช่วง 1 เดือนก่อนมีอาการ)

- ดื่มนมสดระบุชนิดของนม แหล่งผลิตนม ระบุ
☐ ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ
☐ ผ่านการฆ่าเชื้อ โดยวิธี ☐ ต้ม ☐ พลาสเจอไรซ์ ☐ สเตอริไลส์
- กินผักดิบ ระบุ
- กินไอศกรีม แหล่งที่ซื้อ ระบุ
- ปกติดื่มน้ำ ระบุ แหล่งน้ำดื่ม
☐ ต้ม ☐ ไม่ต้ม ☐ กรอง ☐ ขวดปิดสนิท
- หอยนางรมดิบ ☐ ไม่กิน ☐ กิน
- โดยปกติรับประทานอาหารที่ไหน ☐ บ้าน ☐ ร้านอาหาร ☐ อื่นๆ ระบุ

● ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ชนิดบี ชนิดซี และชนิดดี (ในระยะ 6 สัปดาห์-6 เดือนก่อนป่วย)

- เคยได้รับเลือด (Blood transfusion)
☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยถูกเข็ม หรือ อุปกรณ์ที่เปื้อนเลือดทิ่ม/ตำ
☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรม
☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยเข้ารับการผ่าตัด
☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยฟอกไต (hemodialysis)
☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยสัก หรือ เจาะหู เจาะฝังเครื่องประดับร่างกาย
☐ ไม่เคย ☐ เคย สัก/เจาะ ☐ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
- เคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
☐ ไม่เคย ☐ เคย รักษาครั้งสุดท้าย เมื่อ ☐ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
 วินิจฉัยโรค
- สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน หรือ สงสัยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุพฤติกรรม ☐ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้
 ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย รักษาที่
 ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย รักษาที่
 ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย รักษาที่

หมายเหตุ ในรายที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไม่ระบุชนิด (Unspecified hepatitis) ให้สอบถามประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทุกข้อคำถามของทั้งสองกลุ่ม

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

7.1 ในระยะ 2 สัปดาห์-6 เดือนหลังวันเริ่มป่วย มีผู้ที่มีอาการคล้ายกันในครอบครัวหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
2.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
3.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
4.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
5.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	

7.2 ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย/ใช้เข็มฉีดยาหรือเจาะ/ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด หลังวันเริ่มมีอาการ

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

ชื่อ-สกุล/ชื่อเล่น/ นามแฝง	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ ป่วย	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย	ลักษณะเสี่ยง

หมายเหตุ ลักษณะเสี่ยง หมายถึง มีประวัติมีเพศสัมพันธ์ หรือใช้เข็มฉีดยา/เจาะ หรือใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด หลังวันเริ่มมีอาการ

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์
 ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
 หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด
 วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์