

แบบสอบสวนโรคโบทูลิซึม (Botulism)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN AN ศาสนา เชื้อชาติ

อาชีพ ที่ทำงาน/โรงเรียน ชั้นเรียน

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ ☐ 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. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อ่อนหฤมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

หายใจเหนื่อยหอบ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	คลื่นไส้	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
หายใจลำบาก			
วิงเวียนศีรษะ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	อาเจียน	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ตาพร่ามัวหรือเห็นภาพซ้อน	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดท้อง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ถ่ายเหลวมากกว่า 3 ครั้ง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ชา (ระบุอวัยวะ)	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
หนังตาตก	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	แขนขาอ่อนแรง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
กลืนลำบากหรือพูดไม่ชัด	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปากแห้ง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
หน้าเขียว ปากเขียว	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	อื่นๆ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 อาหารที่ส่งตรวจ Botulinum toxin ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 การตรวจ Botulinum toxin ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ จาก วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 อาหารที่ส่งเพาะแยกเชื้อ ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 วิธีเพาะแยกเชื้อ ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- 4.1 ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
 การรักษาค้างนี้ : วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
☐ ได้พบแพทย์ ☐ พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ☐ อื่น ๆ ระบุ
 ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน
 ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ
 สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- ผลการตรวจกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power)
 ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุ 1. วันที่ได้รับ
 2. วันที่ได้รับ
 3. วันที่ได้รับ
- ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ☐ ไม่ทราบ
 ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่ ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ☐ ไม่ทราบ
- 4.2 ป่วยครั้งนี้ได้รับยาปฏิชีวนะ (ยาด้านจุลชีพ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่
☐ ไม่ได้รับ
☐ ได้รับ ระบุชื่อยา วันที่เริ่มกิน วันที่สิ้นสุด
- ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ครั้ง วัน
 ทานยาสม่ำเสมอทุกมื้อหรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- 4.3 ได้รับ Botulism antitoxin ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ☐ ไม่ทราบ
 4.4 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (Intubation) ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ☐ ไม่ทราบ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 5.1 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ
- 5.2 ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือทำงานในสถานดูแลคนชรา/เด็ก/ผู้ป่วยเรื้อรังหรือสถานสงเคราะห์อื่นที่มีการอาศัยอยู่ร่วมกัน
 เป็นจำนวนมากหรือไม่
☐ ไม่ใช่
☐ ใช่ ระบุสถานที่
 บทบาทของผู้ป่วยในสถานนั้น ๆ

5.3 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย มีบาดแผลหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี วันที่มีบาดแผล สาเหตุของบาดแผล

ลักษณะของบาดแผล

มีการทำความสะอาดบาดแผลหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี น้ำยาที่ใช้ทำความสะอาด ระบุ

มีการใส่ยาฆ่าเชื้อหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ยาที่ใช้ ระบุ

5.4 ในช่วง 7 วันก่อนป่วย ได้บริโภคอาหารหมักดองหรือไม่

☐ ไม่ได้บริโภค ☐ บริโภค ระบุ

5.5 ในช่วง 7 วันก่อนป่วย ได้บริโภคอาหารที่บรรจุในภาชนะที่ปิดมิดชิด (เช่น กระป๋อง ป๊อป ขวดแก้ว) หรือที่ปรุงจากภาชนะกันลึกหรือไม่

☐ ไม่ได้บริโภค ☐ บริโภค ระบุ

5.6 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ได้รับยาหรืออาหารทางหลอดเลือดดำหรือได้รับการฉีดยาหรือไม่

☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุ

5.7 ประวัติการรับประทานอาหารช่วง 3 วันก่อนเริ่มป่วย

	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหาร			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหาร			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหาร			

5.8 อาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วยครั้งนี้ ระบุ

วันที่รับประทานอาหาร เวลา น. ซื้อจากแหล่ง ระบุ

แหล่งที่มา ☐ ทำเอง ☐ ได้รับมาจาก ☐ ซื้อจากแหล่ง ระบุ

5.9 ขั้นตอนการทำอาหารที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ (บรรยายการทำอาหารตั้งแต่แหล่งที่หาวัตถุดิบ วิธีการทำ และวิธีการจัดเก็บ)

.....

.....

.....

5.10 จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหารที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ คน

☐ มีอาการเหมือนผู้ป่วย คน ☐ ไม่มีใครมีอาการป่วย

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น: ในสถานที่เดียวกัน และช่วงเวลาใกล้เคียงกันกับการป่วยของผู้ป่วย

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน) ของผู้ป่วยรายนี้
จำนวน คน (ระบุ)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ผลการตรวจหา toxin จากตัวอย่างส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง			วันที่เริ่ม มีอาการ ป่วยคล้าย /ผู้ป่วย	ไม่มี อาการ
		อุจจาระ/...../.....	น้ำสวณล้าง กระเพาะ/...../.....	อาเจียน/...../.....		
		☐ พบเชื้อ ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ☐ ไม่พบ		
		☐ พบเชื้อ ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ☐ ไม่พบ		
		☐ พบเชื้อ ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ☐ ไม่พบ		
		☐ พบเชื้อ ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ☐ ไม่พบ		

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์
 ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
 หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด
 วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์