

แบบสอบสวนโรค布鲁เซลโลซิส (Brucellosis)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
 เลขที่บัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ อายุ ปี เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 HN AN ศาสนา สัญชาติ
 อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ไม่เคยเรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา
☐ ปริญญาตรี ☐ อาชีวศึกษาและอนุปริญญา ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
 รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน ☐ <10,000 บาท ☐ 10,000-25,000 บาท ☐ >25,000 บาท
 ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้าน/ทาวน์เฮาส์/ห้องแถว/คอนโดมิเนียม)
 ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย ☐ เจ้าของ ☐ เช่าซื้อ ☐ เช่า
☐ อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า ☐ อื่น ๆ
 สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ☐ ไม่มีสิทธิ ☐ ประกันสังคม
 ในการรักษาครั้งนี้ ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ สิทธิข้าราชการ
☐ อื่น ๆ ระบุ
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน
 ซอย ถนน ตำบล อำเภอ
 จังหวัด ☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง
☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.
 ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)
 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)
 หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ จำนวนสมาชิกครอบครัวในบ้านเดียวกัน คน

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี
 วันที่เริ่มป่วย เวลา น.
 การตรวจร่างกายแรกพบ อ่อนเพลียมาก อกศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที
 หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

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	ปวดหลัง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	การตรวจร่างกาย ตับและม้ามโต ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
อัมพาต บวมแดง ปวด ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	อื่น ๆ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3$ WBC
Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
Other

3.2 การย้อมสีแกรม ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.3 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.4 วิธีตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.5 วิธี PCR ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.6 การตรวจการทำงานของตับและไต BUN Cr
Liver function test: SGOT SGPT ALP
Albumin Globulin Total Bilirubin
Direct Bilirubin Indirect Bilirubin

4. การรักษา

☐ ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
☐ ซื้อยากินเอง ชื่อยา รักษาด้วยยาสมุนไพร ชื่อยา
ไปรับการตรวจรักษารั้งแรกนี้ วันที่ เดือน พ.ศ.
การรักษารั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ
สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุ ขนาด วันที่ได้รับ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ในระยะ 6 เดือนก่อนเริ่มมีอาการ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ สัมผัสเลือด รกสัตว์ ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง ระบุชนิดสัตว์และสิ่งที่สัมผัส
☐ สัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นแฉะ บริเวณคอกหรือฟาร์มสัตว์เลี้ยง
☐ ขำแหละซากสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
สถานที่ขำแหละ
ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์
☐ เป็นสัตว์ในท้องที่ ☐ นำมาจาก
ระบุตำแหน่งพิกัด GPS แหล่งที่มาของสัตว์ (หากทราบ)
☐ หั่นเนื้อประกอบอาหาร ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
☐ รับประทานเนื้อสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
ระบุวิธีประกอบอาหาร

- ☐ บริโภคน้ำนมที่ไม่ผ่านกระบวนการพาสเจอร์ไรส์ ระบุเหตุผล
 ประเภทน้ำนม ☐ นมดิบ ☐ นมที่ต้มเอง
 ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
 ระบุแหล่งที่มา
 ระบุตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)
- ☐ ริดนมสัตว์ หรือทำความสะอาดในคอกปศุสัตว์
 ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
 ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์
☐ เป็นสัตว์ในท้องที่ ☐ นำมาจาก
 ระบุตำแหน่งพิกัด GPS แหล่งที่มาของสัตว์ และ/หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ (หากทราบ)
- 5.2 ลักษณะบ้านพักอาศัย ☐ พักในฟาร์มหรือเขตเลี้ยงสัตว์ ☐ นอกฟาร์ม
☐ มีการเลี้ยงสัตว์ ระบุชนิดสัตว์
- 5.3 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ ระบุตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)
☐ มีน้ำท่วมขัง/ดินเปียกแฉะและ/ดินแห้งเป็นฝุ่น
☐ มีการเลี้ยงสัตว์ ระบุชนิดสัตว์
☐ โรงงานที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์จากสัตว์/โรงฆ่าสัตว์ ระบุประเภทและชนิดสัตว์

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

มีผู้ที่ร่วมสัมผัสเลือด รกสัตว์ บริโภคน้ำนมหรือเนื้อสัตว์ หรือหายใจเอาฝุ่นละอองที่อยู่ภายในคอกสัตว์เดียวกันด้วยหรือไม่

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

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์
 ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
 หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด
 วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรคโดยเฉลี่ย 5-60 วัน ขึ้นกับสายพันธุ์ของเชื้อ

แบบค้นหาผู้ป่วยโรค布鲁เซลโลซิสเพิ่มเติม (แบบ布鲁เซลโลซิส 2)

สถานที่เกิดเหตุ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เพศ	อายุ	วันที่เริ่มป่วย	มีผู้ร่วมบ้าน มีอาการคล้ายกับ ผู้ป่วย			ผู้ที่อยู่ในชุมชนหรือ ละแวกบ้านมีอาการ คล้ายผู้ป่วย			มีผู้ที่อยู่ใน สถานประกอบการ/ สถานที่ปฏิบัติงาน/ สถานที่ศึกษาเดียวกัน มีอาการคล้ายผู้ป่วย			หากตอบใช่ มีผู้มีอาการ จำนวน (คน)
					ผู้ป่วย	ผู้ร่วมบ้าน	มีผู้ร่วมบ้าน มีอาการคล้ายกับ ผู้ป่วย	ผู้ป่วย	ผู้ในชุมชนหรือ ละแวกบ้านมีอาการ คล้ายผู้ป่วย	ผู้ในชุมชนหรือ ละแวกบ้านมีอาการ คล้ายผู้ป่วย	ผู้ป่วย	สถานประกอบการ/ สถานที่ปฏิบัติงาน/ สถานที่ศึกษาเดียวกัน มีอาการคล้ายผู้ป่วย	สถานประกอบการ/ สถานที่ปฏิบัติงาน/ สถานที่ศึกษาเดียวกัน มีอาการคล้ายผู้ป่วย	
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														