

แบบสอบสวนโรคสุกใส หรืออีสุกอีใส (Varicella, Chickenpox)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
 เลขที่บัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ อายุ ปี เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 HN AN อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ
 เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ระบุ
 บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี
 วันที่เริ่มป่วย เวลา น.
 การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิร่างกาย องศาเซลเซียส ซีฟจร ครั้ง/นาที
 หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ผื่นแดง (papule) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ตุ่มน้ำใส ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ตุ่มหนอง (pastule) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
หายใจเหนื่อยหอบ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	แผลตกสะเก็ด ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
อื่น ๆ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 วิธี PCR ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุ
 สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
 สถานที่ส่งตัวอย่าง ผลการตรวจ
- 3.2 การตรวจหาระดับ Neutralizing antibody titer ต่อ varicella zoster virus
☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุ
 เจาะเลือดครั้งที่ 1 วันที่เจาะ สถานที่ส่งตัวอย่าง
 ผล Titer
 เจาะเลือดครั้งที่ 2 วันที่เจาะ สถานที่ส่งตัวอย่าง
 ผล Titer
- 3.3 วิธี ELISA test ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุ
 เจาะเลือดวันที่ สถานที่ส่งตัวอย่าง
 ผลการตรวจ
- 3.4 วิธี TZANCK test ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุ
 วันที่เก็บตัวอย่าง สถานที่ส่งตัวอย่าง
 ผลการตรวจ ☐ ไม่พบ ☐ พบ Multinucleated giant cell

- 3.5 การตรวจโดยวิธีอื่น ๆ ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุวิธี
- สิ่งที่ส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
- สถานที่ส่งตัวอย่าง ผลการตรวจ

4. การรักษา

ประวัติการรักษาก่อนหน้านี้ เคยไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่นหรือไม่

☐ ไม่เคยไป

☐ เคยไป ระบุชื่อสถานบริการ วันที่/...../.....

การรักษาครั้งนี้ : สถานที่รักษา เข้ารับการรักษาวันที่/...../.....

ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุ 1. วันที่ได้รับ

2. วันที่ได้รับ

3. วันที่ได้รับ

การวินิจฉัย วันที่/...../..... วันที่จำหน่าย/...../.....

5. ประวัติการได้รับวัคซีน (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคสุกใส

☐ DOSE 1 ☐ ไม่ วันที่ ☐ ไม่ได้ ☐ ไม่ทราบ

☐ DOSE 2 ☐ ไม่ วันที่ ☐ ไม่ได้ ☐ ไม่ทราบ

แหล่งข้อมูลการรับวัคซีน โปรดระบุ

☐ สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก ☐ ทะเบียนการได้รับวัคซีนในเด็กที่สถานบริการ

☐ คำบอกเล่าจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง ☐ อื่น ๆ ระบุ

6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

6.1 ในช่วง 21 วันก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสในโรงเรียน/สถานที่ทำงาน หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (ระบุชื่อ)

1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

6.2 ในช่วง 21 วันก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (ระบุชื่อ)

1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

6.3 ในช่วง 21 วันก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกเดียวกันหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (ระบุชื่อ)

1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ในช่วง 5 วันที่ผ่านมา นับจากวันที่ผู้ป่วยรายนี้เริ่มมีตุ่มใส มีประวัติสัมผัสกับบุคคลอื่นหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

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	

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์