

แบบสอบสวนอหิวาตกโรค (Cholera)

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.
 ภูมิลาเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ระบุ
 บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน
 ซอย ถนน ตำบล อำเภอ
 จังหวัด ☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง
☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.
 สถานที่เกิดการระบาด หมู่ที่ ตำบล
 อำเภอ จังหวัด
 ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

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

ปวดท้อง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	คลื่นไส้	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ถ่ายเหลว	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	อาเจียน	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ถ่ายเป็นน้ำ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ขาดน้ำ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ถ่ายมีมูก	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ซีด	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ถ่ายมีเลือด	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	หนาวสั่น	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ไข้	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	อื่นๆ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 วิธีส่องกล้องจุลทรรศน์
☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ
☐ ก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ ☐ หลังได้รับยาปฏิชีวนะ) สิ่งส่งตรวจ
 วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.2 วิธีใช้ชุดทดสอบ Dipstick test

☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ
☐ ก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ ☐ หลังได้รับยาปฏิชีวนะ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.3 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.4 วิธี PCR
☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ
☐ ก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ ☐ หลังได้รับยาปฏิชีวนะ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.5 การตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ
สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.6 ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ

Tetracycline	☐ Sense ☐ Intermediate ☐ Resist
Co-trimoxazole (Bactrim)	☐ Sense ☐ Intermediate ☐ Resist
Ampicillin	☐ Sense ☐ Intermediate ☐ Resist
Norfloxacin	☐ Sense ☐ Intermediate ☐ Resist
Doxycycline	☐ Sense ☐ Intermediate ☐ Resist
อื่น ๆ	☐ Sense ☐ Intermediate ☐ Resist

4. การรักษา

4.1 ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
การรักษานี้ : วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ
สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุ 1. วันที่ได้รับ
2. วันที่ได้รับ
3. วันที่ได้รับ

4.2 ได้รับยาปฏิชีวนะ (ยาด้านจุลชีพ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่
☐ ไม่ได้รับ
☐ ได้รับ ระบุชื่อยา วันที่เริ่มกิน วันที่สิ้นสุด
ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ครั้ง วัน
ทานยาสม่ำเสมอทุกมื้อหรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ในช่วง 5 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยได้เดินทางออกนอกพื้นที่หรือไม่

☐ ไม่ได้เดินทาง

☐ เดินทางไปสถานที่ ตำบล
อำเภอ จังหวัด

5.2 ประวัติการรับประทานอาหาร

	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น	อาหารมือรอง
วันที่ ประเภทอาหาร แหล่งที่มาของอาหาร ผู้ที่รับประทานร่วม				
วันที่ ประเภทอาหาร แหล่งที่มาของอาหาร ผู้ที่รับประทานร่วม				
วันที่ ประเภทอาหาร แหล่งที่มาของอาหาร ผู้ที่รับประทานร่วม				

5.3 ในช่วง 7 วัน ก่อนป่วย มีประวัติสัมผัสกับอุจจาระของผู้ป่วยที่มีอาการท้องร่วงเฉียบพลันหรือไม่

☐ ไม่ได้สัมผัส

☐ สัมผัส วันที่สัมผัส ลักษณะการสัมผัส
เป็นผู้ป่วยยืนยันอหิวาตกโรคหรือไม่ ☐ เป็น ☐ ไม่เป็น ☐ ไม่ทราบ

5.4 ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือทำงานในสถานดูแลคนชรา/เด็ก/ผู้ป่วยเรื้อรังหรือโรงพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์อื่นที่มีการอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากหรือไม่

☐ ไม่ใช่

☐ ใช่ ระบุสถานที่
บทบาทของผู้ป่วยในสถานที่นั้น ๆ

5.5 น้ำดื่มที่ดื่มเป็นประจำ ☐ ดื่ม ☐ ไม่ดื่ม ☐ กรอง ☐ บรรจุขวดที่ได้มาตรฐาน

5.6 แหล่งน้ำที่ใช้ในการบริโภคประจำวัน

☐ น้ำประปา

☐ น้ำบาดาล

☐ น้ำฝน

☐ แม่น้ำ/คลอง

☐ น้ำดื่มบรรจุขวด ยี่ห้อ

☐ อื่น ๆ ระบุ

5.7 ประวัติในการเล่นน้ำ/ว่ายน้ำหรือสัมผัสแหล่งน้ำ ในช่วง 7 วันก่อนป่วย

☐ ไม่มี

☐ มี ระบุ

5.8 ทำงานหรือมีประวัติในการประกอบอาหาร

☐ ไม่มี

☐ มี ระบุสถานที่

5.9 ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสอื่น ๆ ในชุมชน (Line listing)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	มีอาการป่วยหรือไม่	อาการป่วย	วันเริ่มป่วย	เวลาเริ่มป่วย	อาหารที่รับประทาน	เวลาที่รับประทาน/เวลาที่ป่วยหลังรับประทาน	เก็บตัวอย่างส่งตรวจ	ผล lab
		ป่วย ไม่ป่วย				มือเช้า มือกลางวัน มือเย็น		เก็บ ไม่เก็บ	
		ป่วย ไม่ป่วย				มือเช้า มือกลางวัน มือเย็น		เก็บ ไม่เก็บ	
		ป่วย ไม่ป่วย				มือเช้า มือกลางวัน มือเย็น		เก็บ ไม่เก็บ	

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้ที่ร่วมรับประทานอาหารที่เป็นสาเหตุของการป่วย

☐ ไม่มี

☐ มี ระบุ

- ชื่อ-สกุล อายุ เพศ
ที่อยู่
อาการป่วย ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุอาการ
- ชื่อ-สกุล อายุ เพศ
ที่อยู่
อาการป่วย ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุอาการ
- ชื่อ-สกุล อายุ เพศ
ที่อยู่
อาการป่วย ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุอาการ

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์