

แบบสอบสวนไข้เลือดออก (Dengue fever)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
 เลขที่บัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ อายุ ปี เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 HN AN ศาสนา สัญชาติ
 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)
 อาชีพผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น
 หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

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

ไข้/ไข้เฉียบพลัน	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดกล้ามเนื้อ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดกระดูกหรือข้อ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ตับโต	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ผื่นแดง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกทาง อวัยวะภายใน	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ตาแดง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
กลุ่มอาการทางเดินหายใจ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	มีภาวะช็อก	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
Tourniquet test (บวก/ลบ) ระบุ	☐ ทำ ☐ ไม่ทำ ☐ ไม่ทราบ	อื่นๆ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

CBC	ครั้งที่ 1 วันที่ เวลา	ครั้งที่ 2 วันที่ เวลา	ครั้งที่ 3 วันที่ เวลา	ครั้งที่ 4 วันที่ เวลา	ครั้งที่ 5 วันที่ เวลา
Hematocrit %					
WBC					
Neutrophil %					
Lymphocyte%					
Atypical Lymphocyte %					
Platelet ต่อ ลบ.มม.					
Albumin					
อื่นๆ ระบุ					

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

- 3.2.1 PCR ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2.2 NS1 antigen ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2.3 Dengue IgM/ IgG ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล
- 3.2.4 การเพาะแยกเชื้อ ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2.5 HI การตรวจซีรัมคู่ ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจครั้งที่ 1 Titer
วันที่ส่งตรวจครั้งที่ 2 Titer
การตรวจซีรัมเดี่ยว ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ Titer
- 3.2.6 EIA ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2.7 อื่นๆ ระบุวิธี ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ☐ ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
- ☐ ไปรับการตรวจรักษา
- ☐ ซื้อมากินเอง ซื้อมา ☐ รักษาด้วยยาสมุนไพร ซื้อมา
- การรักษาครั้งนี้เป็นการตรวจรักษาครั้งแรก ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- สถานที่รักษาครั้งแรก วันที่มาโรงพยาบาล เวลา น.
- สถานที่รักษาครั้งที่ 2 วันที่มาโรงพยาบาล เวลา น.
- สถานที่รักษาครั้งที่ 3 วันที่มาโรงพยาบาล เวลา น.
- สถานที่วินิจฉัยเป็นโรคไข้เลือดออก
- การวินิจฉัยครั้งนี้ ☐ DF ☐ DHF ☐ DSS ☐ EDS
- ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ
- วันที่จำหน่าย

5. ประวัติการสัมผัสโรค ในระยะ 14 วัน ก่อนวันที่เริ่มป่วย (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ไปทำงานกับผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก
- ☐ มีเพื่อนหรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก
- ☐ มีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก
- ☐ ที่โรงเรียนมีเพื่อน/ครู ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก
- ☐ บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก
- โดยอยู่ในรัศมี ☐ 0-25 เมตร ☐ 26-50 เมตร ☐ 51-100 เมตร ☐ เกิน 100 เมตร
- ☐ เดินทางไปในพื้นที่อื่นที่มีการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ระบุ
- ☐ เคยมีประวัติรับวัคซีนไข้เลือดออก ระบุชนิดของวัคซีนที่ทราบ
- จำนวนครั้งที่รับวัคซีน ครั้ง รับวัคซีนไข้เลือดออกครั้งสุดท้ายเมื่อ
- ☐ ไม่มีการสัมผัสผู้ป่วยที่สงสัย หรือไม่ได้เดินทางไปยังพื้นที่อื่น

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค ในช่วงก่อนป่วย 14 วัน และหลังป่วย 5 วัน

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย) สงสัยเป็นไข้เลือดออก จำนวน คน (ระบุ)

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	

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

6.2 ประวัติเดินทางก่อนป่วย 14 วัน และหลังป่วย 5 วัน (นอกเหนือจากโรงเรียนและที่ทำงาน)

1. สถานที่ วันที่เดินทาง
2. สถานที่ วันที่เดินทาง
3. สถานที่ วันที่เดินทาง

7. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

วันที่ สำรวจ	สำรวจ ลูกน้ำยุงลาย	บ้านผู้ป่วย	รอบบ้านผู้ป่วย (รัศมี 100 เมตร)	โรงเรียน	วัด	อื่น ๆ ระบุ
วันที่ 0	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 3	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 7	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					

วันที่ สำรวจ	สำรวจ ลูกน้ำยุงลาย	บ้านผู้ป่วย	รอบบ้านผู้ป่วย (รัศมี 100 เมตร)	โรงเรียน	วัด	อื่น ๆ ระบุ
วันที่ 14	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 21	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 28	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					

มาตรการเบื้องต้น

ประชาคมชุมชนที่พบผู้ป่วย

.....

.....

การพ่นฆ่ายุงตัวแก่ วันที่ ครั้งที่ /วันที่ ครั้งที่ /วันที่ ครั้งที่ /วันที่ ครั้งที่

.....

.....

.....

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์