

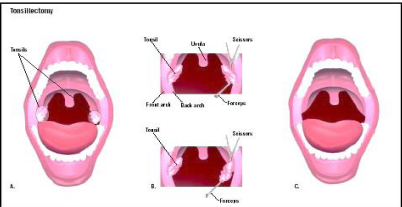
แบบสอบสวนโรคคอตีบ (Diphtheria)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
 ชื่อ-สกุล เลขที่บัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐
 HN AN อาชีพ
 ศาสนา สัญชาติ หมายเลขโทรศัพท์
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ภูมิลำเนา เป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ระบุ
 บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)
 จำนวนสมาชิกครอบครัวในบ้านเดียวกัน คน

2. อาการและอาการแสดง

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

ประวัติ/อาการ	ผลการตรวจร่างกายแรกพบ (กรณีมาโรงพยาบาล)
ไข้ ☐ มี ☐ ไม่มี	Temp °C BP mmHg
เจ็บคอ ☐ มี ☐ ไม่มี	PR /min RR /min
กินได้น้อย ☐ มี ☐ ไม่มี	Tonsil ☐ Patch ☐ Exudates
ไอ ☐ มี ☐ ไม่มี	☐ Injected ☐ Enlargement
แผ่นฝ้าขาว ☐ มี ☐ ไม่มี <i>Adherent membrane</i>	Pharynx ☐ injected ☐ Not injected
ตำแหน่งที่พบ ☐ ทอนซิลซ้าย ☐ ทอนซิลขวา (แนบภาพถ่าย ☐ คอ ☐ จมูก ประกอบการ ☐ ลิ้นไก่ ☐ คอหอยส่วนหลัง รายงานได้) ☐ กล่องเสียง	
คอบวม ☐ มี ☐ ไม่มี	Lung ☐ Clear ☐ Abnormal
อื่น ๆ ระบุ ☐ แน่นหน้าอก ☐ หายใจไม่ออก ☐ กลืนลำบาก ☐ สำลักน้ำ ☐ แขนขาอ่อนแรง	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3$ WBC
Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
Other

3.2 การตรวจเพาะเชื้อและการเก็บตัวอย่าง ☐ ตรวจ ☐ ไม่ตรวจ

ชนิดตัวอย่าง วันที่เก็บ ผลตรวจที่ รพ. ☐ Growth ☐ No growth ใน 2 วัน

ผลตรวจจากกรมวิทย์ฯ/ศูนย์วิทย์ ผลตรวจ Toxin ☐ บวก ☐ ลบ

ชนิดตัวอย่าง วันที่เก็บ ผลตรวจที่ รพ. ☐ Growth ☐ No growth ใน 2 วัน

ผลตรวจจากกรมวิทย์ฯ/ศูนย์วิทย์ ผลตรวจ Toxin ☐ บวก ☐ ลบ

4. ประวัติการแพ้ยา

☐ ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา ☐ แพ้ยากลุ่มเพนนิซิลิน ☐ แพ้ยากลุ่ม Erythromycin
☐ เคยแพ้เชรุ่มมาก่อน ☐ แพ้ยากลุ่มอื่น ๆ ระบุ

5. ประวัติวัคซีน

5.1 การรับวัคซีน ☐ ไม่เคยได้รับ ☐ ไม่มีข้อมูล/ไม่แน่ใจ
☐ เคยได้รับวัคซีน ระบุจำนวนครั้งที่ได้รับ
กรณีเด็กวัคซีน ☐ ครบตามเกณฑ์ ☐ ไม่ครบ ครั้งล่าสุดที่ได้รับ วันที่
ระบุ (DTP1, DTP2 เป็นต้น)
กรณีผู้ใหญ่ dT จำนวน เข็ม ครั้งล่าสุดที่ได้รับ วันที่

6. การรักษา

☐ ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
☐ ซื้อยากินเอง ชื่อยา
ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ☐ รพ.สต. วันที่ วินิจฉัย
☐ รพ. วันที่ วินิจฉัย
☐ คลินิก วันที่ วินิจฉัย
การรักษาครั้งนี้ วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ระบุ ☐ ส่งต่อ ระบุ
สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของแพทย์ ☐ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ☐ ทางเดินหายใจอุดตัน
☐ เส้นประสาทอักเสบ ☐ อื่น ๆ ระบุ
การรักษา ☐ DAT วันที่ ขนาด หน่วย
☐ dT/DPT วันที่ ขนาด หน่วย
การได้รับยาปฏิชีวนะในการป่วยครั้งนี้
☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ วันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
ชนิดของยาที่ได้รับ ☐ Roxithromycin ☐ Erythromycin ☐ PGS
☐ ใส่ท่อช่วยหายใจ (ET-tube) ☐ เจาะคอ (Tracheostomy)

7. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- ☐ โรคประจำตัว ☐ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง
☐ อื่น ๆ
- ☐ มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ
- ☐ มีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำ ประวัติสารเสพติด ระบุ
- ☐ มีประวัติเดินทางใน 14 วันก่อน ☐ ไม่ได้เดินทาง ☐ เดินทาง (ระบุ)
ระบุสถานที่ วันที่เดินทางไป กลับ
- ☐ สัมผัสผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคติดต่อในระยะ 14 วันก่อนป่วย
ระบุชื่อ ลักษณะการสัมผัส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
- ☐ ไปร่วมงานเลี้ยงหรืองานเทศกาลในระยะ 14 วันก่อนป่วย
ระบุชื่อ ลักษณะการสัมผัส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
ระบุสถานที่ วันที่

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

แบบรายงานค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด (แบบคอตัว 2)

ผู้สัมผัสของ อายุ ปี ที่อยู่เลขที่ หมู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ที่	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เลขที่	หมู่	ตำบล	วันเริ่มป่วย	ไข้	ไอ	เจ็บคอ	ตุ่มผื่น	แผลผิวหนัง	ไข้	dt (ระบุครั้ง) date	ATB date	TSC date	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

(ให้ใส่เครื่องหมาย / ในวันที่กักกันหรือวันที่มีอาการปกติ และใส่เครื่องหมาย X ในวันที่ไม่ได้กักกัน หรือมีไข้ เจ็บคอ)

แบบติดตามอาการ และการกินยาปฏีชีวนะ (แบบคอติบ 3)

หมู่ที่ ตำบล ชื่อผู้ติดตาม ชื่อผู้ติดตาม

ที่	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	บ้านเลขที่	วันที่เริ่ม ติดตาม	วันที่เริ่ม กินยา	วันเดือนปีที่ได้รับวัคซีนคอติบ			ลำดับวันที่ติดตามอาการ หรือรับประทานยา													
						ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						

ทะเบียนรายงานการตรวจ Throat swab คาเชื้อ *Corynebacterium diphtheriae* (แบบคอตัว 4)

อำเภอ จังหวัด

ที่	ชื่อ-สกุล	HN	อายุ(ปี)	ที่อยู่	วันที่เก็บ TSC	วันที่ลง Plate	ผล Throat swab culture	หมายเหตุ
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

หมายเหตุ : แบบรายงานนี้ใช้สำหรับทะเบียนการตรวจ Throat swab หาเชื้อ *Corynebacterium diphtheriae* ทั้งนี้ขอให้สรุปและรายงาน สสจ. หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการค้นหาโดยเร็ว