

แบบสอบสวนไข้เอนเทอริก (Enteric fever)/โรคซัลโมเนลโลซิส (Salmonellosis)

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.
☐ ใช้ ☐ ไม่ใช่ ระบุ
 ภูมิลาเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่
 บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน
 ซอย ถนน ตำบล อำเภอ
 จังหวัด ☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง
☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.
 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

ไข้ นาน วัน	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดท้อง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดเมื่อยตามตัว/ เหนื่อยล้า	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
หนาวสั่น	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	เบื่ออาหาร	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ท้องอืด	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ท้องผูก	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ท้องเสีย	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ถ่ายปนมูกเลือด	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ซีด	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ถ่ายเป็นเลือดสด	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ผื่นแดงตามหน้าอกหรือลำตัว (Rose spot)	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ไอ/หลอดลมอักเสบ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ต่อมทอนซิลอักเสบ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ม้ามโต	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ตับโต	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ			

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3$ Cell/mm³ WBC
 Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
 Other

3.2 Widal test ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตัวอย่าง
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.3 วิธีเพาะเชื้อจากตัวอย่างของผู้ป่วย

สิ่งส่งตรวจ	วันที่เก็บ ตัวอย่าง/ ห้องปฏิบัติการ ที่ส่งตรวจ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						อื่น ๆ ระบุ
			Ampi	Tetra	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro	
อุจจาระ ☐ ตรวจ ☐ ไม่ได้ตรวจ		☐ พบเชื้อ ระบุ ☐ ไม่พบเชื้อ							
ปัสสาวะ ☐ ตรวจ ☐ ไม่ได้ตรวจ		☐ พบเชื้อ ระบุ ☐ ไม่พบเชื้อ							
เลือด ☐ ตรวจ ☐ ไม่ได้ตรวจ		☐ พบเชื้อ ระบุ ☐ ไม่พบเชื้อ							
น้ำไขสันหลัง ☐ ตรวจ ☐ ไม่ได้ตรวจ		☐ พบเชื้อ ระบุ ☐ ไม่พบเชื้อ							
ไขกระดูก ☐ ตรวจ ☐ ไม่ได้ตรวจ		☐ พบเชื้อ ระบุ ☐ ไม่พบเชื้อ							
อื่น ๆ ระบุ		☐ พบเชื้อ ระบุ ☐ ไม่พบเชื้อ							

3.4 วิธีเพาะเชื้อจากตัวอย่างอาหาร น้ำดื่ม นม หรือตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ

สิ่งส่งตรวจ	แหล่งที่เก็บ	วันที่เก็บ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						อื่น ๆ ระบุ
				Ampi	Tetra	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro	
			☐ พบเชื้อ ระบุ ☐ ไม่พบเชื้อ							
			☐ พบเชื้อ ระบุ ☐ ไม่พบเชื้อ							
			☐ พบเชื้อ ระบุ ☐ ไม่พบเชื้อ							
			☐ พบเชื้อ ระบุ ☐ ไม่พบเชื้อ							
			☐ พบเชื้อ ระบุ ☐ ไม่พบเชื้อ							

4. การรักษา

- 4.1 ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
การรักษาครั้งนี้ วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
☐ ได้พบแพทย์ ☐ พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ☐ อื่น ๆ ระบุ
- ได้รับการวินิจฉัยโรค
☐ Enteric Fever ระบุ ☐ Typhoid ☐ Paratyphoid
☐ Salmonellosis ☐ อื่น ๆ ระบุ
- ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ เสียชีวิต วันที่ สาเหตุการเสียชีวิต
☐ หาย ☐ ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุ วันที่ได้รับ
ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ครั้ง วัน
- 4.2 ป่วยครั้งนี้ได้รับยาปฏิชีวนะ (ยาด้านจุลชีพ) กินเองก่อนได้รับการตรวจรักษาหรือไม่
☐ ไม่ได้รับ
☐ ได้รับ ระบุชื่อยา วันที่เริ่มกิน วันที่สิ้นสุด
ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ครั้ง วัน
ทานยาสม่ำเสมอทุกมื้อหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

5. ปัจจัยเสี่ยง

- 5.1 ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไทฟอยด์
☐ ไม่เคยได้รับ ☐ เคยได้รับ เมื่อ ☐ ไม่ทราบ
- 5.2 ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยเดินทางไปไหนบ้าง
☐ ไม่ได้เดินทาง
☐ เดินทางไปสถานที่ ตำบล
อำเภอ จังหวัด
- 5.3 ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนป่วย ได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อไข้เอนเทอริก (ไข้ไทฟอยด์หรือพาราไทฟอยด์) หรือไม่
☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- 5.4 ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนป่วย มีผู้อาศัยร่วมบ้านหรือไม่
☐ ไม่มี
☐ มี ระบุจำนวน คน
- มีอาการป่วยที่เข้าได้กับโรคไข้เอนเทอริกหรือไม่ ☐ ไม่มีอาการป่วย ☐ มีอาการป่วย
- 5.5 ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนป่วย มีบุคคลอื่นมาเยี่ยมหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่
☐ ไม่มี
☐ มี ระบุจำนวน คน
☐ ไม่ได้พักค้างแรม
☐ พักค้างแรมเป็นระยะเวลา วัน
- บุคคลเหล่านั้นมีอาการป่วยที่เข้าได้กับโรคไข้เอนเทอริกหรือไม่
☐ ไม่มีอาการป่วย ☐ มีอาการป่วย ☐ ไม่ทราบ/ไม่ได้สังเกต

5.6 พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม) ภายใน 3 สัปดาห์
ก่อนการป่วยครั้งนี้ โดยปกติส่วนใหญ่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำที่ไหน

มื้ออาหาร	สถานที่					
	บ้าน	โรงเรียน	ร้านอาหาร	รถเข็น	หาบเร่	อื่น ๆ ระบุ
เช้า						
กลางวัน						
เย็น						

น้ำดื่ม ระบุประเภท ☐ ต้ม ☐ ไม่ต้ม ☐ กรอง ☐ ขวดปิดสนิท

แหล่งน้ำดื่ม ระบุ

5.7 ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือทำงานในสถานดูแลคนชรา/เด็ก/ผู้ป่วยเรื้อรังหรือโรงพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์อื่น ที่มีการอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากหรือไม่

- ☐ ไม่ใช่
- ☐ ใช่ ระบุสถานที่
 บทบาทของผู้ป่วยในสถานนั้น ๆ

5.8 ผู้ประกอบอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน มีอาการป่วยที่เข้าได้กับโรคไข้เอนเทอริคหรือไม่

- ☐ ไม่มีอาการป่วย
- ☐ มีอาการป่วยก่อนผู้ป่วย วัน
☐ ไม่ได้รักษา ☐ ได้รับการรักษาที่
☐ มีอาการป่วยหลังผู้ป่วย วัน
☐ ไม่ได้รักษา ☐ ได้รับการรักษาที่

5.9 ในการสอบสวนโรคครั้งนี้ได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ Rectal swab ในผู้ประกอบอาหารหรือไม่

- ☐ ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ
- ☐ ทำการเพาะเชื้อ วันที่เก็บตัวอย่าง ผล
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

5.10 ผู้ป่วยเป็นผู้ประกอบอาหารหรือมีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาหาร/ร้านอาหารหรือไม่

- ☐ ไม่ใช่
- ☐ ใช่ ระบุสถานที่
 บทบาทของผู้ป่วยในสถานนั้น ๆ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือในสถานที่ที่อยู่อาศัยร่วมกันเป็นจำนวนมาก ที่ได้รับการตรวจเพาะเชื้อจากอุจจาระ/
Rectal swab

ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	วันที่เก็บ ตัวอย่าง	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น					
				Ampi	Tetra	Norflor	Cotri	Doxy	Cipro
			☐ พบเชื้อ ระบุ						
			☐ ไม่พบเชื้อ						
			☐ พบเชื้อ ระบุ						
			☐ ไม่พบเชื้อ						
			☐ พบเชื้อ ระบุ						
			☐ ไม่พบเชื้อ						
			☐ พบเชื้อ ระบุ						
			☐ ไม่พบเชื้อ						

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

หมายเหตุ: ระยะฟักตัวของไข้ไทฟอยด์ ตั้งแต่ 3 วัน-1 เดือน โดยทั่วไป 1-3 สัปดาห์ ขึ้นกับปริมาณเชื้อที่ได้รับ
สำหรับไข้พาราไทฟอยด์ มีระยะฟักตัว 1-10 วัน