

แบบสอบสวนโรคเท้าช้าง (Lymphatic filariasis)

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.

ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย

ภูมิลาเนา 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 อุณหภูมิร่างกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
ปวดบวมแดงร้อนบริเวณต่อม และทางเดินน้ำเหลือง	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
การมีอาการอักเสบของต่อม และท่อทางเดินน้ำเหลืองอักเสบ เป็นๆ หายๆ เฉลี่ย ตั้งแต่ 5 ครั้ง/ปี	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
อวัยวะเพศบวมโตเรื้อรัง	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
แขนโตเรื้อรัง	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
ขาโตเรื้อรัง	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
อื่นๆ			

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจ Thick film ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 การตรวจหาแอนติเจนของเชื้อ *Wuchereria bancrofti* ด้วยวิธี Immunochromatography (Dipstick)
☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 ตรวจหาแอนติบอดี IgG ต่อเชื้อ *B. malayi* ด้วยชุดตรวจ Filaria diagnostic (Filaria diag)
☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 ตรวจยืนยันชนิดของเชื้อพยาธิโรคเท้าช้าง *W. bancrofti* และ *B. malayi* ด้วยวิธี PCR
☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.5 อื่น ๆ ระบุ..... ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ☐ ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
- ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
- ☐ Diethylcarbamazine ☐ ไม่ได้ ☐ ได้ วันที่ให้การรักษา
- ☐ Albendazole ☐ ไม่ได้ ☐ ได้ วันที่ให้การรักษา
- การรักษาอื่น ๆ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 5.1 ประวัติการสัมผัสโรค
- ในช่วง 1 เดือน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปต่างจังหวัด/ต่างประเทศหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ
1. ระบุ วันที่
2. ระบุ วันที่

5.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคเท้าช้างภายในระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้ ☐ ไม่มี ☐ มี

อันดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย
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

5.3 มีผู้ป่วยโรคเท้าช้างจากหมู่บ้านอื่นมาพักอาศัยร่วมบ้านหรือบ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ภายในระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้ ☐ ไม่มี ☐ มี

อันดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	วันที่เริ่มป่วย
1					
2					
3					
4					
5					

5.4 มีคนต่างชาติอยู่ในละแวกใกล้เคียงบ้านผู้ป่วยเป็นโรคเท้าช้างภายในระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้ ☐ ไม่มี ☐ มี

อันดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	วันที่เริ่มป่วย
1					
2					
3					
4					
5					

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย) เป็นโรคเท้าช้างภายในระยะเวลา 1 เดือน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้ ☐ ไม่มี ☐ มี

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	
4.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่	
5.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่	

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์