แบบสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษ (Food poisoning)

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.
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) ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

2. อาการและอาการแสดง

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

ถ่ายเป็นน้ำจำนวน ..... ครั้ง	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	ไข้	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
ถ่ายเหลวจำนวน ..... ครั้ง	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
ถ่ายมีมูก	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	ตะคริวที่ท้อง	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
ถ่ายมีเลือด	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	ปวดมวนท้อง	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
ปวดท้อง	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	ตะคริวที่ขา	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
ท้องผูก	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	อ่อนเพลีย	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
คลื่นไส้	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	ความดันโลหิตต่ำ	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
อาเจียน	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	กล้ามเนื้ออ่อนแรง	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
ท้องอืด	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	เห็นภาพซ้อน	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
ปากแห้ง	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	ถ่ายกะปริบกะปรอย	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
เหงื่อออกตัวเย็น	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	ชา (ระบุอวัยวะ .....)	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
ถ่ายมีกลิ่นเหม็นคาว	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	ช็อก	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
ปวดเบ่ง	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	อื่น ๆ			

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 วิธีส่งเพาะเชื้อหรือตรวจด้วยวิธีอื่น ๆ

อุจจาระ ☐ไม่ได้ตรวจ ☐ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ .....

วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

Rectal swab ☐ไม่ได้ตรวจ ☐ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ .....

วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

อาเจียน ☐ไม่ได้ตรวจ ☐ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ .....

วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

อาหาร ☐ไม่ได้ตรวจ ☐ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ .....

วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

น้ำ/น้ำแข็ง ☐ไม่ได้ตรวจ ☐ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ .....

วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2 ทดสอบการสร้างสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น ☐ไม่ได้ตรวจ ☐ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ .....

วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.3 ทดสอบสารพิษ หรือสารเคมี ☐ไม่ได้ตรวจ ☐ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ .....

วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

4. การรักษา

4.1 ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

การรักษาครั้งนี้ : วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.

☐ได้พบแพทย์ ☐พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ☐อื่น ๆ ระบุ .....

ประเภทผู้ป่วย ☐ผู้ป่วยนอก ☐ผู้ป่วยใน ☐ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา ☐กำลังรักษา ☐หาย ☐เสียชีวิต ☐ส่งต่อ ระบุ .....

สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....

ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

☐ไม่ได้รับ ☐ได้รับ ระบุ 1. ..... วันที่ได้รับ .....

2. ..... วันที่ได้รับ .....

3. ..... วันที่ได้รับ .....

ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ☐ไม่ได้รับ ☐ได้รับ ☐ไม่ทราบ

ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่ ☐ไม่ได้รับ ☐ได้รับ ☐ไม่ทราบ

4.2 ป่วยครั้งนี้ได้รับยาปฏิชีวนะ (ยาต้านจุลชีพ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่

☐ ไม่ได้รับ

☐ ได้รับ ระบุชื่อยา ..... วันที่เริ่มกิน ..... วันที่สิ้นสุด .....

ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ..... ครั้ง ..... วัน

ทานยาสม่ำเสมอทุกมื้อหรือไม่ ☐ไม่ใช่ ☐ใช่

4.3 ในกรณีได้รับ Toxin ของเชื้อ มีการปฐมพยาบาลโดยการล้างท้อง (Gastric lavage) หรือไม่

☐ไม่ได้รับ ☐ได้รับ ☐ไม่ทราบ

4.4 ในกรณีได้รับ Toxin ของเชื้อ ได้รับ Antitoxin หรือไม่

☐ไม่ได้รับ ☐ได้รับ ☐ไม่ทราบ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การบริโภค/เมนูอาหาร) ช่วง 3 วัน ก่อนป่วย (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)

☐ ไก่ หรือสัตว์ปีกชนิดอื่น ๆ ☐ เนื้อ ☐ เครื่องใน ☐ อื่น ๆ ระบุ .....
ปรุงสุก ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
แหล่งที่มา ☐ ปรุงเอง ☐ ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง .....

☐ หมู ☐ เนื้อ ☐ เครื่องใน อื่น ๆ ระบุ .....
ปรุงสุก ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
แหล่งที่มา ☐ ปรุงเอง ☐ ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง .....

☐ วัว ☐ เนื้อ ☐ เครื่องใน อื่น ๆ ระบุ .....
ปรุงสุก ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
แหล่งที่มา ☐ ปรุงเอง ☐ ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง .....

☐ ปลา ปรุงสุก ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
แหล่งที่มา ☐ ปรุงเอง ☐ ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง .....

☐ สัตว์ชนิดอื่น ๆ ระบุ ..... ☐ เนื้อ ☐ เครื่องใน ☐ อื่น ๆ ระบุ .....
ปรุงสุก ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
แหล่งที่มา ☐ ปรุงเอง ☐ ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง .....

☐ นม ระบุชนิดของนม ..... แหล่งผลิตนมระบุ .....
☐ ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ
☐ ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี ☐ ต้ม ☐ พาสเจอไรซ์ ☐ สเตอริไลส์

☐ ไข่ ปรุงสุก ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
แหล่งที่มา ☐ ปรุงเอง ☐ ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง .....

☐ ผลิตภัณฑ์จากสัตว์ (เช่น ไส้กรอก เบคอน แหนม) ระบุชนิด .....
ปรุงสุก ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
แหล่งที่มา ☐ ปรุงเอง ☐ ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง .....

☐ ผักสด/สลัดผัก/ส้มตำ ระบุเมนูอาหาร .....
แหล่งที่มา ☐ ปรุงเอง ☐ ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง .....

☐ ผลไม้ ระบุแหล่ง .....

☐ แซนด์วิช หรืออาหารที่ไม่ได้ผ่านความร้อน ระบุ .....
แหล่งที่มา ☐ ปรุงเอง ☐ ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง .....

☐ ขนม ระบุ .....
แหล่งที่มา ☐ ปรุงเอง ☐ ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง .....

☐ อาหารหมักดอง ระบุ .....
แหล่งที่มา ☐ ปรุงเอง ☐ ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร ระบุแหล่ง .....

5.2 น้ำดื่มที่ดื่มเป็นประจำ ☐ ต้ม ☐ ไม่ต้ม ☐ กรอง ☐ บรรจุขวดที่ได้มาตรฐาน

5.3 แหล่งน้ำที่ใช้ในการบริโภคประจำวัน

☐ น้ำประปา ☐ น้ำบาดาล ☐ น้ำฝน
☐ แม่น้ำ/คลอง ☐ น้ำดื่มบรรจุขวด ยี่ห้อ ..... ☐ อื่น ๆ ระบุ .....

5.4 ประวัติการรับประทานอาหารช่วง 3 วันก่อนเริ่มป่วย

	มื้อเช้า	**มื้อกลางวัน**	**มื้อเย็น**
วันที่ ..... ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่ ..... ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่ ..... ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			

5.5 อาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วยครั้งนี้ (ระบุ) .....
วันที่รับประทาน ..... เวลา ..... น. ซื้อจากแหล่ง .....
(กรอกรายละเอียดเพิ่มเติมในตาราง ข้อ 7. Attack Rate)

5.6 มีประวัติในการประกอบอาหาร ในช่วง 3 วันก่อนป่วย

- ความถี่ในการประกอบอาหารในช่วง 3 วัน ☐ 1–4 ครั้ง ☐ 5–7 ครั้ง ☐ 8–10 ครั้ง
- วัตถุดิบที่ใช้ในการประกอบอาหาร ระบุ .....
- ในการประกอบอาหารแต่ละครั้งมีการแยกเขียง/ มีด สำหรับวัตถุดิบกับอาหารปรุงสุก
  ☐ ไม่มี ☐ มี
- มีการแยกเขียงระหว่างเนื้อสัตว์และผัก ☐ ไม่มี ☐ มี

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน) ของผู้ป่วยรายนี้ จำนวน ..... คน (ระบุ)

ลำดับ	ชื่อ–สกุล	ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง			วันที่เริ่มมีอาการป่วย	ไม่มีอาการ
		อุจจาระ ...../...../.....	Rectal swab ...../...../.....	อาเจียน ...../...../.....		
1.		☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ		
2.		☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ		
3.		☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ		
4.		☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ		
5.		☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ		
6.		☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ		
7.		☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ		
8.		☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ		
9.		☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ		
10.		☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ		
11.		☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ		
12.		☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ		
13.		☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ		
14.		☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ		
15.		☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ		
16.		☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ	☐ พบเชื้อ ..... ☐ ไม่พบ		

7. ตาราง Attack Rate

อาหารหรือเครื่องดื่มหรืออื่น ๆ	กลุ่มที่กินอาหารที่สงสัย				กลุ่มที่ไม่ได้กินอาหารที่สงสัย			
	ป่วย	ไม่ป่วย	รวม	Attack Rate (%)	ป่วย	ไม่ป่วย	รวม	Attack Rate (%)

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....
ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....
หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

หมายเหตุ:
- ระยะฟักตัวของ *Staphylococcus aureus* 30 นาที–8 ชั่วโมง โดยปกติ 2–4 ชั่วโมง
- ระยะฟักตัว *Clostridium perfringens* 6–24 ชั่วโมง โดยปกติ 10–12 ชั่วโมง
- ระยะฟักตัวของ *Bacillus cereus* 1–6 ชั่วโมง ในรายที่มีอาการอาเจียน ส่วนในรายที่มีอาการท้องเสีย ระยะฟักตัวอยู่ในช่วง 6–24 ชั่วโมง
- ระยะฟักตัวของ *Vibrio parahaemolyticus* 12–24 ชั่วโมง หรือในช่วง 3–30 ชั่วโมง
- ระยะฟักตัวของ *Vibrio vulnificus* 12 ชั่วโมง–3 วัน ภายหลังกินอาหารทะเลที่ไม่ได้ทำให้สุกก่อน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเรื้อรังอยู่ก่อน เกิดปัญหา Septicemia

แบบค้นหาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเพิ่มเติม

สถานที่เกิดเหตุ .....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เพศ	อายุ	บ้านเลขที่	หมู่	ตำบล	อำเภอ	รายการอาหาร 0 = ไม่ได้รับประทาน 1 = รับประทาน ระบุ วัน/เวลาที่รับประทาน						วันที่เริ่มป่วย	เวลาเริ่มป่วย	มีอาการป่วย		อาการป่วย 0 = ไม่มีอาการ 1 = มีอาการ						สิ่งส่งตรวจ			หมายเหตุ
								.....	.....	.....	.....	.....	อื่น ๆ ระบุ.....			ป่วย	ไม่ป่วย	.....	.....	.....	.....	.....	อื่น ๆ ระบุ	Rectal swab	อาเจียน	อื่น ๆ ระบุ	