

แบบสอบสวนการโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง (Lymphogranuloma Venereum/Granuloma Inguinale)

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.
 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

มีแผลเจ็บที่อวัยวะเพศ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบบวมโต ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบเป็นฝีหนอง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	อื่น ๆ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 Polymerase chain reaction (PCR) ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ
 สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
☐ ผลลบ ☐ ผลบวกต่อ *Chlamydia trachomatis* serovars ระบุ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
 3.2 Ligase chain reaction (LCR) ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ
 สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
☐ ผลลบ ☐ ผลบวกต่อ *Chlamydia trachomatis* serovars ระบุ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

- 3.3 Transcription-mediated amplification (TMA) ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ
 สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
☐ ผลลบ ☐ ผลบวกต่อ *Chlamydia trachomatis* serovars ระบุ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
 3.4 อื่นๆ

4. การรักษา

- ☐ ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
 ชื่อยา กินเอง ชื่อยา วันที่
 ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
 การรักษารั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
 ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน
 ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ
 สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
 ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้ ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- ☐ มีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนขึ้นไป
☐ มีคู่เพศสัมพันธ์ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน (Anonymous sex partners)
☐ มีคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่ เปลี่ยนคู่เพศสัมพันธ์บ่อย
☐ คู่เพศสัมพันธ์ที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
☐ มีคู่เพศสัมพันธ์เป็นหญิงหรือชายให้บริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

6. ประวัติการสัมผัสโรค

- ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันเริ่มมีอาการ
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ชื่อ (เล่น/นามแฝง)			
เพศ			
อาชีพ			
วันที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยงครั้งสุดท้าย			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เช่น สามี/ภรรยา คู่รัก เพื่อนสนิท เพื่อนไม่สนิท คนไม่รู้จัก ผู้ให้บริการทางเพศ หรือผู้ซื้อบริการ ทางเพศ เป็นต้น)			
ประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนมี เพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือไม่ และเป็นโรคอะไร (เช่น ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม กามโรคของ ต่อมและท่อน้ำเหลือง หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือเอดส์ เป็นต้น)			
- วันที่เริ่มป่วยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย			

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
- ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลใด			
- ผลการรักษา (กำลังรักษา/หาย/อื่น ๆ)			
ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่			
ช่องทางการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (อวัยวะเพศ/ทวารหนัก/ช่องปาก)			
ช่องทางที่ถุงยางอนามัยแตก รั่ว หรือหลุด			
มีประวัติใช้อวัยวะเพศสัมผัสกับอวัยวะเพศ/ ทวารหนัก/ช่องปาก ก่อนใส่ถุงยางอนามัยหรือไม่			

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย หลังวันเริ่มมีอาการ

☐ ไม่มี

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

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์