

แบบสอบสวนไข้เอนเทอโรไวรัส (Enterovirus)/ โรคมือ เท้า ปาก (Hand foot and mouth disease)

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.

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)

อาชีพผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิร่างกาย องศาเซลเซียส ซีฟจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดท้อง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ไอ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ถ่ายเหลว	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
น้ำมูก	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	คลื่นไส้/อาเจียน	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
เจ็บคอ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	เจ็บแน่นหน้าอก	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่คอหอย	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	หอบเหนื่อย	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ กระพุ้งแก้ม/เหงือก	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ฝ่ามือ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ชัก	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ฝ่าเท้า	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	คอแข็ง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ก้น	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ซึม/สับสน/หมดสติ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ			

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 วิธี RT-PCR ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.2 วิธีเพาะเชื้อ ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.3 การตรวจหาระดับภูมิคุ้มกัน ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.4 อื่น ๆ ระบุวิธี ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ

4. การรักษา

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

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- ในช่วง 7 วันก่อนวันเริ่มป่วย
- 5.1 ผู้ป่วยเดินทางไปพื้นที่อื่นหรือไม่ ☐ ไม่ได้เดินทาง ☐ เดินทาง
ระบุสถานที่ วันที่เดินทางไป กลับ
- 5.2 มีคนในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเดินทางไปพื้นที่อื่นหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี
ชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
ระบุพื้นที่ วันที่เดินทางไป กลับ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

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