

แบบสอบถามใช้สมองอักเสบชนิดญี่ปุ่น (Japanese B Encephalitis)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
 เลขที่บัตรประชาชน □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □ อายุ ปี เดือน เพศ □ ชาย □ หญิง
 HN AN อาชีพ
 ศาสนา สัญชาติ หมายเลขโทรศัพท์
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน
 ซอย ถนน ตำบล อำเภอ
 จังหวัด ☐ 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)
 หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

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

ไข้ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	คอแข็ง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ปวดศีรษะรุนแรง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ซึม ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	สับสน ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ชักแข็งเกร็ง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ไม่รู้สึกร่างกาย/ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใดๆ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ความทรงจำหายไป ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	สูญเสียความสามารถในการพูด อ่าน เขียน ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
คลื่นไส้ อาเจียน ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	อื่นๆ ระบุ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจตัวอย่างเลือด

3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3$ WBC
 Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil %
 Monocyte % Other
 ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3$ WBC
 Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil %
 Monocyte % Other

- 3.1.2 การย้อมสีอื่น ๆ ระบุ ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.1.3 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ผล Serogroup
 ผล Drug sensitivity ระบุเชื้อยา
 ผล Drug resistance ระบุเชื้อยา
 ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.1.4 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุวิธี
☐ Single serum วันที่ส่งตรวจ Titer
 สรุปผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
☐ Pair sera ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ Titer
 ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ Titer
 สรุปผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.1.5 วิธี PCR ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.1.6 อื่น ๆ ระบุ ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.2. การตรวจตัวอย่างน้ำไขสันหลัง (CSF)
- 3.2.1 การตรวจนับเซลล์และชีวเคมี ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ลักษณะของน้ำไขสันหลัง ☐ ขุ่น ☐ใส ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
 Cell count Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil %
 Glucose.....mg/dl Protein.....mg/dl Other
- 3.2.2 การย้อมสีแกรม ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.2.3 การย้อมสีอื่น ๆ ระบุ..... ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.2.4 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ผล Serogroup
 ผล Drug sensitivity ระบุเชื้อยา
 ผล Drug resistance ระบุเชื้อยา
 ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.2.5 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ระบุวิธี..... ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.2.6 วิธี PCR ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.2.7 อื่น ๆ ระบุ ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.3 ตัวอย่างอื่น ๆ ระบุชนิดตัวอย่าง..... วิธีตรวจ.....
☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ ผล
 ผล Drug resistance ระบุเชื้อยา ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ
- 3.4. การตรวจทางรังสีวิทยาแบบประสาท (Neuroimaging)
- 3.4.1. CT Brain วันที่ตรวจ การฉีดสี ☐ ฉีด ☐ ไม่ฉีด ผลการตรวจ
- 3.4.2. MRI Brain วันที่ตรวจ ผลการตรวจ

4. การรักษา

☐ ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.

ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ

สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย

ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุ วันที่ได้รับ

ประวัติได้รับวัคซีน ได้ข้อมูลจาก

JE ☐ ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ ☐ ไม่ได้รับ ไม่ทราบ

DTP ☐ ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ ☐ ไม่ได้รับ ไม่ทราบ

BCG ☐ ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ ☐ ไม่ได้รับ ไม่ทราบ

อื่นๆ ระบุ ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

☐ ทำงานในบริเวณที่มีสัตว์/โรงฆ่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ

☐ ทำงานที่ต้องเข้าป่า/ถ้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ

☐ ทำสวน/ไร่นา ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ

☐ อื่น ๆ ระบุ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ

5.2 ประวัติการสัมผัสโรค

1. การรับประทานอาหาร

หอยโข่ง ☐ ไม่กิน ☐ กิน ระบุเมนู ลักษณะอาหาร ☐ ปิ้งสุก ☐ ไม่ได้ปิ้งสุก

หอยเชอรี่ ☐ ไม่กิน ☐ กิน ระบุเมนู ลักษณะอาหาร ☐ ปิ้งสุก ☐ ไม่ได้ปิ้งสุก

..... ☐ ไม่กิน ☐ กิน ระบุเมนู ลักษณะอาหาร ☐ ปิ้งสุก ☐ ไม่ได้ปิ้งสุก

..... ☐ ไม่กิน ☐ กิน ระบุเมนู ลักษณะอาหาร ☐ ปิ้งสุก ☐ ไม่ได้ปิ้งสุก

..... ☐ ไม่กิน ☐ กิน ระบุเมนู ลักษณะอาหาร ☐ ปิ้งสุก ☐ ไม่ได้ปิ้งสุก

2. ได้สัมผัสสัตว์ ภายใน 30 วันก่อนป่วย

สุนัข ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

ม้า ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

ค่างคาว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

นก ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

สุกร ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ (ระบุลักษณะกิจกรรมที่สัมผัส เช่น เลี้ยง/ค้าขาย/ล่า อื่น ๆ)

อื่นๆ ระบุ

3. ประวัติสัมผัสสัตว์อื่นๆ ภายใน 30 วันก่อนป่วย

มีประวัติถูกสุนัขแมว กัดหรือข่วน ☐ ไม่เคย ☐ เคย

มีประวัติถูกเห็บกัดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

ได้ทำกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น เดินป่า เข้าถ้ำ หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

ระบุประเภทกิจกรรม สถานที่เดินทางไป

อื่นๆ ระบุ

5.3 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

1. สภาพบ้าน

มีมุ้งลวดรอบบ้านหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี

นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี
 2. บริเวณรอบบ้าน

มีทุ่งนาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี

มีคอกสัตว์หรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี
 3. ในหมู่บ้าน

มีขยะ/ของวางรกรุงรังหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี

มีนกพิราบ/นกเขาชุกชุมหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี
- มีค้างคาวหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุชนิดสัตว์ (ค้างคาวกินผลไม้หรือกินแมลง)

5.4 การเดินทางออกจากพื้นที่นอกบริเวณที่พักอาศัย (ภายใน 30 วันก่อนป่วย) หรือไม่

1. ระบุ ตำบล อำเภอ จังหวัด
 สภาพพื้นที่ ☐ ทุ่งนา ☐ คอกสัตว์ ☐ อื่น ๆ ระบุ
2. ระบุ ตำบล อำเภอ จังหวัด
 สภาพพื้นที่ ☐ ทุ่งนา ☐ คอกสัตว์ ☐ อื่น ๆ ระบุ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
2.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
3.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
4.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

หมายเหตุ : เชื้อหุ้มสมองอักเสบ สาเหตุจากเชื้อแบคทีเรีย (เช่น *S. pneumoniae*, *H. influenzae*) และเชื้อรา
 ระยะฟักตัว : ไม่ทราบแน่ชัด โอกาสที่น่าจะเป็นไปได้ ระยะสั้น 2-4 วัน