

## แบบสอบถามโรคไลชมาเนีย (Leishmaniasis)

### 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

|                               |                                                                                             |                  |                                                                                             |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| มีตุ่มแผลที่ผิวหนัง           | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ไข้เรื้อรัง      | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| แผลเรื้อรังตามผิวหนัง         | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | คลื่นไส้ อาเจียน | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ซีด                           | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | น้ำหนักลด        | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| อ่อนเพลีย                     | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ตับโต ม้ามโต     | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| มีเลือดกำเดา/เลือดออกตามไรฟัน | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ต่อมน้ำเหลืองโต  | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ผิวหนังคล้ำ                   | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | อื่นๆ .....      |                                                                                             |

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

##### 3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

วันที่ส่งตรวจ ..... Hct ..... % Platelet .....  $\times 10^3$  WBC .....  
Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... % Eosinophil ..... % Monocyte ..... %  
อื่น ๆ .....

3.1.2 Serology ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ .....

3.1.3 Skin biopsy ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ .....

3.1.4 Other biopsy ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ .....

3.1.5 Bone marrow aspiration ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ .....

3.1.6 Parasite sp. ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุผล ..... วันที่ส่งตรวจ .....

#### 3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

3.2.1 PCR ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2.2 เพาะเชื้อ ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2.3 อื่น ๆ ระบุ ..... ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ .....  
วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

### 4. การรักษา

☐ ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ

ไปรับการรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

การรักษารั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.

ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

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

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

ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

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

2. .... วันที่ได้รับ .....

3. .... วันที่ได้รับ .....

### 5. ประวัติการสัมผัสโรค ก่อนวันเริ่มป่วย

☐ อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยลึขมาเนีย หรือมีประวัติป่วยด้วยโรคลึขมาเนียมาก่อน

☐ เคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

☐ มีโรงเลี้ยงสัตว์หรือคอกสัตว์อยู่รอบบ้านผู้ป่วย

☐ เคยเห็นรึ้นผอยทรายอยู่บริเวณบ้าน

☐ เดินทางไปในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยลึขมาเนีย

☐ บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคลึขมาเนีย

โดยอยู่ในรัศมี ☐ 0-25 เมตร ☐ 26-50 เมตร ☐ 51-100 เมตร ☐ เกิน 100 เมตร

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน/เพื่อนร่วมงาน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย) ด้วยโรคพิษมาเนียมาก่อน จำนวน ..... คน (ระบุ)

| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | อายุ (ปี) | เพศ | อาการป่วย                                                                                                            | ความสัมพันธ์ |
|-------|-----------|-----------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.    |           |           |     | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....<br>วันที่เริ่มป่วย .....<br>ที่อยู่ ..... |              |
| 2.    |           |           |     | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....<br>วันที่เริ่มป่วย .....<br>ที่อยู่ ..... |              |
| 3.    |           |           |     | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....<br>วันที่เริ่มป่วย .....<br>ที่อยู่ ..... |              |
| 4.    |           |           |     | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....<br>วันที่เริ่มป่วย .....<br>ที่อยู่ ..... |              |
| 5.    |           |           |     | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....<br>วันที่เริ่มป่วย .....<br>ที่อยู่ ..... |              |

6.2 ประวัติเดินทางในพื้นที่ที่น่าสงสัยเป็นแหล่งโรคพิษมาเนียในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

1. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....
2. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....
3. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....

## 7. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- ☐ เคยถูกรังแกหรือทรมาน
- ☐ เคยได้รับเลือด ..... ครั้ง
- ☐ เคยเสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ..... ครั้ง
- เมื่อ ..... (เดือน/ปี)
- เมื่อ ..... (เดือน/ปี)
- เมื่อ ..... (เดือน/ปี)
- ☐ มี/เลี้ยงสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมในละแวกบ้าน ระบุ .....

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....