

แบบสอบสวนโรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)

เลขที่บัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ อายุ ปี เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ไม่เคยเรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา

☐ ปริญญาตรี ☐ อาชีวศึกษาและอนุปริญญา ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน ☐ <10,000 บาท ☐ 10,000-25,000 บาท ☐ >25,000 บาท

ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้าน/ทาวน์เฮาส์/ห้องแถว/คอนโดมิเนียม)

ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย ☐ เจ้าของ ☐ เช่าซื้อ ☐ เช่า

☐ อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า ☐ อื่น ๆ

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ☐ ไม่มีสิทธิ ☐ ประกันสังคม

ในการรักษาครั้งนี้ ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ สิทธิข้าราชการ

☐ อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย ☐ อยู่ในชุมชนเขตเมือง ☐ อยู่ในชุมชนท้องถิ่นชนบท ☐ อื่น ๆ

ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)

ภูมิลาเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง

☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

สถานที่ทำงาน/สถานที่ศึกษา

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้เฉียบพลัน ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยตัว ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะ กล้ามเนื้อน่อง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ภาวะดีซ่าน (Jaundice) เช่น ตาเหลือง ตัวเหลือง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	เยื่อตาขาวววมแดง (conjunctival suffusion) โดยไม่มีหนอง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ภาวะผิดปกติทางไต เช่น ไม่มีปัสสาวะ ปัสสาวะ ออกน้อย ไตวาย ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
มีผื่น ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ไอ หายใจลำบาก หอบ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ ไอเป็นเลือด
ความดันต่ำ โดยไม่มีสาเหตุ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ภาวะเลือดออก เช่น ถ่ายเป็นเลือด (ถ่ายอุจจาระ เป็นสีดำ) ปัสสาวะเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
หัวใจเต้นผิดจังหวะ ค่า ECG ผิดปกติ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	อื่น ๆ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

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

3.2 การตรวจการทำงานของตับและไต

BUN Cr
 Liver function test: SGOT SGPT ALP
 Albumin Globulin Total Bilirubin
 Direct Bilirubin Indirect Bilirubin

3.3 ผลการตรวจปัสสาวะ

ระดับโปรตีนในปัสสาวะ ระดับเลือดในปัสสาวะ
 ระดับน้ำตาลในปัสสาวะ

3.4 วิธี Rapid test ตรวจหา antigen ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ

วันส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.5 การตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี ☐ IFA ☐ MAT ☐ Latex agglutination ☐ อื่น ๆ

☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ
 ผล ผล (ระบุค่า titer) ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.6 วิธี PCR ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ

วันส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

- 3.7 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
วันส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.8 EKG ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ
ผล
- 3.9 อื่น ๆ ระบุวิธี สิ่งส่งตรวจ
วันส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ☐ ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
- ☐ ซื้อยากินเอง ชื่อยา
- ☐ ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
ยาปฏิชีวนะที่ใช้ เริ่มวันที่
วันที่จำหน่าย
- การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
- ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- การวินิจฉัย
- ยารักษาโรคจำเพาะที่ได้รับ

5. ประวัติการสัมผัสโรค ในระยะ 30 วันก่อนป่วย

- 5.1 การสัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นแฉะ ☐ ไม่มีการสัมผัส ☐ สัมผัส ระบุ
- มีการเลี้ยงสัตว์ในบริเวณใกล้เคียง ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุชนิดสัตว์
- 5.2 เหตุผลในการสัมผัส ☐ ประกอบอาชีพ ได้แก่ ☐ ทำนา ☐ ขุดลอกคูคลอง ☐ อื่น ๆ
☐ ท่องเที่ยว ☐ แข่งกีฬา ☐ น้ำท่วม
- (หากเป็นการทำนา ระบุประเภท ☐ การทำนาดำ ☐ นาหว่าน ☐ นาหยอด ☐ นาที่สูง/ขั้นบันได
ระบุกิจกรรมที่ทำ เช่น ถอนกล้า/ย่อยดิน/หว่านปุ๋ย)
- 5.3 ลักษณะการสัมผัส ☐ แชน้ำ ☐ เดินลุยน้ำ ☐ ว่ายน้ำ ☐ กลืนน้ำ/สำลักน้ำ
- 5.4 ลักษณะแหล่งน้ำที่สัมผัส ☐ น้ำนิ่ง ☐ น้ำไหลเอื่อย ☐ น้ำไหลแรง ☐ พื้นดินชื้นแฉะ
- 5.5 ระยะเวลาการสัมผัส ☐ น้อยกว่า 6 ชั่วโมง/วัน ☐ มากกว่า 6 ชั่วโมง/วัน
- 5.6 การป้องกันตนเอง ☐ ไม่สวมรองเท้า
☐ สวมรองเท้าแตะ ☐ สวมรองเท้าหุ้มส้น
☐ สวมรองเท้าบูทครึ่งแข้ง ☐ สวมรองเท้าบูทถึงเข่า
- 5.7 การเกิดบาดแผล ☐ ไม่มีบาดแผล ☐ มีบาดแผล ระบุ
- 5.8 ตำแหน่งบาดแผล ☐ มือ ☐ แขน ☐ ขา ☐ เท้า ☐ ลำตัว
- 5.9 ลักษณะบาดแผล ☐ ไม่มีเลือดออก ☐ มีเลือดออก
- 5.10 การสัมผัสน้ำ ☐ บาดแผลสัมผัสน้ำโดยตรง ☐ มีพลาสติกปิด
- 5.11 การกินอาหารค้างมือที่ไม่ได้เก็บไว้ในตู้กับข้าวที่มิดชิด ☐ ไม่ได้กิน ☐ กิน
- 5.12 การกินเครื่องในสัตว์ดิบ ๆ สุก ๆ ☐ ไม่ได้กิน ☐ กิน

6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

6.1 ภูมิภาคและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ บริเวณหมู่บ้านที่พักอาศัยของผู้ป่วยมีลักษณะ

☐ ไม่เป็นที่ราบ

☐ เป็นที่ราบ ระบุ

นาข้าว	☐ มี ☐ ไม่มี	สวนยางพารา	☐ มี ☐ ไม่มี
สวนปาล์มน้ำมัน	☐ มี ☐ ไม่มี	ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง/อ้อย/ข้าวโพด	☐ มี ☐ ไม่มี
สวนผลไม้	☐ มี ☐ ไม่มี	ไร่อ้อย/ลิ้นจี่/ลิ้นจี่เหลือง	☐ มี ☐ ไม่มี
อื่น ๆ อธิบาย			

☐ ไม่เป็นที่ลาดเนิน

☐ เป็นที่ลาดเนิน/ป่าเขา ระบุ

นาข้าว	☐ มี ☐ ไม่มี	สวนยางพารา	☐ มี ☐ ไม่มี
สวนปาล์มน้ำมัน	☐ มี ☐ ไม่มี	ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง/อ้อย/ข้าวโพด	☐ มี ☐ ไม่มี
สวนผลไม้	☐ มี ☐ ไม่มี	ไร่อ้อย/ลิ้นจี่/ลิ้นจี่เหลือง	☐ มี ☐ ไม่มี
อื่น ๆ อธิบาย			

☐ ไม่มี

☐ มี สระน้ำ/หนอง/บึง ระบุ

มีสัตว์อยู่ใกล้ หรือสามารถลงไปใช้พื้นที่ได้ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ โปรดระบุชนิดสัตว์
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ)

☐ ไม่มี

☐ มี คู/คลอง/เหมือง/ฝาย/ลำน้ำไหล ระบุ

มีสัตว์อยู่ใกล้ หรือสามารถลงไปใช้พื้นที่ได้ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ โปรดระบุชนิดสัตว์
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ)

ระบุตำแหน่งพิกัด GPS ของสถานที่ (หากทราบ)

6.2 ลักษณะบ้านพักอาศัย

ลักษณะที่พักอาศัย	☐ บ้านเดี่ยว ☐ ทาวน์เฮาส์ ☐ ห้องแถว ☐ คอนโดมิเนียม ☐ อื่น ๆ ระบุ	
น้ำท่วมขัง/ดินเปียกแฉะแฉะ	☐ ไม่มี	☐ มี
การเลี้ยงสัตว์	☐ ไม่มี	☐ มี ระบุชนิดสัตว์
หนูชุกชุม	☐ ไม่พบ	☐ พบ
บริเวณรอบบ้าน มีของวางเกะกะ/รก	☐ ไม่มี	☐ มี
อื่น ๆ อธิบาย		

ระบุตำแหน่งพิกัด GPS ของสถานที่ (หากทราบ)

6.3 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ

น้ำท่วมขัง/ดินเปียกแฉะแฉะ	☐ ไม่มี	☐ มี
การเลี้ยงสัตว์	☐ ไม่มี	☐ มี ระบุชนิดสัตว์
หนูชุกชุม	☐ ไม่พบ	☐ พบ
หอยเชอร์รี่	☐ ไม่ชุกชุม	☐ ชุกชุม
อื่น ๆ อธิบาย		

ระบุตำแหน่งพิกัด GPS ของสถานที่ (หากทราบ)

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

7.1 รายชื่อผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

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	

7.2 รายชื่อผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้าน/โรงเรียน/ที่ทำงานเดียวกัน (เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

☐ ไม่มี ☐ มี

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	

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์