

แบบสอบสวนไข้มาลาเรีย (Malaria)

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 อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	تب/ไข้	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
หนาวสั่น	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ตาเหลือง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ซีด	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปัสสาวะสีดำน	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้อ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดท้อง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
เหงื่อออก	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดข้อ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
คลื่นไส้ อาเจียน	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	เบื่ออาหาร	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
อื่น ๆ			

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การวินิจฉัยด้วยกล้องจุลทรรศน์

1. การตรวจ Thick film ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

2. การตรวจ Thin film ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.2 การใช้ชุดตรวจหาเชื้อมาลาเรีย ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.3 วิธี PCR ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

☐ ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ไปรับการตรวจรักษาครั้งที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

การรักษาครั้งนี้ วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.

ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ

สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย

ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

Mefloquine ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ วันที่ให้การรักษา

Primaquine ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ วันที่ให้การรักษา

Quinine ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ วันที่ให้การรักษา

Tetracycline/Doxycycline ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ วันที่ให้การรักษา

Artemether ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ วันที่ให้การรักษา

Artesunate ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ วันที่ให้การรักษา

Chloroquine ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ วันที่ให้การรักษา

อื่นๆ ระบุ ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ วันที่ให้การรักษา

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ในระยะ 6 เดือน ก่อนเริ่มมีอาการ

- 5.1 เคยป่วยเป็นมาลาเรียมาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ ระบุช่วงเวลาที่ย่อย
ชนิดของเชื้อที่เคยพบ (หากทราบ)
- 5.2 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ
☐ หาของป่า/ล่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ
☐ ทำป่าไม้ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ
☐ นักสำรวจป่า/ธรรมชาติ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ
☐ ทหาร/ตำรวจ ตระเวนชายแดน ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ
☐ อื่น ๆ (ระบุ)
- 5.3 งานอดิเรก
☐ หาของป่า/ล่าสัตว์ ระบุสถานที่ที่ทำ
☐ ท่องเที่ยว ระบุสถานที่ที่ทำ
- 5.4 ประวัติการรับเลือด (Blood Transfusion)
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุวันที่รับ สถานที่รับ
- 5.5 ชนิดยุงพาหะโรคมาลาเรีย (ที่เคยมีการสำรวจไว้บริเวณบ้านพักผู้ป่วย)
☐ ไม่มีการสำรวจ ☐ มีการสำรวจ ระบุชนิด
ระบุ ช่วงเวลาที่สำรวจ
ระบุ ช่วงเวลาที่สำรวจ
ระบุ ช่วงเวลาที่สำรวจ
- 5.6 ในช่วง 60 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปพื้นที่เสี่ยงใดบ้าง เช่น พื้นที่ป่า หรือพื้นที่ที่เคยมีรายงาน
ผู้ป่วยมาลาเรีย ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ
1. ระบุ วันที่
2. ระบุ วันที่
3. ระบุ วันที่
- 5.7 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน ก่อนวันที่ผู้ป่วยรายนี้เริ่มป่วย
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ
1. ชื่อ อายุ วันที่เริ่มป่วย
2. ชื่อ อายุ วันที่เริ่มป่วย
3. ชื่อ อายุ วันที่เริ่มป่วย
- 5.8 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน ก่อนวันที่เริ่มป่วย
ของผู้ป่วยรายนี้ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ
1. ชื่อ ที่อยู่ วันที่เริ่มป่วย
2. ชื่อ ที่อยู่ วันที่เริ่มป่วย
3. ชื่อ ที่อยู่ วันที่เริ่มป่วย
- 5.9 มีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจากหมู่บ้านอื่นมาพักอาศัยร่วมบ้านหรือบ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน
ในช่วง 60 วัน ก่อนวันที่เริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ
1. ชื่อ ที่อยู่ วันที่เริ่มป่วย
2. ชื่อ ที่อยู่ วันที่เริ่มป่วย
3. ชื่อ ที่อยู่ วันที่เริ่มป่วย

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน/อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 14 วัน
 หลังวันที่เริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
☐ 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