

แบบสอบสวนไข้หัด (Measles) หรือไข้หัดเยอรมัน (Rubella)

ชนิดของผู้ป่วย ☐ สอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย ☐ สอบสวนผู้ป่วยในเหตุการณ์การระบาด

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
 เลขที่บัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ อายุ ปี เดือน วันเกิด /..... /.....
 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง HN AN
 สัญชาติ ☐ ไทย ☐ พม่า ☐ มาเลเซีย ☐ กัมพูชา ☐ ลาว
☐ เวียดนาม ☐ อื่น ๆ ระบุ
 อาชีพ ☐ เกษตรกร ☐ ข้าราชการ ☐ รับจ้าง ☐ ค้าขาย ☐ งานบ้าน
☐ นักบวช ☐ ทหาร/ตำรวจ ☐ ประมง ☐ ครู ☐ นักเรียน/นักศึกษา
☐ เลี้ยงสัตว์ ☐ ในปกครอง ☐ บุคลากรสาธารณสุข ☐ อื่น ๆ ระบุ
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 สถานศึกษาหรือสถานที่ทำงานขณะป่วย ชั้น/ปี/แผนก ห้อง/คณะ

2. อาการและอาการแสดง

วันเริ่มป่วย วันที่รับการวินิจฉัย โรงพยาบาล จังหวัด
 ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน
 ผลการรักษา ☐ หาย วันที่จำหน่าย ☐ เสียชีวิต ระบุ ☐ ยังรักษาอยู่
☐ ส่งต่อ ระบุ ☐ ไม่ทราบ

ไข้ ถ้ามีระบุวันเริ่มมีไข้ ☐ มี ระบุ ☐ ไม่มี	ผื่น ถ้ามีระบุวันเริ่มมีผื่น ☐ มี ระบุ ☐ ไม่มี
ไข้อ ☐ มี ☐ ไม่มี	ตาแดง/เยื่อบุตาอักเสบ ☐ มี ☐ ไม่มี
มีน้ำมูก ☐ มี ☐ ไม่มี	ถ่ายเหลว ☐ มี ☐ ไม่มี
ปอดอักเสบ ☐ มี ☐ ไม่มี	หุน้ำหนัก ☐ มี ☐ ไม่มี
สมองอักเสบ ☐ มี ☐ ไม่มี	ปวดข้อ ☐ มี ☐ ไม่มี
ข้อบวมแดง ☐ มี ☐ ไม่มี	ต่อมน้ำเหลืองโต ☐ มี ☐ ไม่มี
ตั้งครรภ์หรือไม่ ☐ ใช่ ระบุ สัปดาห์ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ	Koplik's spots ☐ มี ☐ ไม่มี
	อื่น ๆ ระบุ

3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย 1 ครั้ง ☐ เคย 2 ครั้ง ☐ เคยแต่ไม่ทราบจำนวนครั้ง ☐ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- แหล่งข้อมูลเรื่องประวัติวัคซีน ☐ สมุดวัคซีน ☐ จากคำบอกเล่า
- มีประวัติเดินทางไปพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคหัดในช่วง 3 สัปดาห์หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ
- มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยโรคหัดหรือไข่ออกผื่นในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนป่วยหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ
 ระบุชื่อ เกี่ยวข้องเป็น

4. ผู้สัมผัส (หากผู้สัมผัสมีอาการให้วงว่าเป็นผู้ป่วยสงสัยโรคหัดหรือหัดเยอรมัน)

- 4.1 รวมบ้าน จำนวน คน มีอาการป่วยสงสัยโรคหัด/หัดเยอรมัน คน
4.2 รวมสถานศึกษา/ที่ทำงาน จำนวน คน มีอาการป่วยสงสัยโรคหัด/หัดเยอรมัน คน

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 5.1 ตัวอย่างเลือด ☐ ไม่เก็บ
☐ เก็บ วันที่เก็บ วันที่ส่ง ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 5.2 ตัวอย่าง Throat/nasal swab ☐ ไม่เก็บ
☐ เก็บ วันที่เก็บ วันที่ส่ง ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
ที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์
วันที่รับแจ้งผู้ป่วย วันที่สอบสวน
วันที่รายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง