

# แบบสอบสวนโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากพยาธิ (Eosinophilic meningitis)/ เยื่อหุ้มสมองอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ (Unspecified meningitis)

## 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.  
 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) .....  
 หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....

## 2. อาการและอาการแสดง

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

|                                                                                                              |                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ              | คอแข็ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                                      |
| ปวดศีรษะรุนแรง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ   | ซึม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                                         |
| ปวดกระบอกตา <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ      | สับสน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                                       |
| ชักเกร็ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ         | ไม่รู้สึกร่างกายไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นใดๆ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ความทรงจำหายไป <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ   | สูญเสียความสามารถในการพูด อ่าน เขียน <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 | 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 การตรวจนับเซลล์และซีวเคมี ☐ 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/ยาด้านไวรัส 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 .....

☐ อื่นๆ 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 อื่นๆ )

อื่นๆ ระบุ .....

###### 3. ประวัติสัมผัสสัตว์อื่น ๆ ภายใน 30 วันก่อนป่วย

มีประวัติถูกสุนัข/แมวกัดหรือข่วน ☐ 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.    |           |           |     | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....<br>วันที่เริ่มป่วย ..... |              |
| 2.    |           |           |     | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....<br>วันที่เริ่มป่วย ..... |              |
| 3.    |           |           |     | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....<br>วันที่เริ่มป่วย ..... |              |
| 4.    |           |           |     | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....<br>วันที่เริ่มป่วย ..... |              |

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

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

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

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