

แบบสอบสวนโรคคางทูม (Mumps)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
 เลขที่บัตรประชาชน □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □ อายุ ปี เดือน เพศ □ ชาย □ หญิง
 HN AN อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ
 สัญชาติ หมายเลขโทรศัพท์
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ □ ใช่ □ ไม่ใช่ ระบุ
 บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ □ ไม่มี □ มี
 วันที่เริ่มป่วย เวลา น.
 การตรวจร่างกายแรกพบ อ่อนเพลีย อกศาเซลเซียส ซีฟจอร์ ครั้ง/นาที
 หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ปวดบวมบริเวณต่อมน้ำลาย □ มี ระบุตำแหน่ง □ ไม่มี	สมองอักเสบ □ มี ระบุ □ ไม่มี
ตำแหน่งของต่อมน้ำลาย □ parotid glandข้าง	เส้นประสาทอักเสบ □ มี □ ไม่มี
□ sublingualข้าง	ภาวะหูหนวก □ มีข้าง □ ไม่มี
□ submaxillaryข้าง	ข้ออักเสบ □ มี □ ไม่มี
อัมพาตอักเสบ □ มี □ ไม่มี	ไทรอยด์อักเสบ □ มี □ ไม่มี
รังไข่อักเสบ □ มี □ ไม่มี	เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ □ มี □ ไม่มี
เยื่อหุ้มสมองอักเสบ □ มี □ ไม่มี	อื่น ๆ ระบุ.....

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกัน □ ไม่ตรวจ □ ตรวจ
 วันเจาะเลือด วันส่งตรวจ titer
 เจาะเลือดครั้งที่ 1
 เจาะเลือดครั้งที่ 2
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
 3.2 การตรวจด้วยวิธี ELISA TEST □ ไม่ตรวจ □ ตรวจ
 วันเจาะเลือด วันส่งตรวจ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ผลการตรวจ
 3.3 การแยกเชื้อไวรัสคางทูม □ ไม่ตรวจ □ ตรวจ
 ส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง วันส่งตรวจ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ผลการตรวจ

- 3.4 การตรวจโดยวิธีอื่น ๆ ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุวิธี
- สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง วันส่งตรวจ
- ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ผลการตรวจ

4. การรักษา

- ☐ ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ☐ ซื้อยากินเอง ชื่อยา
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
- ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- การรักษา
-
- วันที่วินิจฉัย// วันที่จำหน่าย//
- ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
- ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุ วันที่ได้รับ

5. ประวัติการได้รับวัคซีน

- 5.1 MMR 1 ☐ ได้ วันที่ได้รับวัคซีน ☐ ไม่ได้ ☐ ไม่ทราบ
- 5.2 MMR 2 ☐ ได้ วันที่ได้รับวัคซีน ☐ ไม่ได้ ☐ ไม่ทราบ
- 5.3 มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี

6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 6.1 ในช่วง 25 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยโรคคางทูมหรือไม่
- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ
1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย
- ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์
2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย
- ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์
- 6.2 ในช่วง 25 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีผู้ป่วยด้วยโรคคางทูมที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่
- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ
1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย
- ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์
2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย
- ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

6.3 ในช่วง 25 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีผู้ป่วยด้วยโรคทางทรวงอกที่อยู่ในโรงเรียนหรือสถานที่ทำงานเดียวกันหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย
ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย
ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

7. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ก่อนที่ผู้ป่วยรายนี้จะมีการปวดบวมที่ต่อมน้ำลายหรือ 9 วันหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการปวดบวมที่ต่อมน้ำลายมีประวัติสัมผัสกับคนอื่น ๆ หรือไม่

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
2.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
3.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
4.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
5.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	

8. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ๆ

1. ชื่อ อายุ ปี เพศ หมายเลขโทรศัพท์
มีอาการป่วยหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

2. ชื่อ อายุ ปี เพศ หมายเลขโทรศัพท์
มีอาการป่วยหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์