

แบบสอบสวนโรคหนองในเทียม (Non-Gonococcal Urethritis: NGU)

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) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.
 การตรวจร่างกายแรกพบ อ่อนเพลีย อองศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที
 หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

มีมูกใส/มูกขุ่นจาก ท่อปัสสาวะ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	มีมูก/มูกหนองจาก ปากมดลูก	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
มีปัสสาวะแสบขัด	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	คันในท่อปัสสาวะ	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
อื่น ๆ			

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การย้อม Gram stain ☐ ไม่ทำ
☐ ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ผล
- 3.2 First void urine ☐ ไม่ทำ
☐ ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ผล
- 3.3 จุ่มแถบน้ำยาสำเร็จรูป ☐ ไม่ทำ
☐ ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ผล
- 3.4 Nucleic acid amplification test ☐ ไม่ทำ
☐ ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ผล

3.5 Nucleic acid hybridization test

☐ ไม่ทำ

☐ ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ผล

3.6 อื่น ๆ
.....

4. การรักษา

☐ ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ

☐ ซื้อยากินเอง ชื่อยา

☐ ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล วันที่

สถานที่รักษา การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย

ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ

5. ประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

☐ มีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนขึ้นไป

☐ มีคู่เพศสัมพันธ์ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน (Anonymous sex partners)

☐ มีคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่ เปลี่ยนคู่เพศสัมพันธ์บ่อย

☐ คู่เพศสัมพันธ์ที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

☐ มีคู่เพศสัมพันธ์เป็นหญิงหรือชายให้บริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

6. ประวัติการสัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันเริ่มมีอาการ

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ชื่อ (เล่น/นามแฝง)			
เพศ			
อาชีพ			
วันที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยงครั้งสุดท้าย			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เช่น สามี/ภรรยา คู่รัก เพื่อนสนิท เพื่อนไม่สนิท คนไม่รู้จัก ผู้ให้บริการทางเพศ หรือผู้ซื้อบริการ ทางเพศ เป็นต้น)			
ประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนมี เพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือไม่ และเป็นโรคอะไร (เช่น ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม กามโรคของ ต่อมและท่อน้ำเหลือง หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือเอดส์ เป็นต้น)			

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
- วันที่เริ่มป่วยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
- ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลใด			
- ผลการรักษา (กำลังรักษา/หาย/อื่น ๆ)			
ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่			
ช่องทางการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (อวัยวะเพศ/ทวารหนัก/ช่องปาก)			
ช่องทางที่ถุงยางอนามัยแตก รั่ว หรือหลุด			
มีประวัติใช้อวัยวะเพศสัมผัสกับ อวัยวะเพศ/ ทวารหนัก/ช่องปาก ก่อนใส่ถุงยางอนามัยหรือไม่			

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย หลังวันเริ่มมีอาการ

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

ชื่อ-สกุล/ชื่อเล่น/นามแฝง	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์