

แบบสอบสวนโรคไอกรน (Pertussis)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
 เลขที่บัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ อายุ ปี เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 HN AN อาชีพ
 ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ภูมิลำเนา เป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ☐ 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 อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที
 หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ไอเป็นชุด (paroxysms) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
มีน้ำมูก ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ตาแดง น้ำตาไหล ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
มีเสียงหายใจเข้าดังฮูป ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	หน้าเขียวเนื่องจากขาดออกซิเจน ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
อาเจียนหลังการไอ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	มีเลือดออกใต้เยื่อปอดขาว ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
หายใจติดขัด ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ชัก ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
หยุดหายใจขณะหลับ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	อื่นๆ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
 วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3 \text{ Cell/m}^3$ WBC
 Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
 Other
- 3.2 วิธี PCR ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ
 สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง ผลการตรวจ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 การเพาะเชื้อแบคทีเรีย ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ
 สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง ผลการตรวจ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

4.1 ประวัติการรักษาครั้งก่อน

☐ ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

☐ ซื้อยากินเอง ชื่อยา วันที่ / /

☐ ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล ระบุ วันที่ / /

☐ อื่น ๆ ระบุ วันที่ / /

ได้รับยาปฏิชีวนะหรือไม่ ☐ ไม่ได้ ☐ ได้ ระบุ

ชื่อยา..... วันที่เริ่มได้รับยา/...../..... ขนาด.....

ชื่อยา..... วันที่เริ่มได้รับยา/...../..... ขนาด.....

ชื่อยา..... วันที่เริ่มได้รับยา/...../..... ขนาด.....

4.2 การรักษาปัจจุบัน

วันที่มาโรงพยาบาล/...../..... สถานที่รักษา

ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ

การรักษา

.....

.....

การวินิจฉัย วันที่วินิจฉัย/...../..... วันที่จำหน่าย/...../.....

5. ประวัติการได้รับวัคซีน

DTP/DTP-HB/DTP-HB-Hib 1 ☐ ไม่ได้ ☐ ได้ เมื่อวันที่ ☐ ไม่ทราบ

DTP/DTP-HB/DTP-HB-Hib 2 ☐ ไม่ได้ ☐ ได้ เมื่อวันที่ ☐ ไม่ทราบ

DTP/DTP-HB/DTP-HB-Hib 3 ☐ ไม่ได้ ☐ ได้ เมื่อวันที่ ☐ ไม่ทราบ

DPT 4 ☐ ไม่ได้ ☐ ได้ เมื่อวันที่ ☐ ไม่ทราบ

DPT 5 ☐ ไม่ได้ ☐ ได้ เมื่อวันที่ ☐ ไม่ทราบ

มีสมุดบันทึกประวัติการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี

ถ้าไม่มีสมุดบันทึกประวัติการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ให้ประวัติการรับวัคซีนจาก :

☐ ผู้ป่วยจำได้เอง ☐ ถามผู้ปกครอง ☐ อื่น ๆ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย) ในช่วง 21 วันก่อนป่วย นับจากวันที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไเป็นชุด ๆ

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	

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์