

**แบบสอบสวนโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน
(ไข้หวัดนก (Avian Influenza), ไข้หวัดใหญ่ (Influenza),
ปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ (Pneumonia)) [SARI_AI 2]**

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
 เลขที่บัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ อายุ ปี เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 HN AN อาชีพ
 (ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น นักเรียน นักบวช ทหาร นักโทษ เป็นต้น และหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุข
 ต้องระบุให้ชัดเจนว่าลักษณะการทำงานที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยอย่างไร)
 สถานที่ทำงาน (ระบุชื่อ) ตำบล อำเภอ
 จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน
 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
 สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) ระดับชั้นการศึกษา
 ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์
 ผู้ให้ข้อมูล ☐ ผู้ป่วย ☐ญาติ ระบุความสัมพันธ์ ☐ อื่น ๆ ระบุ

2. อาการและอาการแสดง

2.1 อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล

 2.2 อาการป่วยตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน
 วันที่เริ่มป่วย เวลา น.
 การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิร่างกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที
 หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

อาการและอาการแสดง	วัน เริ่มป่วย		วันที่หลังวันเริ่มป่วย											
	0		1		2		3		4		5		6	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไข้ (ระบุ Temp °C)														
ไอ														
เจ็บคอ														
มีน้ำมูก														
มีเสมหะ														
หายใจลำบาก														
หอบเหนื่อย														
ปวดกล้ามเนื้อ														
ปวดศีรษะ														
ถ่ายเหลว														
อาการอื่น ๆ ระบุ														

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ Hb mg/dL Hct % Platelet $\times 10^3$

WBC Neutrophil % Lymphocyte %

Atypical lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %

Other

ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ Hb mg/dL Hct % Platelet $\times 10^3$

WBC Neutrophil % Lymphocyte %

Atypical lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %

Other

3.2 Sputum gram stain: ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

3.3 Sputum AFB ครั้งที่ 1 : ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

Sputum AFB ครั้งที่ 2 : ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

Sputum AFB ครั้งที่ 3 : ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

3.4 Sputum culture: ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

3.5 Hemoculture: ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

ผล

- 3.6 CXR ครั้งที่ 1 : ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
ผล
- CXR ครั้งที่ 2 : ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
ผล
- CXR ครั้งที่ 3 : ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
ผล
- 3.7 Renal function test: ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
ผล BUN mg/dL Cr mg/dL GFR mL/min
- 3.8 Liver function test: ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
ผล SGOT U/L SGPT U/L ALP U/L
Total Bilirubin mg/dL Direct Bilirubin mg/dL
Total Protein g/dL Albumin g/dL Globulin g/dL
- 3.9 การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ☐ ไม่เก็บ ☐ เก็บ วันที่เก็บตัวอย่าง
ระบุชนิดตัวอย่าง

- ☐ Nasopharyngeal swab ☐ Throat swab/Oropharyngeal swab
☐ Nasopharyngeal swab + Throat swab/Oropharyngeal swab ใน VTM
☐ Nasopharyngeal aspirate ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ
☐ Nasopharyngeal wash ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ
☐ เสมหะในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ ☐ Tracheal suction
☐ ตัวอย่างเลือด* ครั้งที่ 1 วันที่เก็บ ครั้งที่ 2 วันที่เก็บ

(*กรณีส่งตรวจหา MERS-CoV ควรเก็บตัวอย่างเลือด 8 มล. และการเก็บตัวอย่างครั้งที่สองต้องห่างจากครั้งแรก 14-21 วัน)

3.10 วิธีการตรวจและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ☐ Rapid test วันที่ตรวจ ผล
- ☐ Molecular เช่นวิธี RT-PCR วันที่ตรวจ ผล
- ☐ Haemagglutination Inhibition (HI) วันที่ตรวจ ผล
- ☐ ELISA-IgM วันที่ตรวจ ผล
- ☐ Isolation วันที่ตรวจ ผล

- ☐ กรณีเสียชีวิต ได้ทำการผ่าพิสูจน์ศพหรือไม่ ☐ ไม่ทำ ☐ ทำ ผล

4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

- 4.1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือโรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)
- ☐ โรคปอดเรื้อรัง เช่น COPD, Chronic bronchitis, Chronic bronchiectasis, BPD หรือหอบ (Asthma) ที่กำลังรักษา
- ☐ โรคหัวใจ เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ Congestive heart failure
- ☐ โรคตับเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง (Cirrhosis) ☐ โรคไต, ไตวาย
- ☐ เบาหวาน ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- ☐ โลหิตจาง (ธาลัสซีเมีย, Sickle cell anemia)
- ☐ พิกการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ☐ ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สัปดาห์
- ☐ อ้วน ส่วนสูง เซนติเมตร น้ำหนัก กิโลกรัม (BMI =)
- ☐ มะเร็งที่กำลังรักษา ระบุประเภท
- ☐ อื่น ๆ
- 4.2 ประวัติการสูบบุหรี่ ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ ถ้าสูบ ☐ ยังสูบ ปริมาณ มวน/ซอง ต่อ วัน/สัปดาห์
- ☐ หยุดสูบ เลิกมานาน
- 4.3 ประวัติการดื่มสุรา ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม ถ้าดื่ม ☐ ยังดื่ม ปริมาณ ต่อ วัน/สัปดาห์
- ☐ หยุดดื่ม เลิกมานาน
- 4.4 ประวัติการได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ☐ ไม่เคยได้รับ ☐ เคยได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ

5. การรักษา

- ☐ ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน
- การวินิจฉัยเบื้องต้น (ถ้ามี)
- สถานที่ Admit วันที่ วินิจฉัย
- เครื่องช่วยหายใจ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช้ ระบุวันที่ใส่
- ได้รับยาต้านไวรัส ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุชื่อยา
- ขนาดที่ได้รับ วันที่เริ่มให้ยา วันที่หยุดยา
- ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ระบุวันที่เสียชีวิต
- สรุปการวินิจฉัย

6. ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

- 6.1 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสสัตว์ปีก (ฟาร์ม/เลี้ยง/ในธรรมชาติ) เช่น จิ้งจอก ช้าง หละ ผึ้งกลบ หรือรับประทาน สุก ๆ ดิบ ๆ เป็นต้น
- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุลักษณะการสัมผัส
- 6.2 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสุกร หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ ที่ป่วย/ตายผิดปกติ หรือไม่ทราบสาเหตุ
- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ (วัน/เดือน/ปี ที่สัมผัส) ชนิดสัตว์
- 6.3 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านพักอาศัยในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกป่วยตายผิดปกติหรือพบเชื้อในสัตว์ปีก หรือสิ่งแวดล้อม
- ☐ ไม่มี ☐ มี
- 6.4 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้สัมผัสมูลหรือคีมมูล
- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุลักษณะการสัมผัส

- 6.5 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านอาศัยอยู่ หรือ มีการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด
☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้
 ชื่อประเทศ เมือง/จังหวัด อำเภอ
 วันที่ไป วันที่กลับ สายการบิน เที่ยวบิน
 เหตุผลของการเดินทางไปประเทศดังกล่าว
 มีประวัติเข้ารับการรักษหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลขณะอยู่ที่ประเทศดังกล่าวหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุวันที่เข้าโรงพยาบาล ชื่อโรงพยาบาล
- 6.6 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านให้การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก/ปอดอักเสบหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุความสัมพันธ์ ชื่อ (หากสามารถระบุได้)
- 6.7 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- 6.8 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ ระบุ
- 6.9 เป็นผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน
☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ ระบุรายละเอียดของผู้ป่วยปอดอักเสบรายอื่น
 ชื่อ-สกุล วันเริ่มป่วย
 อาการ
 การวินิจฉัย โรงพยาบาลที่วินิจฉัย
 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้

7. การค้นหาผู้แพร่โรคและผู้สัมผัส

รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระยะป่วย ระบุลักษณะการสัมผัส วันที่และระยะเวลาการสัมผัส ถ้ามีอาการป่วย ระบุอาการป่วยด้วย

ชื่อ - สกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่ / หมายเลขโทรศัพท์	ลักษณะการสัมผัส, วันที่สัมผัสและอาการ

ได้รับแจ้งเหตุการณ์จากหน่วยงาน วันที่ เวลา

วันที่สอบสวนโรค เวลา

ชื่อผู้สอบสวน หน่วยงาน โทรศัพท์

ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ เมื่อวันที่

ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักระบาดวิทยา เมื่อวันที่

ส่วนที่ 2 การติดตามลักษณะอาการผู้ป่วยหลังการสอบสวน

อาการ/ อาการแสดง	วันแรก		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	วันแรก		มี		ไม่มี		มี		ไม่มี		มี		ไม่มี		มี		ไม่มี		มี		ไม่มี		มี		ไม่มี	
	มี		ไม่มี		มี		ไม่มี		มี		ไม่มี		มี		ไม่มี		มี		ไม่มี		มี		ไม่มี		มี	
ไอ																										
เจ็บคอ																										
มีน้ำมูก																										
มีเสมหะ																										
หนาวสั่น																										
หายใจลำบาก																										
หอบเหนื่อย																										
ปวดกล้ามเนื้อ																										
ปวดศีรษะ																										
ถ่ายเหลว																										
อุณหภูมิร่างกายสูงสุด																										
อัตราการหายใจสูงสุด																										
ชีพจรสูงสุด																										
Oxygen saturation																										

**แบบรายงานผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน หรือสงสัยเป็นไข้หวัดนก
หรือไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (ไข้หวัดนก (Avian Influenza),
ไข้หวัดใหญ่ (Influenza),
ปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ (Pneumonia)) [SARI_AI 1]**

จากหน่วยงาน ถึงหน่วยงาน วันที่รายงาน (เวลา)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ปี
อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำและหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์) สัญชาติ เชื้อชาติ
ที่อยู่ที่ติดตามได้ ☐ บ้าน ☐ อื่น ๆ ระบุ เลขที่ หมู่ที่
หมู่บ้าน ซอย ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์บ้าน
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ

2. ข้อมูลทางคลินิก (กรณีเป็นผู้ป่วยรับ Refer ให้ตรวจสอบข้อมูลจากใบ Refer)

วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี) วันที่นอนโรงพยาบาลแห่งแรก (วัน/เดือน/ปี)
ชื่อโรงพยาบาล จังหวัด
อาการและอาการแสดงวันพบผู้ป่วย: อุณหภูมิร่างกายแรกรับ องศาเซลเซียส
☐ ไอ ☐ เจ็บคอ ☐ ปวดกล้ามเนื้อ ☐ มีน้ำมูก ☐ มีเสมหะ ☐ หายใจลำบาก (dyspnea)
☐ ปวดศีรษะ ☐ ถ่ายเหลว ☐ อื่น ๆ ระบุ
☐ ใส่เครื่องช่วยหายใจ
เอกซเรย์ปอด (ครั้งแรก) ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำ เมื่อวันที่ ระบุผล
CBC (ครั้งแรก) วันที่ ผล Hb mg% Hct % WBC cells/cu.mm
Platelet count $\times 10^3$ N % L % Atyp lymph % Mono %
Renal Function Test วันที่ ผล BUN mg/dl, Cr mg/dl
ผลการตรวจ Influenza test (ถ้ามี) วิธีการตรวจ ☐ Negative ☐ Positive ☐ Flu A ☐ Flu B
ชนิดของตัวอย่างที่ส่งตรวจ วันที่
ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก วันที่ ☐ ผู้ป่วยใน วันที่
การวินิจฉัยเบื้องต้น
การให้ยาต้านไวรัส ☐ ไม่ให้ ☐ ให้ วันที่
สถานะผู้ป่วย ☐ หาย ☐ ยังรักษาอยู่ ☐ เสียชีวิต วันที่เสียชีวิต
☐ ส่งตัวไป รพ. ☐ อื่น ๆ ระบุ

3. ประวัติเสี่ยง

3.1 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสกับสัตว์ปีก	☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
3.2 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ หรือไม่ระบุชนิดสัตว์	☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
3.3 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกตายมากผิดปกติ หรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม	☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
3.4 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้สัมผัสสุหรือนม	☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
3.5 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ระบุ	☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
3.6 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ	☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
3.7 ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้เข้ารับการรักษหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศที่มีการระบาด	☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
3.8 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้	☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
3.9 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ	☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
3.10 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน	☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
3.11 อื่น ๆ ระบุ	☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์
 ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
 หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด
 วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์