

แบบสอบสวนโรคสครับไทฟัส (Scrub typhus)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
 เลขที่บัตรประชาชน □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □ อายุ ปี เดือน เพศ □ ชาย □ หญิง
 HN AN ศาสนา สัญชาติ
 อาชีพ ที่ทำงาน/โรงเรียน ชั้นเรียน
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน
 ซอย ถนน ตำบล อำเภอ
 จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ ☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง
☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.
 ภูมิลาเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ระบุ
 บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน
 ซอย ถนน ตำบล อำเภอ
 จังหวัด ☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง
☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.
 ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)
 อาชีพผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น
 หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

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

ไข้สูงเฉียบพลัน ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ผื่น (maculopapular) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	มีแผลเหมือนพุพองหรือจ้ำ (eschar) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยตัว ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	สมองอักเสบ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปอดบวม ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ตาแดง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ม้ามโต ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ตาเหลือง/ตัวเหลือง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ตับโต ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ไอแหว่ง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ต่อมน้ำเหลืองโต ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ	ถ้ามี ระบุตำแหน่ง

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจ Rapid test (Immunochromatography test)

☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.2 การตรวจ Immuno Fluorescent Antibody Test (IFA)

☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.3 วิธี PCR ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.4 อื่น ๆ ระบุ ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

☐ ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.

ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ

การวินิจฉัย.....

ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

Doxycycline ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ วันที่ /...../..... ขนาดยา

Tetracycline ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ วันที่ /...../..... ขนาดยา

Chloramphenicol ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ วันที่ /...../..... ขนาดยา

อื่น ๆ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ในช่วง 21 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปสถานที่ที่เป็นป่าหรือทุ่งหญ้าที่ไหญ่บ้าง

☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ

1. กิจกรรมที่ทำ สถานที่ วันที่ /...../.....

2. กิจกรรมที่ทำ สถานที่ วันที่ /...../.....

5.2 บริเวณป่า/ไร่/สวน ที่ผู้ป่วยมีโอกาสจะไปรับเชื้อได้นั้น มีหนู/สัตว์ฟันแทะ เช่น กระแต กระต่าย อีเห็น ชะมด ชุกชุมหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี

5.3 อาชีพที่ทำเป็นประจำ

☐ หาของป่า/ล่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ

☐ ทำป่าไม้ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ

☐ นักสำรวจป่า/ธรรมชาติ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ

☐ ทหาร/ตำรวจ ตระเวนชายแดน ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ

☐ ทำไร่ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ

☐ ทำสวน ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ

☐ อื่น ๆ ระบุ

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน) ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัส ในช่วง 21 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้ จำนวน คน ระบุ

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

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์
 ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
 หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด
 วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์