

แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคติดเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการไข้สูงและเกล็ดเลือดต่ำ

(Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome: SFTS)

วันที่...../...../.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....เลขที่บัตรประชาชน.....
 อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อาชีพ.....
 ลักษณะงานที่ทำ.....
 ที่อยู่ขณะป่วยที่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....
☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง ☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.
 ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน.....ซอย.....ถนน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง ☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วยวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
 สถานที่รับการรักษา (ครั้งแรก)..... วันที่
 ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน
 สถานที่รับไว้ในโรงพยาบาล
 -.....วันที่.....
 -.....วันที่.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือโรคประจำตัว(ถ้ามี) ระบุ.....

ประวัติสูบบุหรี่ ☐ สูบ ☐ ไม่สูบ ประวัติดื่มสุรา ☐ ดื่ม ☐ ไม่ดื่ม

อาการและอาการแสดง

ไข้	☐ มี.....องศาเซลเซียส	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
เยื่อบุตาบวม	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
ตาเหลือง	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
ไอมีเสมหะ	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
อาเจียน	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
คอแข็ง	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
ถ่ายเหลว	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
มีผื่นหรือจุดจ้ำเลือดตามตัว	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้อ	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
ปวดข้อ	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
ต่อมน้ำเหลืองโต	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ

มีอาการเลือดออกหรือถ่ายดำ	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
ช้ำ	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
สับสน	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
ไม่รู้สีกตัว	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ

อาการอื่น ๆ ระบุ (ถ้ามี).....

การรักษา

ใช้เครื่องช่วยหายใจ ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุวันที่ใส่

ได้รับยาต้านไวรัส ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุชื่อยา

ยา..... ขนาดที่ได้รับ วันที่เริ่มให้ยา.....

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลตรวจโลหิตวิทยา

ครั้งที่ 1 วันที่ ผล Hb..... %, Hct.....%, Platelet.....cell/ml,

WBC..... cell/ml (Neutrophil..... %Lymphocyte..... % อื่นๆ

ครั้งที่ 2 วันที่ ผล Hb..... %, Hct.....%, Platelet.....cell/ml,

WBC..... cell/ml (Neutrophil..... %Lymphocyte..... % อื่นๆ

ผลตรวจการทำงานของไตวันที่..... ผล BUN..... Cr..... GFR.....

ผลตรวจการทำงานของตับ วันที่..... ผล SGOT.....SGPT.....ALP.....

Total Bilirubin.....Direct Bilirubin..... Total Protein..... Albumin..... Globulin.....

ผลตรวจทางจุลชีววิทยา

-เพาะเชื้อแบคทีเรียจากโลหิต ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำวันที่ ผล.....

-เจาะน้ำไขสันหลัง (CSF) ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำวันที่..... ผล.....

-ลักษณะของน้ำไขสันหลัง ☐ ชุ่น ☐ใส จำนวนเซลล์ Blood Count cell/ml
(Neutrophil.....%, Lymphocyte%) น้ำตาล.....mg% proteinmg%

-ย้อมเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ผล gram stainผล India ink

-เพาะเชื้อแบคทีเรียจากน้ำไขสันหลัง ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำ วันที่..... ผล

-ผลตรวจ RT-PCR ☐ ไม่ได้ทำ

☐ ทำ specimen ☐ เลือด ☐ น้ำไขสันหลัง วันที่..... ผล

การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา

-Hemagglutination inhibition test (HI-test)

เจาะเลือดระยะ Acute เมื่อวันที่..... ผล

เจาะเลือดระยะ Convalescence เมื่อวันที่..... ผล

-Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA)

Serum เมื่อวันที่..... ผล IgMIgG.....

น้ำไขสันหลัง เมื่อวันที่..... ผล IgMIgG.....

-Immunofluorescence assay (IFA)

Serum เมื่อวันที่..... ผล

น้ำไขสันหลัง เมื่อวันที่..... ผล

การตรวจทางรังสีวิทยา

[] CT Brain เมื่อวันที่..... ผล

[] MRI Brain เมื่อวันที่..... ผล

4. การรักษา

- ใช้เครื่องช่วยหายใจ [] ไม่ใช่ [] ใช้ ระบุวันที่ใส่
- ได้รับยาต้านไวรัส [] ไม่ได้รับ [] ได้รับ ระบุชื่อยา..... ขนาดที่ได้รับ
- วันที่เริ่มให้ยา (วัน/เดือน/ปี) วันที่หยุดยา

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ประวัติการเดินทาง 14 วันก่อนมีอาการป่วย

มีประวัติเดินทางไปแหล่งเกิดโรค (จีน เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น) [] ไม่ใช่ [] ใช่

ระบุ เมือง.....ประเทศ.....

สภาพพื้นที่ [] ที่นากว้าง [] คอกสัตว์ [] อื่น ๆ (ระบุ)

มีประวัติเดินทางในประเทศ [] ไม่ใช่ [] ใช่ ระบุ ตำบล.....

อำเภอ จังหวัด

สภาพพื้นที่ [] ที่นากว้าง [] คอกสัตว์ [] อื่น ๆ (ระบุ)

ประวัติการสัมผัสสัตว์

อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำในช่วง 14 วันก่อนมีอาการป่วย

- [] สัตว์แพทย์ [] เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ [] ทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับสัตว์
- [] เกษตรกรทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ [] ทำงานในโรงฆ่าสัตว์หรือชำแหละสัตว์
- [] ค้าขายสัตว์ [] ฉีดยาวัคซีนให้สัตว์
- [] อื่น ๆ โปรดระบุ.....
- ทำมาเป็นระยะเวลาระบุสถานที่ที่.....

ระบุชนิดของสัตว์

สัตว์มาจากแหล่งเกิดโรค (จีน เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น) [] ใช่ [] ไม่ใช่

สัตว์ที่เลี้ยงหรือเข้ามาในบ้านในช่วง 14 วันก่อนมีอาการป่วย

-ชนิดของสัตว์ชื่อและที่อยู่ของเจ้าของ.....

.....

-ชนิดของสัตว์ชื่อและที่อยู่ของเจ้าของ.....

.....

-ชนิดของสัตว์ชื่อและที่อยู่ของเจ้าของ.....

.....

การป้องกันตนเองขณะสัมผัสสัตว์

สวมเสื้อ กางเกง มิติดชิด [] ใช่ [] ไม่ใช่ [] ไม่ทราบ

ใส่ถุงมือ [] ใช่ [] ไม่ใช่ [] ไม่ทราบ

สวมรองเท้าบูท [] ใช่ [] ไม่ใช่ [] ไม่ทราบ

ทายากันเห็บ [] ใช่ [] ไม่ใช่ [] ไม่ทราบ

แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

สภาพบ้าน มีมุ้งลวดรอบบ้านหรือไม่ [] มี [] ไม่มี

นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่ [] มี [] ไม่มี

บริเวณรอบบ้าน มีทุ่งนาหรือไม่ [] มี [] ไม่มี

มีคอกสัตว์หรือไม่ [] มี ระบุชนิดสัตว์..... [] ไม่มี

ในหมู่บ้าน มีฟาร์ม/คอกสัตว์หรือไม่ [] มี ระบุชนิดสัตว์..... [] ไม่มี

กรณีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ท่านได้สัมผัสผู้ป่วยหรือเลือด/สิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรค SFTS หรือไม่

[] ไม่ใช่ [] ใช่ ระบุ ชื่อผู้ป่วย.....อายุ เพศ.....

วันเริ่มป่วย.....ลักษณะการสัมผัสระยะเวลาที่สัมผัส.....

หากใช่ ท่านได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลชนิดใดบ้าง

[] Scrub suite [] ชุดป้องกัน ชนิด..... [] หน้ากาก ชนิด..... [] หมวกคลุมผม

[] Goggles [] Face shield [] ถุงมือ [] ถุงหุ้มขา

[] รองเท้าบูต [] อื่น ๆ ระบุ.....

6. การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม

มีสมาชิกในบ้าน/ผู้ที่อยู่ละแวกบ้านเดียวกัน/ผู้ที่อยู่บริเวณที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวัน มีอาการคล้ายผู้ป่วย หรือไม่

[] ไม่มี [] มี ระบุ

-ชื่อ.....อายุ..... เพศ.....

วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

-ชื่ออายุ..... เพศ.....

วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

-ชื่ออายุ..... เพศ.....

วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

7. การค้นหาผู้สัมผัส

ตารางกิจกรรมและการเดินทาง 14 วันหลังป่วย

วัน	วันที่	กิจกรรม/สถานที่ (โปรดระบุที่อยู่ของแต่ละสถานที่)	จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม (ระบุบุคคล หากทำได้)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวนโรคตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....วันที่สอบสวน.....