

แบบสอบสวนโรคติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสซูอิส (Streptococcus suis infection)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
 เลขที่บัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ อายุ ปี เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 HN AN ศาสนา สัญชาติ
 อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ไม่เคยเรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา
☐ ปริญญาตรี ☐ อาชีวศึกษาและอนุปริญญา ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
 รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน ☐ <10,000 บาท ☐ 10,000–25,000 บาท ☐ >25,000 บาท
 ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้าน/ทาวน์เฮาส์/ห้องแถว/คอนโดมิเนียม)
 ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย ☐ เจ้าของ ☐ เช่าซื้อ ☐ เช่า
☐ อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า ☐ อื่น ๆ
 สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ☐ ไม่มีสิทธิ ☐ ประกันสังคม
 ในการรักษาครั้งนี้ ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ สิทธิข้าราชการ
☐ อื่น ๆ ระบุ
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน
 ซอย ถนน ตำบล อำเภอ
 จังหวัด ☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง
☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.
 ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)
 ภูมิลาเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ระบุ
 บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน
 ซอย ถนน ตำบล อำเภอ
 จังหวัด ☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง
☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.
 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หรือโรคประจำตัว

เบาหวาน ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	มะเร็ง ระบุ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ความดันโลหิตสูง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ตัดม้าม/ไต ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ไขมันในหลอดเลือดผิดปกติ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ตับแข็ง/พิษสุราเรื้อรัง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ	

ประวัติการได้รับยาหรืออาหารเสริม
 ประวัติการดื่มสุรา ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่มมานาน ปี ระบุประเภทสุราที่ดื่ม (เช่น เหล้า เบียร์)
 ดื่มสุราเฉลี่ย ครั้งต่อสัปดาห์ ปริมาณดื่มเฉลี่ย (แก้ว/แบน/ขวดกลม) ต่อครั้ง
 ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)
 อาชีพผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น
 หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิร่างกาย องศาเซลเซียส ซีฟร ครั้ง/นาที
หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ปวดข้อ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	คอแข็ง (Stiff neck) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ได้ยาลดลงจากปกติ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	เดินเซ การทรงตัวผิดปกติ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
หูหนวก ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	หายใจลำบาก/หอบ/ปอดอักเสบ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ซีด ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	จ้ำเลือด (Ecchymosis) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ชักเกร็ง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดตา/ตาแดง/มองภาพไม่ชัด ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ลิ้นหัวใจอักเสบ ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ข้อกระดูกอักเสบ (Arthritis) ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ ☐	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การย้อมสีแกรม ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 การส่งตรวจทาง Biochemistry ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ผล
- 3.4 การตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ
สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.5 วิธี PCR ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.6 อื่น ๆ ระบุวิธี ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ
วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ☐ ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
- ☐ ซื้อยากินเอง ชื่อยา
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
การรักษารั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
- ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุ วันที่ได้รับ

5. ประวัติการสัมผัสโรคในระยะ 7 วัน ก่อนเริ่มมีอาการ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ รับประทานอาหารจากสุกรที่ดิบหรือปรุงไม่สุก (ระบุเมนูอาหาร) วันที่
 ประเภทที่รับประทาน (เลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ) ☐ เนื้อสุกร ☐ เลือดสุกร ☐ อื่น ๆ ระบุ
 แหล่งที่มาของอาหาร ☐ ซื้อมา ☐ ปรุงเอง ☐ อื่น ๆ ระบุ
 ตำแหน่งพิกัดของสถานที่
☐ สัมผัสสุกรมีชีวิต หรือเลือด เนื้อ สารคัดหลั่งอื่น ๆ หรือผลิตภัณฑ์สุกรดิบ วันที่
 ระบุประเภทของการสัมผัส ☐ ประกอบอาหาร ชนิดและแหล่งที่มา
 ตำแหน่งพิกัดของสถานที่
☐ ขำหรือชำแหละสุกร จำนวน ครั้ง วันที่
☐ ในโรงฆ่าสัตว์ (☐ มีใบอนุญาต ☐ ไม่มีใบอนุญาต)
☐ นอกโรงฆ่าสัตว์ระบุ
 แหล่งที่มาของสุกร ☐ เลี้ยงเอง ☐ นำมาจาก ระบุ
 ตำแหน่งพิกัดของสถานที่
☐ ขายหรือขนส่งสุกรมีชีวิตหรือซาก แหล่งที่มาของสุกร
 ตำแหน่งพิกัดของสถานที่
☐ เลี้ยงสุกร ระบุลักษณะการสัมผัส
 สถานที่เลี้ยงสุกร ☐ ฟาร์ม ☐ เลี้ยงเอง (หลังบ้าน)
 ตำแหน่งพิกัดของสถานที่
☐ อื่น ๆ ระบุลักษณะการสัมผัส
☐ การมีบาดแผลในช่วง 7 วันก่อนป่วย ระบุตำแหน่งบาดแผล
 ลักษณะบาดแผล
☐ อื่น ๆ ระบุ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

มีผู้ที่ร่วมสัมผัส หรือรับประทานเนื้อสุกร เลือดสุกร (Line listing)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	มีอาการ ป่วยหรือ ไม่ (ป่วย/ ไม่ป่วย)	อาการ ป่วย	วันเริ่ม ป่วย	เวลา เริ่ม ป่วย	อาหารที่ รับประทาน ในมือเช้า มือกลางวัน และมือเย็น	เวลาที่ รับประทาน/ เวลาที่ป่วย หลัง รับประทาน	เก็บ ตัวอย่าง ส่งตรวจ (เก็บ/ ไม่เก็บ)	ผลการตรวจ ทางห้อง ปฏิบัติการ	หมายเหตุ

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์
 ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
 หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด
 วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรค 0-11 วัน (โดยประมาณ 2 วัน)