

แบบสอบสวนโรคซิฟิลิส (Syphilis)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
 เลขที่บัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ อายุ ปี เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 HN AN อาชีพ
 ศาสนา สัญชาติ หมายเลขโทรศัพท์
 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) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.
 การตรวจร่างกายแรกพบ อ่อนเพลีย ingsaเชลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที
 หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

มีแผล ก้นแผลแข็ง คล้ายกระดูก	☐ มี ตำแหน่ง อวัยวะเพศ/ปาก/ทวารหนัก/อื่น ๆ ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
มีผื่น	☐ มี ตำแหน่ง อวัยวะเพศ/ปาก/ทวารหนัก/อื่น ๆ ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ผมร่วง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ศีรษะร่วง ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ต่อมน้ำเหลืองโต	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	อื่น ๆ ระบุ.....

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 Non-treponemal test ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ
 วิธีการตรวจ ☐ RPR ☐ VDRL ☐ อื่น ๆ ระบุ
 สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
 ผล
- 3.2 Treponemal test ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ
 วิธีการตรวจ ☐ FTA-ABS ☐ TPHA ☐ TP-PA ☐ ICT ☐ EIA
☐ CMIA ☐ Immunoblot ☐ อื่น ๆ ระบุ
 สิ่งส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
 ผล
- 3.3 อื่น ๆ ระบุ

4. การรักษา

- ☐ ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
- ☐ ซื้อยากินเอง ชื่อยา วันที่
- ☐ ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล วันที่
- สถานที่รักษา การวินิจฉัย วันที่จำหน่าย
- ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ

5. ประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- ☐ มีคูเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนขึ้นไป
- ☐ มีคูเพศสัมพันธ์ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน (Anonymous sex partners)
- ☐ มีคูเพศสัมพันธ์คนใหม่ เปลี่ยนคูเพศสัมพันธ์บ่อย
- ☐ คูเพศสัมพันธ์ที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ☐ มีคูเพศสัมพันธ์เป็นหญิงหรือชายให้บริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

6. ประวัติการสัมผัสโรค

- ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันเริ่มมีอาการ
- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
ชื่อ (เล่น/นามแฝง)			
เพศ			
อาชีพ			
วันที่มีเพศสัมพันธ์เสี่ยงครั้งสุดท้าย			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เช่น สามี/ภรรยา คู่รัก เพื่อนสนิท เพื่อนไม่สนิท คนไม่รู้จัก ผู้ให้บริการทางเพศ หรือผู้ซื้อบริการ ทางเพศ เป็นต้น)			
ประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนมี เพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือไม่ และเป็นโรคอะไร (เช่น ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม กามโรคของ ต่อมและท่อน้ำเหลือง หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก หรือเอดส์ เป็นต้น)			
- วันที่เริ่มป่วยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
- ได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลใด			
- ผลการรักษา (กำลังรักษา/หาย/อื่น ๆ)			
ใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่			
ช่องทางการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (อวัยวะเพศ/ทวารหนัก/ช่องปาก)			
ช่องทางที่ถุงยางอนามัยแตก ร้าว หรือหลุด			
มีประวัติใช้อวัยวะเพศสัมผัสกับ อวัยวะเพศ/ ทวารหนัก/ช่องปาก ก่อนใส่ถุงยางอนามัยหรือไม่			

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์เสี่ยงของผู้ป่วย หลังวันเริ่มมีอาการ

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ

ชื่อ-สกุล/ชื่อเล่น/นามแฝง	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์