

แบบสอบสวนโรคบาดทะยัก (Tetanus)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
 เลขที่บัตรประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐ อายุ ปี เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 HN AN อาชีพ
 ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ระบุ
 บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

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

ขาเกร็ง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	คอแข็ง	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
กล้ามเนื้อเกร็งทั่วร่างกาย	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	หน้ายิ้มแย้ม	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
กลืนลำบาก	☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	อื่น ๆ	

3. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
 การรักษาคครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
 ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
 ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ
 สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
 ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุ วันที่ได้รับ

4. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ในช่วง 21 วันที่ผ่านมา ท่านมีบาดแผลหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี อธิบาย
 4.1. มีบาดแผลเกิดจาก ระบุ วันที่เกิดบาดแผล
 4.2. ตำแหน่งของบาดแผล ระบุ
 4.3. การทำความสะอาดบาดแผล ระบุ

5. ประวัติวัคซีน

เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักหรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย ระบุ จำนวน ครั้ง ครั้งสุดท้ายฉีดเมื่อวันที่

เข็มก่อนหน้าครั้งสุดท้ายฉีดเมื่อวันที่

☐ เคย แต่ไม่ทราบจำนวนครั้ง

☐ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์