

แบบสอบสวนโรคทริคิโนซิส (Trichinosis)

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/ทาว์นเฮาส์/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.

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

ไข้ ☐ มี เริ่มมีวันที่ ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดเข่าตา ☐ มี เริ่มมีวันที่ ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ปวดท้อง ☐ มี เริ่มมีวันที่ ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ตาบวม ☐ มี เริ่มมีวันที่ ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
คลื่นไส้ ☐ มี เริ่มมีวันที่ ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดเมื่อยตามตัว ☐ มี เริ่มมีวันที่ ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
อาเจียน ☐ มี เริ่มมีวันที่ ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	ปวดบวม กล้ามเนื้ออ่อน ☐ มี เริ่มมีวันที่ ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ท้องเสีย ☐ มี เริ่มมีวันที่ ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	เดินตัวแข็ง/ เดินลำบาก ☐ มี เริ่มมีวันที่ ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ
ท้องผูก ☐ มี เริ่มมีวันที่ ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ	หายใจขัด ☐ มี เริ่มมีวันที่ ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ หายใจลำบาก
อื่น ๆ ระบุ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3$ WBC
Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
Other
- 3.2 Creatinine Phosphokinase ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 การตรวจทาง Serology (ระบุ วิธี เช่น ELISA): ☐ ไม่ได้ตรวจ
☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
☐ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 การตรวจกล้ามเนื้ออ่อน (Biopsy) หรือกล้ามเนื้อส่วนอื่น ระบุ
☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ☐ พบตัวอ่อน ☐ ไม่พบ ☐ อื่น ๆ ระบุ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ☐ ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ
สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
การวินิจฉัย
ยารักษาโรคจำเพาะที่ได้รับ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ประวัติการสัมผัสโรค

1. การรับประทานอาหาร

ชนิดเนื้อสัตว์ (ภายใน 1 เดือนก่อนหน้าที่จะแสดงอาการ) อาหารดิบ สุกๆ ดิบๆ หรือรมควัน

☐ เนื้อสุกรฟาร์ม ☐ เนื้อสุกรหลังบ้าน ☐ เนื้อสุกรป่า

☐ เนื้อสัตว์ป่า ระบุ

☐ เนื้อสัตว์อื่น ๆ ระบุ

☐ ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ เช่น ไส้กรอกรมควัน ระบุ

ระบุพิกัด GPS ของแหล่งเนื้อสุกร (หากทราบ)

2. ประเภทการปรุง

☐ ลาบ ☐ หลู้ ☐ ยำ ☐ ปิ้งและย่าง

☐ แกง ☐ แหนม ☐ อื่น ๆ ระบุ

☐ ไม่ผ่านการประกอบอาหาร (กินดิบ)

รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่

5.2 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

แหล่งที่มาของเนื้อสัตว์

☐ เลี้ยงไว้เอง ☐ ได้รับมาจากเพื่อนบ้าน ☐ จากการล่า

☐ ซื้อจากตลาด ระบุ

☐ ได้รับโดยตรงจากฟาร์ม ระบุ

☐ ได้จากพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศ ระบุ

☐ อื่น ๆ ระบุ

☐ ไม่ทราบ

ระบุพิกัด GPS ของแหล่งสุกร (หากทราบ)

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค (เช่น รับประทานด้วยกัน)

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