

แบบสอบสวนโรคสุกใส หรืออีสุกอีใส (Varicella, Chickenpox)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง
HN AN อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ
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 อ่อนเพลีย องศาเซลเซียส ซีฟจร ครั้ง/นาที
หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ผื่นแดง (papule) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตุ่มน้ำใส <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตุ่มหนอง (pastule) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หายใจเหนื่อยหอบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	แผลตกสะเก็ด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 วิธี PCR ไม่ตรวจ ตรวจ ระบุ
สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
สถานที่ส่งตัวอย่าง ผลการตรวจ
- 3.2 การตรวจหาระดับ Neutralizing antibody titer ต่อ varicella zoster virus
 ไม่ตรวจ ตรวจ ระบุ
เจาะเลือดครั้งที่ 1 วันที่เจาะ สถานที่ส่งตัวอย่าง
ผล Titer
เจาะเลือดครั้งที่ 2 วันที่เจาะ สถานที่ส่งตัวอย่าง
ผล Titer
- 3.3 วิธี ELISA test ไม่ตรวจ ตรวจ ระบุ
เจาะเลือดวันที่ สถานที่ส่งตัวอย่าง
ผลการตรวจ
- 3.4 วิธี TZANCK test ไม่ตรวจ ตรวจ ระบุ
วันที่เก็บตัวอย่าง สถานที่ส่งตัวอย่าง
ผลการตรวจ ไม่พบ
 พบ Multinucleated giant cell

3.5 การตรวจโดยวิธีอื่น ๆ ไม่ตรวจ ตรวจ ระบุวิธี

สิ่งที่ส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

สถานที่ส่งตัวอย่าง ผลการตรวจ

4. การรักษา

ประวัติการรักษาก่อนหน้านี้ เคยไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่นหรือไม่
 ไม่เคยไป
 เคยไป ระบุชื่อสถานบริการ วันที่/...../.....

การรักษาครั้งนี้ : สถานที่รักษา เข้ารับการรักษาวันที่/...../.....

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
 ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ 1. วันที่ได้รับ

2. วันที่ได้รับ

3. วันที่ได้รับ

การวินิจฉัย วันที่/...../..... วันที่จำหน่าย/...../.....

5. ประวัติการได้รับวัคซีน (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคสุกใส
 DOSE 1 ไม่ วันที่ ไม่ได้ ไม่ทราบ

DOSE 2 ไม่ วันที่ ไม่ได้ ไม่ทราบ

แหล่งข้อมูลการรับวัคซีน โปรตระบุ
 สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก ทะเบียนการได้รับวัคซีนในเด็กที่สถานบริการ

คำบอกเล่าจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง อื่น ๆ ระบุ

6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

6.1 ในช่วง 21 วันก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสในโรงเรียน/สถานที่ทำงาน หรือไม่
 ไม่เคย เคย (ระบุชื่อ)

1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

6.2 ในช่วง 21 วันก่อนป่วยมีผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่
 ไม่เคย เคย (ระบุชื่อ)

1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

6.3 ในช่วง 21 วันก่อนป่วยมีผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกเดียวกันหรือไม่
 ไม่เคย เคย (ระบุชื่อ)

1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ในช่วง 5 วันที่ผ่านมา นับจากวันที่ผู้ป่วยรายนี้เริ่มมีตุ่มใส มีประวัติสัมผัสกับบุคคลอื่นหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ	
				วันที่เริ่มป่วย	
2.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ	
				วันที่เริ่มป่วย	
3.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ	
				วันที่เริ่มป่วย	
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ	
				วันที่เริ่มป่วย	
5.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ	
				วันที่เริ่มป่วย	

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์