

## แบบสอบสวนไข้เลือดออก (Dengue fever)

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) .....

เลขที่บัตรประชาชน  -  -  -  -  อายุ ..... ปี ..... เดือน เพศ  ชาย  หญิง

HN ..... AN ..... ศาสนา ..... สัญชาติ .....

อาชีพ ..... ที่ทำงาน/โรงเรียน ..... ชั้นเรียน .....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  
 ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา 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.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที  
 หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

ไข้/ไข้เฉียบพลัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดกระดูกหรือข้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตับโต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ผื่นแดง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกทางอวัยวะภายใน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตาแดง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลุ่มอาการทางเดินหายใจส่วนบน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มีภาวะช็อก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
Tourniquet test (บวก/ลบ) ระบุ .....	<input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ .....	

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

##### 3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

CBC	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
	วันที่ .....	วันที่ .....	วันที่ .....	วันที่ .....	วันที่ .....
	เวลา .....	เวลา .....	เวลา .....	เวลา .....	เวลา .....
Hematocrit %					
WBC					
Neutrophil %					
Lymphocyte%					
Atypical Lymphocyte %					
Platelet ต่อ ลบ.มม.					
Albumin					
อื่น ๆ ระบุ .....					

#### 3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

- 3.2.1 PCR  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.2.2 NS1 antigen  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.2.3 Dengue IgM/ IgG  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ .....  
วันที่ส่งตรวจ ..... ผล .....
- 3.2.4 การเพาะแยกเชื้อ  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ.....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.2.5 HI การตรวจซีรัมคู่  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจครั้งที่ 1 ..... Titer .....  
วันที่ส่งตรวจครั้งที่ 2 ..... Titer .....  
การตรวจซีรัมเดี่ยว  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ ..... Titer .....
- 3.2.6 EIA  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.2.7 อื่น ๆ ระบุวิธี .....  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ .....  
วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

#### 4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
- ไปรับการตรวจรักษา
- ซ้ำยากินเอง ชื่อยา .....  รักษาด้วยยาสมุนไพร ชื่อยา .....
- การรักษาครั้งนี้เป็นการตรวจรักษาครั้งแรก  ใช่  ไม่ใช่
- สถานที่รักษาครั้งแรก ..... วันที่มาโรงพยาบาล ..... เวลา ..... น.
- สถานที่รักษาครั้งที่ 2 ..... วันที่มาโรงพยาบาล ..... เวลา ..... น.
- สถานที่รักษาครั้งที่ 3 ..... วันที่มาโรงพยาบาล ..... เวลา ..... น.
- สถานที่วินิจฉัยเป็นโรคไข้เลือดออก .....
- การวินิจฉัยครั้งนี้  DF  DHF  DSS  EDS
- ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....
- วันที่จำหน่าย .....

#### 5. ประวัติการสัมผัสโรค ในระยะ 14 วัน ก่อนวันที่เริ่มป่วย (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไปทำงานกับผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก
- มีเพื่อนหรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก
- มีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก
- ที่โรงเรียนมีเพื่อน/ครู ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก
- บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคไข้เลือดออก
- โดยอยู่ในรัศมี  0-25 เมตร  26-50 เมตร  51-100 เมตร  เกิน 100 เมตร
- เดินทางไปในพื้นที่อื่นที่มีการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ระบุ .....
- เคยมีประวัติรับวัคซีนไข้เลือดออก ระบุชนิดของวัคซีนที่ทราบ .....
- จำนวนครั้งที่รับวัคซีน ..... ครั้ง รับวัคซีนไข้เลือดออกครั้งสุดท้ายเมื่อ .....
- ไม่มีการสัมผัสผู้ป่วยที่สงสัย หรือไม่ได้เดินทางไปยังพื้นที่อื่น

#### 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค ในช่วงก่อนป่วย 14 วัน และหลังป่วย 5 วัน

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย) สงสัยเป็นไข้เลือดออก จำนวน ..... คน (ระบุ)

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

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

6.2 ประวัติเดินทางก่อนป่วย 14 วัน และหลังป่วย 5 วัน (นอกเหนือจากโรงเรียนและที่ทำงาน)

1. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....
2. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....
3. สถานที่ ..... วันที่เดินทาง .....

## 7. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

วันที่สำรวจ	สำรวจลูกน้ำยุงลาย	บ้านผู้ป่วย	รอบบ้านผู้ป่วย (รัศมี 100 เมตร)	โรงเรียน	วัด	อื่น ๆ ระบุ
วันที่ 0	จำนวนภาชนะ/บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 3	จำนวนภาชนะ/บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 7	จำนวนภาชนะ/บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					

วันที่ สำรวจ	สำรวจ ลูกน้ำยุงลาย	บ้านผู้ป่วย	รอบบ้านผู้ป่วย (รัศมี 100 เมตร)	โรงเรียน	วัด	อื่น ๆ ระบุ
วันที่ 14	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 21	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					
วันที่ 28	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่สำรวจ					
	จำนวนภาชนะ/ บ้านที่พบลูกน้ำ					
	HI (%)					
	CI (%)					
	BI (%)					

### มาตรการเบื้องต้น

ประชาคมชุมชนที่พบผู้ป่วย

.....  
 .....  
 การพ่นฆ่ายุงตัวแก่ วันที่ ..... ครั้งที่ ..... /วันที่ ..... ครั้งที่ ..... /วันที่ ..... ครั้งที่ ..... /วันที่ ..... ครั้งที่ .....  
 .....  
 .....  
 .....

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  
 ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....  
 หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
 วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....