แบบสอบสวนโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน (ไข้หวัดนก (Avian Influenza), ไข้หวัดใหญ่ (Influenza), ปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ (Pneumonia)) [SARI_AI 2]

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) .....
เลขที่บัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ อายุ ..... ปี ..... เดือน เพศ ☐ชาย ☐หญิง
HN ..... AN ..... อาชีพ .....
(ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น นักเรียน นักบวช ทหาร นักโทษ เป็นต้น และหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ต้องระบุให้ชัดเจนว่าลักษณะการทำงานที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยอย่างไร)
สถานที่ทำงาน (ระบุชื่อ) ..... ตำบล ..... อำเภอ .....
จังหวัด ..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน .....
ศาสนา ..... เชื้อชาติ ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....
ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ..... ซอย .....
ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
ภูมิลำเนา เป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ☐ใช่ ☐ไม่ใช่ ระบุ .....
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/ชุมชน ..... ซอย .....
ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
สถานที่ศึกษา (กรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน) ..... ระดับชั้นการศึกษา .....
ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....
ผู้ให้ข้อมูล ☐ผู้ป่วย ☐ญาติ ระบุความสัมพันธ์ ..... ☐อื่น ๆ ระบุ .....

2. อาการและอาการแสดง

2.1 อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล .....
.....

2.2 อาการป่วยตั้งแต่วันเริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน
วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.
การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที
หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

อาการและอาการแสดง	วันเริ่มป่วย		วันที่หลังวันเริ่มป่วย											
	0		1		2		3		4		5		6	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไข้ (ระบุ Temp .....°c)														
ไอ														
เจ็บคอ														
มีน้ำมูก														
มีเสมหะ														
หายใจลำบาก														
หอบเหนื่อย														
ปวดกล้ามเนื้อ														
ปวดศีรษะ														
ถ่ายเหลว														
อาการอื่น ๆ ระบุ														

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ ..... Hb ..... mg/dL Hct ..... % Platelet ..... $x10^3$

WBC ..... Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... %

Atypical lymphocyte ..... % Eosinophil ..... % Monocyte ..... %

Other .....

ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ ..... Hb ..... mg/dL Hct ..... % Platelet ..... $x10^3$

WBC ..... Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... %

Atypical lymphocyte ..... % Eosinophil ..... % Monocyte ..... %

Other .....

3.2 Sputum gram stain: ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง .....

ผล .....

3.3 Sputum AFB ครั้งที่ 1 : ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง .....

ผล .....

Sputum AFB ครั้งที่ 2 : ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง .....

ผล .....

Sputum AFB ครั้งที่ 3 : ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง .....

ผล .....

3.4 Sputum culture: ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง .....

ผล .....

3.5 Hemocuture: ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง .....

ผล .....

3.6 CXR ครั้งที่ 1 : ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง .....
ผล .....
CXR ครั้งที่ 2 : ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง .....
ผล .....
CXR ครั้งที่ 3 : ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง .....
ผล .....

3.7 Renal function test: ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง .....
ผล BUN ..... mg/dL Cr ..... mg/dL GFR ..... ml/min

3.8 Liver function test: ☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง .....
ผล SGOT ..... U/L SGPT ..... U/L ALP ..... U/L
Total Bilirubin ..... mg/dL Direct Bilirubin ..... mg/dL
Total Protein ..... g/dL Albumin ..... g/dL Globulin ..... g/dL

3.9 การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ☐ ไม่เก็บ ☐ เก็บ วันที่เก็บตัวอย่าง .....
ระบุชนิดตัวอย่าง

☐ Nasopharyngeal swab ☐ Throat swab/Oropharyngeal swab
☐ Nasopharyngeal swab + Throat swab/Oropharyngeal swab ใน VTM
☐ Nasopharyngeal aspirate ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ
☐ Nasopharyngeal wash ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ
☐ เสมหะในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ ☐ Tracheal suction
☐ ตัวอย่างเลือด* ครั้งที่ 1 วันที่เก็บ ..... ครั้งที่ 2 วันที่เก็บ .....
(*กรณีส่งตรวจหา MERS-CoV ควรเก็บตัวอย่างเลือด 8 มล. และการเก็บตัวอย่างครั้งที่สองต้องห่างจากครั้ง แรก 14–21 วัน)

3.10 วิธีการตรวจและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

☐ Rapid test วันที่ตรวจ ..... ผล .....
☐ Molecular เช่นวิธี RT-PCR วันที่ตรวจ ..... ผล .....
☐ Haemagglutination Inhibition (HI) วันที่ตรวจ ..... ผล .....
☐ ELISA-IgM วันที่ตรวจ ..... ผล .....
☐ Isolation วันที่ตรวจ ..... ผล .....

☐ **กรณีเสียชีวิต** ได้ทำการผ่าพิสูจน์ศพหรือไม่ ☐ ไม่ทำ ☐ ทำ ผล .....

4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

4.1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือโรคประจำตัว ☐ไม่มี ☐มี (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)

☐ โรคปอดเรื้อรัง เช่น COPD, Chronic bronchitis, Chronic bronchiectasis, BPD หรือหอบ (Asthma) ที่กำลังรักษา

☐ โรคหัวใจ เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ Congestive heart failure

☐ โรคตับเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง (Cirrhosis) ☐โรคไต, ไตวาย

☐ เบาหวาน ☐ความดันโลหิตสูง ☐ภูมิคุ้มกันบกพร่อง

☐ โลหิตจาง (ธาลัสซีเมีย, Sickle cell anemia)

☐ พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ☐ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ..... สัปดาห์

☐ อ้วน ส่วนสูง ..... เซนติเมตร น้ำหนัก ..... กิโลกรัม (BMI = ...)

☐ มะเร็งที่กำลังรักษา ระบุประเภท .....

☐ อื่น ๆ .....

4.2 ประวัติการสูบบุหรี่ ☐ไม่สูบ ☐สูบ ถ้าสูบ ☐ยังสูบ ปริมาณ ..... มวน/ซอง ต่อ วัน/สัปดาห์

☐หยุดสูบ เลิกมานาน .....

4.3 ประวัติการดื่มสุรา ☐ไม่ดื่ม ☐ดื่ม ถ้าดื่ม ☐ยังดื่ม ปริมาณ ..... ต่อ วัน/สัปดาห์

☐หยุดดื่ม เลิกมานาน .....

4.4 ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ☐ไม่เคยได้รับ ☐เคยได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ .....

5. การรักษา

☐ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ประเภทผู้ป่วย ☐ผู้ป่วยนอก ☐ผู้ป่วยใน

การวินิจฉัยเบื้องต้น (ถ้ามี) .....

สถานที่ Admit ..... วันที่ ..... วินิจฉัย .....

เครื่องช่วยหายใจ ☐ไม่ใช้ ☐ใช้ ระบุวันที่ใส่ .....

ได้รับยาต้านไวรัส ☐ไม่ได้รับ ☐ได้รับ ระบุชื่อยา .....

ขนาดที่ได้รับ ..... วันที่เริ่มให้ยา ..... วันที่หยุดยา .....

ผลการรักษา ☐กำลังรักษา ☐หาย ☐เสียชีวิต ระบุวันที่เสียชีวิต .....

สรุปการวินิจฉัย .....

6. ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

6.1 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสสัตว์ปีก (ฟาร์ม/เลี้ยง/ในธรรมชาติ) เช่น จับ ชำแหละ ฝังกลบ หรือรับประทาน สุก ๆ ดิบ ๆ เป็นต้น

☐ไม่มี ☐มี ระบุลักษณะการสัมผัส .....

6.2 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสุกร หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ ที่ป่วย/ตายผิดปกติ หรือไม่ทราบสาเหตุ

☐ไม่มี ☐มี ระบุ (วัน/เดือน/ปี ที่สัมผัส) ..... ชนิดสัตว์ .....

6.3 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านพักอาศัยในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกป่วยตายมากผิดปกติหรือพบเชื้อในสัตว์ปีก หรือสิ่งแวดล้อม

☐ไม่มี ☐มี

6.4 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้สัมผัสอูฐหรือดื่มนมอูฐ

☐ไม่มี ☐มี ระบุลักษณะการสัมผัส .....

6.5 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านอาศัยอยู่ หรือ มีการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด

☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

ชื่อประเทศ ..... เมือง/จังหวัด ..... อำเภอ .....

วันที่ไป ..... วันที่กลับ ..... สายการบิน ..... เที่ยวบิน .....

เหตุผลของการเดินทางไปประเทศดังกล่าว .....

มีประวัติเข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลขณะอยู่ที่ประเทศดังกล่าวหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุวันที่เข้าโรงพยาบาล ..... ชื่อโรงพยาบาล .....

6.6 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านให้การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก/ปอดอักเสบหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุความสัมพันธ์ ..... ชื่อ (หากสามารถระบุได้) .....

6.7 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

6.8 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ ระบุ .....

6.9 เป็นผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน

☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ ระบุรายละเอียดของผู้ป่วยปอดอักเสบรายอื่น

ชื่อ-สกุล ..... วันเริ่มป่วย .....

อาการ .....

การวินิจฉัย ..... โรงพยาบาลที่วินิจฉัย .....

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ .....

7. การค้นหาผู้แพร่โรคและผู้สัมผัส

รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระยะป่วย ระบุลักษณะการสัมผัส วันที่และระยะเวลาการสัมผัส ถ้ามีอาการป่วย ระบุอาการป่วยด้วย

ชื่อ – สกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่ / หมายเลขโทรศัพท์	ลักษณะการสัมผัส, วันที่สัมผัสและอาการ

ได้รับแจ้งเหตุการณ์จากหน่วยงาน ..... วันที่..... เวลา.....

วันที่สอบสวนโรค ..... เวลา.....

ชื่อผู้สอบสวน.....หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่.....เมื่อวันที่.....

ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักระบาดวิทยา เมื่อวันที่.....

ส่วนที่ 2 การติดตามลักษณะอาการผู้ป่วยหลังการสอบสวน

อาการ/อาการแสดง	วันแรกรับ		วันที่หลังวันนอนโรงพยาบาล																							
	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไอ																										
เจ็บคอ																										
มีน้ำมูก																										
มีเสมหะ																										
หนาวสั่น																										
หายใจลำบาก																										
หอบเหนื่อย																										
ปวดกล้ามเนื้อ																										
ปวดศีรษะ																										
ถ่ายเหลว																										
อุณหภูมิร่างกายสูงสุด																										
อัตราการหายใจสูงสุด																										
ชีพจรสูงสุด																										
Oxygen saturation																										

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่าผิดปกติ		
สิ่งที่ตรวจ	**วันที่เก็บ**	**ผลตรวจ**
CBC		
CXR		
Sputum gram stain		
Sputum culture		
Hemoculture		
อื่น ๆ		

การตรวจหาเชื้อ ปอดอักเสบ	**วันที่เก็บ**	**ผลตรวจ**
Influenza A		
Influenza B		
RSV		
Human metapneumovirus		
Parainfluenza (1, 2, 3)		
Adeno virus		
Rhinovirus		
Enterovirus		
Coronavirus		
Coronavirus-SARS-Cov		
Coronavirus-MERS-Cov		
Chlamydia pneumoniae		
Mycoplasma pneumoniae		
Legionella pneumoniae		
Streptococcus pneumoniae		
อื่น ๆ		