

**แบบสอบสวนโรคบิดซิกเอลลโลซิส (Shigellosis dysentery)/
โรคบิดอมีบา (Amoebic dysentery)/ โรคบิดไม่จำเพาะ (Non-specific dysentery)/
โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea)**

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
 เลขที่บัตรประชาชน □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □ อายุ ปี เดือน เพศ □ ชาย □ หญิง
 HN AN ศาสนา เชื้อชาติ
 อาชีพ ที่ทำงาน/โรงเรียน ชั้นเรียน
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน
 ซอย ถนน ตำบล อำเภอ
 จังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง
 ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.
 ไร่ ไม่ใช่ ระบุ
 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) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี
 วันที่เริ่มป่วย เวลา น.
 การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที
 หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

| | |
|---|---|
| ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | หนาวสั่น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ท้องเสียนาน วัน | ปวดท้อง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| - ถ่ายเหลว จำนวน ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> สามารถระบุตำแหน่งได้ |
| - ถ่ายเป็นน้ำ จำนวน ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ |
| ปวดเบ่ง <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 |
| ถ่ายมีมูก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ถ่ายมีเลือด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| คลื่นไส้/อาเจียน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ปวดเมื่อยตามตัว/เมื่อยล้า <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| เบื่ออาหาร <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | อ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ท้องผูก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ท้องอืด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| เห็นภาพซ้อน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | กล้ามเนื้ออ่อนแรง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ความดันโลหิตต่ำ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ถ่ายกระปริดกระปรอย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ปากแห้ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ชา (ระบุอวัยวะ) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| เหงื่อออกตัวเย็น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ช็อก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |

| | | | |
|--|---|--------------------------|---|
| ถ่ายมีกลิ่นเหม็นคาว | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ซັก | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ก้อนที่ผนังลำไส้ใหญ่ | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ตะคริว (ระบุบริเวณ | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ฝีที่ตับ/ปอด/สมอง/ผิวหนัง ที่เป็นเนื้อเยื่ออ่อน | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ข้ออักเสบ | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ภาวะลำไส้โป่งขยาย | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ซิด | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ไตวายเฉียบพลัน | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | อื่น ๆ | |

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3$ WBC
 Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
 Other

3.2 วิธีส่งเพาะเชื้อหรือตรวจด้วยวิธีอื่น ๆ

อุจจาระ ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

Rectal swab ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

อาเจียน ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

อาหาร ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

น้ำ/น้ำแข็ง ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.3 ทดสอบการสร้างสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.4 ทดสอบสารพิษ หรือสารเคมี ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วิธีตรวจ ระบุ

วันที่ส่งตรวจ ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

4.1 ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

การรักษาครั้งนี้ : วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.

ได้พบแพทย์ พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่น ๆ ระบุ

ได้รับการวินิจฉัยโรค

Acute Diarrhea Amoebic dysentery Shigellosis dysentery

Non-specific dysentery อื่น ๆ ระบุ

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย

ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

- ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ 1. วันที่ได้รับ
2. วันที่ได้รับ
3. วันที่ได้รับ

ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ไม่ได้รับ ได้รับ ไม่ทราบ

ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่ ไม่ได้รับ ได้รับ ไม่ทราบ

4.2 ป่วยครั้งนี้ได้รับยาปฏิชีวนะ (ยาต้านจุลชีพ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่

- ไม่ได้รับ
- ได้รับ ระบุชื่อยา วันที่เริ่มกิน วันที่สิ้นสุด

ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ครั้ง วัน

ทานยาสม่ำเสมอทุกมื้อหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

4.3 ในกรณีได้รับ Toxin ของเชื้อ มีการปฐมพยาบาลโดยการล้างท้อง (Gastric lavage) หรือไม่

- ไม่ได้รับ ได้รับ ไม่ทราบ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การบริโภค/เมนูอาหาร) ช่วง 5 วัน ก่อนป่วย (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)

- | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไก่ หรือสัตว์ปีกชนิดอื่น ๆ | <input type="checkbox"/> เนื้อ | <input type="checkbox"/> เครื่องใน | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ |
| ปรุงสุก | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร | ระบุแหล่ง |
| <input type="checkbox"/> หมู | <input type="checkbox"/> เนื้อ | <input type="checkbox"/> เครื่องใน | อื่น ๆ ระบุ |
| ปรุงสุก | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร | ระบุแหล่ง |
| <input type="checkbox"/> วัว | <input type="checkbox"/> เนื้อ | <input type="checkbox"/> เครื่องใน | อื่น ๆ ระบุ |
| ปรุงสุก | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร | ระบุแหล่ง |
| <input type="checkbox"/> ปลา ปรุงสุก | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร | ระบุแหล่ง |
| <input type="checkbox"/> สัตว์ชนิดอื่น ๆ ระบุ | <input type="checkbox"/> เนื้อ | <input type="checkbox"/> เครื่องใน | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ |
| ปรุงสุก | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร | ระบุแหล่ง |
| <input type="checkbox"/> นม ระบุชนิดของนม | แหล่งผลิตนมระบุ | | |
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ | | | |
| <input type="checkbox"/> ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี | <input type="checkbox"/> ต้ม | <input type="checkbox"/> พาสเจอร์ไรซ์ | <input type="checkbox"/> สเตอริไลส์ |
| <input type="checkbox"/> ไข่ ปรุงสุก | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร | ระบุแหล่ง |
| <input type="checkbox"/> ผลิตภัณฑ์จากสัตว์ (เช่น ไส้กรอก เบคอน แหนม) ระบุชนิด | | | |
| ปรุงสุก | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ | <input type="checkbox"/> ใช่ | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร | ระบุแหล่ง |
| <input type="checkbox"/> ผักสด/สลัดผัก/ส้มตำ ระบุเมนูอาหาร | | | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร | ระบุแหล่ง |
| <input type="checkbox"/> ผลไม้ ระบุแหล่ง | | | |
| <input type="checkbox"/> แชนดริช หรืออาหารที่ไม่ได้ผ่านความร้อน ระบุ | | | |
| แหล่งที่มา | <input type="checkbox"/> ปรุงเอง | <input type="checkbox"/> ซื้อ/รับประทานที่ร้านอาหาร | ระบุแหล่ง |

5.14 ในช่วง 1 เดือนก่อนป่วย มีผู้อาศัยร่วมบ้านหรือไม่

ไม่มี

มี ระบุจำนวน คน

- มีอาการป่วยที่เข้าได้กับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน/โรคบิดหรือไม่

ไม่มีอาการป่วย

มีอาการป่วย

5.15 ในช่วง 1 เดือนก่อนป่วย มีผู้ประกอบอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานแสดงอาการป่วยหรือไม่

ไม่มีอาการป่วย

มีอาการป่วยก่อนผู้ป่วย วัน

ไม่ได้รักษา

ได้รับการรักษาที่

มีอาการป่วยหลังผู้ป่วย วัน

ไม่ได้รักษา

ได้รับการรักษาที่

5.16 ในช่วง 1 เดือนก่อนป่วย มีบุคคลอื่นมาเยี่ยมหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่

ไม่มี

มี ระบุจำนวน คน

ไม่ได้พักค้างแรม

พักค้างแรมเป็นระยะเวลา วัน

- บุคคลเหล่านั้นมีอาการป่วยที่เข้าได้กับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน/โรคบิดหรือไม่

ไม่มีอาการป่วย

มีอาการป่วย

ไม่ทราบ/ไม่ได้สังเกต

5.17 ในการสอบสวนโรคครั้งนี้ได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ Rectal swab ในผู้ประกอบอาหารหรือไม่

ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ

ทำการเพาะเชื้อ วันที่เก็บตัวอย่าง ผล

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน) ของผู้ป่วยรายนี้ จำนวน คน (ระบุ)

| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง | | | วันที่เริ่มมีอาการป่วย | ไม่มีอาการ |
|-------|-----------|--|--|--|------------------------|------------|
| | | อุจจาระ/...../..... | Rectal swab/...../..... | อาเจียน/...../..... | | |
| 1. | | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ | | |
| 2. | | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ | | |
| 3. | | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ | | |
| 4. | | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ | | |
| 5. | | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ | <input type="checkbox"/> พบเชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ | | |

7. ตาราง Attack Rate

| อาหารหรือเครื่องดื่ม หรืออื่นๆ | กลุ่มที่กินอาหารที่สงสัย | | | | กลุ่มที่ไม่ได้กินอาหารที่สงสัย | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------|-----|--------------------|--------------------------------|---------|-----|--------------------|
| | ป่วย | ไม่ป่วย | รวม | Attack Rate (%) | ป่วย | ไม่ป่วย | รวม | Attack Rate (%) |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

