

แบบสอบสวนโรคคอตีบ (Diphtheria)

1. ข้อมูลทั่วไป

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

ชื่อ-สกุล เลขที่บัตรประชาชน - - - -

HN AN อาชีพ

ศาสนา สัญชาติ 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

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

จำนวนสมาชิกครอบครัวในบ้านเดียวกัน คน

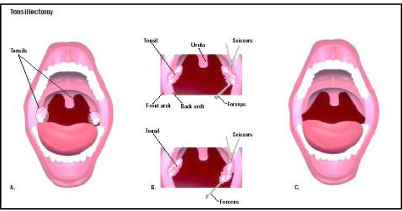
2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ประวัติ/อาการ	ผลการตรวจร่างกายแรกพบ (กรณีมาโรงพยาบาล)
ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	Temp °C BP mmHg
เจ็บคอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	PR /min RR /min
กินได้น้อย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	Tonsil <input type="checkbox"/> Patch <input type="checkbox"/> Exudates
ไอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> Injected <input type="checkbox"/> Enlargement
แผ่นฝ้าขาว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <i>Adherent membrane</i>	Pharynx <input type="checkbox"/> injected <input type="checkbox"/> Not injected
ตำแหน่งที่พบ (แนบภาพถ่ายประกอบกรายงานได้) <input type="checkbox"/> ทอนซิลซ้าย <input type="checkbox"/> ทอนซิลขวา <input type="checkbox"/> คอ <input type="checkbox"/> จมูก <input type="checkbox"/> ลิ้นไก่ <input type="checkbox"/> คอหอยส่วนหลัง <input type="checkbox"/> กล่องเสียง	
คอบวม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	Lung <input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Abnormal
อื่น ๆ ระบุ <input type="checkbox"/> แน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> หายใจไม่ออก <input type="checkbox"/> กลืนลำบาก <input type="checkbox"/> สำลักน้ำ <input type="checkbox"/> แขนขาอ่อนแรง	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3$ WBC
Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
Other

3.2 การตรวจเพาะเชื้อและการเก็บตัวอย่าง

ตรวจ ไม่ตรวจ

ชนิดตัวอย่าง วันที่เก็บ ผลตรวจที่ รพ. Growth No growth ใน 2 วัน

ผลตรวจจากกรมวิทย์ฯ/ศูนย์วิทย์ ผลตรวจ Toxin บวก ลบ

ชนิดตัวอย่าง วันที่เก็บ ผลตรวจที่ รพ. Growth No growth ใน 2 วัน

ผลตรวจจากกรมวิทย์ฯ/ศูนย์วิทย์ ผลตรวจ Toxin บวก ลบ

4. ประวัติการแพทย์

ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา

แพ้ยากลุ่มเพนนิซิลิน

แพ้ยากลุ่ม Erythromycin

เคยแพ้เซรุ่มมาก่อน

แพ้ยากลุ่มอื่น ๆ ระบุ

5. ประวัติวัคซีน

5.1 การรับวัคซีน ไม่เคยได้รับ ไม่มีข้อมูล/ไม่แน่ใจ

เคยได้รับวัคซีน ระบุจำนวนครั้งที่ได้รับ

กรณีเด็กวัคซีน ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบ ครั้งล่าสุดที่ได้รับ วันที่

ระบุ (DTP1, DTP2 เป็นต้น)

กรณีผู้ใหญ่ dT จำนวน เข็ม ครั้งล่าสุดที่ได้รับ วันที่

6. การรักษา

ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ซื้อยากินเอง ชื่อยา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ รพ.สต. วันที่ วินิจฉัย

รพ. วันที่ วินิจฉัย

คลินิก วันที่ วินิจฉัย

การรักษาครั้งนี้ วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ระบุ ส่งต่อ ระบุ

สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย

การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของแพทย์ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ทางเดินหายใจอุดตัน

เส้นประสาทอักเสบ อื่น ๆ ระบุ

การรักษา DAT วันที่ ขนาด หน่วย

dT/DPT วันที่ ขนาด หน่วย

การได้รับยาปฏิชีวนะในการป่วยครั้งนี้

ไม่ได้รับ ได้รับ วันแรกที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

ชนิดของยาที่ได้รับ Roxithromycin Erythromycin PGS

ใส่ท่อช่วยหายใจ (ET-tube) เจาะคอ (Tracheostomy)

7. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- โรคประจำตัว ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
 อื่น ๆ
- มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ
- มีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำ ประวัติสารเสพติด ระบุ
- มีประวัติเดินทางใน 14 วันก่อน ไม่ได้เดินทาง เดินทาง (ระบุ)
ระบุสถานที่ วันที่เดินทางไป กลับ
- สัมผัสผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคติดต่อในระยะ 14 วันก่อนป่วย
ระบุชื่อ ลักษณะการสัมผัส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
- ไปร่วมงานเลี้ยงหรืองานเทศกาลในระยะ 14 วันก่อนป่วย
ระบุชื่อ ลักษณะการสัมผัส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
ระบุสถานที่ วันที่

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

ทะเบียนรายงานการตรวจ Throat swab คาซ็อ Corynebacterium diphtheriae (แบบคอตัว 4)

อำเภอ จังหวัด

ที่	ชื่อ-สกุล	HN	อายุ(ปี)	ที่อยู่	วันที่เก็บ TSC	วันที่ลง Plate	ผล Throat swab culture	หมายเหตุ
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

หมายเหตุ : แบบรายงานนี้ใช้สำหรับทะเบียนการตรวจ Throat swab คาซ็อ Corynebacterium diphtheriae ทั้งนี้ขอให้สรุปและรายงาน สสจ. หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการค้นหาโดยเร็ว