

แบบสอบถามผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสซิกา
สำหรับทารกที่มีศีรษะขนาดเล็ก (PUI กลุ่ม Microcephaly)

ข้อมูลทั่วไปของมารดา

- 1) ชื่อมารดา สกุลมารดา อายุมารดา ปี
- 2) ที่อยู่ของมารดาขณะตั้งครรภ์ บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล
อำเภอ จังหวัด
- 3) ที่ทำงานของมารดา อำเภอ จังหวัด

ข้อมูลทั่วไปของทารก

- 4) ชื่อทารก สกุลทารก
- เพศ ชาย หญิง ไม่ทราบ/กำกวม อายุทารก วัน เดือน
- 5) วันเกิด วันที่ เดือน ปี พ.ศ.
- 6) อายุครรภ์ขณะคลอด

วิธีการประเมินอายุครรภ์	อายุครรภ์ขณะคลอด
6.1 LMP สัปดาห์ (+) วัน
6.2 Ultrasound (วันที่ตรวจ ultrasound/...../.....) สัปดาห์ (+) วัน
6.3 Ballard score สัปดาห์ (+) วัน
6.4 ไม่ทราบวิธี (กรอกข้อนี้เฉพาะในกรณีที่ไม่มีทราบวิธีการประเมิน) สัปดาห์ (+) วัน

- 7) ขนาดรอบศีรษะแรกคลอด เซนติเมตร (กรณาระบุถึงจุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง)
- 8) ขนาดความยาวลำตัวแรกคลอด เซนติเมตร (กรณาระบุถึงจุดทศนิยม 1 ตำแหน่ง)
- 9) น้ำหนักแรกคลอด กรัม

- 10) ความผิดปกติอื่นๆ ของทารกที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสซิกาของมารดาในระหว่างการตั้งครรภ์ (ถ้าพบ)
- | | | | |
|--------------------|------------------|------------------------------|------------------|
| Hypertonia | () พบ () ไม่พบ | spasticity | () พบ () ไม่พบ |
| Hyperreflexia | () พบ () ไม่พบ | sever irritability | () พบ () ไม่พบ |
| Seizure | () พบ () ไม่พบ | Intracranial calcification | () พบ () ไม่พบ |
| Ventriculomegaly | () พบ () ไม่พบ | Decreased brain parenchyma | () พบ () ไม่พบ |
| Pigmentary changes | () พบ () ไม่พบ | Chorioretinal atrophy | () พบ () ไม่พบ |
| Sensorineural loss | () พบ () ไม่พบ | Optic nerve hypoplasia | () พบ () ไม่พบ |
| Clubfoot | () พบ () ไม่พบ | Contractures of joint(s) | () พบ () ไม่พบ |
| Arthrogryposis | () พบ () ไม่พบ | ความผิดปกติอื่นๆ (ระบุ)..... | |

11) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการส่งตรวจ	วันที่ส่ง (หากส่งตรวจ)	การส่งตรวจ	ผลตรวจ (ระบุ)
1. Zika virus			
1.1 Zika PCR จากปัสสาวะ/...../.....	<input type="checkbox"/> ส่ง <input type="checkbox"/> ไม่ส่ง	
1.2 Zika PCR จากเลือด/...../.....	<input type="checkbox"/> ส่ง <input type="checkbox"/> ไม่ส่ง	
1.3 Zika PCR ตัวอย่างอื่นๆ โปรตีนระบุ/...../.....	<input type="checkbox"/> ส่ง <input type="checkbox"/> ไม่ส่ง	
1.4 Zika IgM จากเลือด/...../.....	<input type="checkbox"/> ส่ง <input type="checkbox"/> ไม่ส่ง	
1.5 Zika IgG จากเลือด (เฉพาะทารกที่ศีรษะเล็กที่ IgM negative)/...../.....	<input type="checkbox"/> ส่ง <input type="checkbox"/> ไม่ส่ง	
2. Toxoplasma titer จากเลือด (Serum)/...../.....	<input type="checkbox"/> ส่ง <input type="checkbox"/> ไม่ส่ง	
3. Rubella titer จากเลือด (Serum)/...../.....	<input type="checkbox"/> ส่ง <input type="checkbox"/> ไม่ส่ง	
4. CMV titer จากเลือด (Serum)/...../.....	<input type="checkbox"/> ส่ง <input type="checkbox"/> ไม่ส่ง	
5. CMV PCR จากปัสสาวะ/...../.....	<input type="checkbox"/> ส่ง <input type="checkbox"/> ไม่ส่ง	
6. HSV titer จากเลือด (Serum)/...../.....	<input type="checkbox"/> ส่ง <input type="checkbox"/> ไม่ส่ง	
7. Syphilis titer จากเลือด (Serum)/...../.....	<input type="checkbox"/> ส่ง <input type="checkbox"/> ไม่ส่ง	
8. อื่นๆ (ระบุ)			
...../...../.....	<input type="checkbox"/> ส่ง <input type="checkbox"/> ไม่ส่ง	
...../...../.....	<input type="checkbox"/> ส่ง <input type="checkbox"/> ไม่ส่ง	
...../...../.....	<input type="checkbox"/> ส่ง <input type="checkbox"/> ไม่ส่ง	

12) ประวัติการเจ็บป่วยในระหว่างการตั้งครรภ์ของมารดาและบิดา

อาการ	มารดา				บิดา			
	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ	วันที่เริ่มมีอาการป่วย	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ	วันที่เริ่มมีอาการป่วย
ไข้			/...../.....			/...../.....
ผื่น			/...../.....			/...../.....
ตาแดง			/...../.....			/...../.....
ปวดข้อ			/...../.....			/...../.....
ข้อบวม/แดง/ร้อน			/...../.....			/...../.....
กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร			/...../.....			/...../.....
อาการหรือความผิดปกติอื่นๆ ระหว่างการตั้งครรภ์ของมารดา (โปรดระบุ)			/...../.....			/...../.....
.....								
.....								

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
 ที่ทำงาน วันที่สอบสวน โทรศัพท์