

แบบสอบสวนโรคเฉพาะรายผู้ป่วยโรคหัดตามโครงการกำจัดโรคหัด

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

โทรศัพท์ 0 5624 5618 ถึง 20 ต่อ 315, 316 โทรสาร 0 5624 5617

ID \_\_\_\_\_ (กำหนดโดยอัตโนมัติจาก running number ของฐานข้อมูล)

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน (วันเดือนปีเกิด...../...../.....)

เพศ  ชาย  หญิง เชื้อชาติ.....ที่อยู่ขณะป่วย.....

อาชีพ  เกษตร  ข้าราชการ  รับจ้าง,กรรมกร  ค้าขาย  งานบ้าน  นักเรียน

ทหาร,ตำรวจ  ประมง  ครู  เลี้ยงสัตว์  นักบวช

บุคลากรสาธารณสุข  ในปกครอง  ไม่ทราบอาชีพ  อื่นๆ.....

ประวัติการเจ็บป่วย

วันที่เริ่มมีไข้...../...../..... วันที่เริ่มมีผื่น...../...../..... วันที่ทำการสอบสวน...../...../.....

วันที่รับการวินิจฉัย...../...../..... โรงพยาบาล..... จังหวัดของโรงพยาบาล.....

ชนิดของผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาได้ในชุมชน

ผลการรักษา  หาย  ตาย วันที่ตาย...../...../.....  ยังรักษาอยู่  ไม่ทราบ

อาการ  ไข้  ผื่น  ไอ  มีน้ำมูก  ตาแดง/เยื่อตาอักเสบ  ถ่ายเหลว  ปวดท้อง

หูน้ำหนวก  อื่นๆระบุ.....

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด หรือ หัด-หัดเยอรมัน-คางทูม  เคย 1 ครั้ง  เคย 2 ครั้ง

ได้รับเข็มที่ 1 เมื่อวันที่...../...../..... ได้รับเข็มที่ 2 เมื่อวันที่...../...../.....

ไม่เคย  ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

มีประวัติเดินทางออกนอกประเทศในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนวันเริ่มป่วย ระบุประเทศ.....

มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยโรคหัด/ไข่ออกผื่น ในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนวันเริ่มป่วย

ระบุชื่อ.....เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วยรายนี้

ผู้สัมผัส ร่วมบ้าน จำนวน.....คน มีอาการป่วยสงสัยโรคหัด.....คน

ร่วมสถานศึกษา/ที่ทำงาน จำนวน.....คน มีอาการป่วยสงสัยโรคหัด.....คน

การเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตัวอย่างเลือด วันที่เก็บ...../...../..... วันที่ส่ง...../...../..... ผล.....

ตัวอย่าง Throat/Nasal swab วันที่เก็บ...../...../..... วันที่ส่ง...../...../..... ผล.....

ชนิดผู้ป่วย  สงสัย  เข้าข่าย  ยืนยัน

ลงชื่อ .....ผู้ส่งตัวอย่าง

(.....)

ผู้รับตัวอย่าง.....วัน เดือน ปี...../...../..... เวลา.....น.

ผู้รับตัวอย่างบันทึกข้อสังเกต.....

ผู้แก้ไข (น.ส.โลมไธส วงศ์จินดา)

ผู้รับรอง (น.ส.โลมไธส วงศ์จินดา)

ผู้อนุมัติใช้ (นายกมล ผอ.ย.หิรัญ)