แบบสอบสวนโรคบรูเซลโลสิส (Brucellosis)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) .....
เลขที่บัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ อายุ ..... ปี ..... เดือน เพศ ☐ชาย ☐หญิง
HN ..... AN ..... ศาสนา ..... สัญชาติ .....
อาชีพ ..... ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ไม่เคยเรียน ☐ประถมศึกษา ☐มัธยมศึกษา
☐ปริญญาตรี ☐อาชีวศึกษาและอนุปริญญา ☐สูงกว่าปริญญาตรี
รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน ☐<10,000 บาท ☐10,000–25,000 บาท ☐>25,000 บาท
ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้าน/ทาวน์เฮาส์/ห้องแถว/คอนโดมิเนียม) .....
ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย ☐เจ้าของ ☐เช่าซื้อ ☐เช่า
☐อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า ☐อื่น ๆ .....
สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ☐ไม่มีสิทธิ ☐ประกันสังคม
ในการรักษาครั้งนี้ ☐หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐สิทธิข้าราชการ
☐อื่น ๆ ระบุ .....
ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....
ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....
จังหวัด ..... ☐ในเขตเทศบาลนคร ☐ในเขตเทศบาลเมือง
☐ในเขตเทศบาลตำบล ☐ในเขต อบต.
ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ) .....
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) .....
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ..... จำนวนสมาชิกครอบครัวในบ้านเดียวกัน ..... คน

2. อาการและอาการแสดง

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

ไข้สูง	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	ไข้เป็นระยะ ๆ เป็น ๆ หาย ๆ	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	เหงื่อออกตอนกลางคืน	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	ปวดข้อ	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
อ่อนเพลียมาก	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	ปวดหลัง	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว ภายใน 1-2 สัปดาห์	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	การตรวจร่างกาย ตับและม้ามโต	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
อัณฑะ บวมแดง ปวด	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	อื่น ๆ			

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
วันที่ส่งตรวจ ..... Hct ..... % Platelet ..... x10^3 WBC .....
Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... % Eosinophil ..... % Monocyte ..... %
Other .....

3.2 การย้อมสีแกรม ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.3 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.4 วิธีตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี ..... ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ .....
วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.5 วิธี PCR ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ .....
วันที่ส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.6 การตรวจการทำงานของตับและไต BUN ..... Cr .....
Liver function test: SGOT ..... SGPT ..... ALP .....
Albumin ..... Globulin ..... Total Bilirubin .....
Direct Bilirubin ..... Indirect Bilirubin .....

4. การรักษา

☐ ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
☐ ซื้อยากินเอง ชื่อยา ..... รักษาด้วยยาสมุนไพร ชื่อยา .....
ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....
การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.
ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ .....
สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....
ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุ ..... ขนาด ..... วันที่ได้รับ.....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ในระยะ 6 เดือนก่อนเริ่มมีอาการ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ สัมผัสเลือด รกสัตว์ ปัสสาวะ สารคัดหลั่ง ระบุชนิดสัตว์และสิ่งที่สัมผัส .....
☐ สัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นแฉะ บริเวณคอกหรือฟาร์มสัตว์เลี้ยง .....
☐ ชำแหละซากสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ ..... วันที่ ..... เวลา ..... น.
สถานที่ชำแหละ .....
ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์ .....
☐ เป็นสัตว์ในท้องที่ ☐ นำมาจาก .....
ระบุตำแหน่งพิกัด GPS แหล่งที่มาของสัตว์ (หากทราบ) .....
☐ หั่นเนื้อประกอบอาหาร ระบุชนิดสัตว์ ..... วันที่ ..... เวลา ..... น.
☐ รับประทานเนื้อสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ ..... วันที่ ..... เวลา ..... น.
ระบุวิธีประกอบอาหาร .....

☐ บริโภคน้ำนมที่ไม่ผ่านกระบวนการพาสเจอร์ไรซ์ ระบุเหตุผล .....
ประเภทน้ำนม ☐ น้ำนมดิบ ☐ น้ำนมที่ต้มเอง
ระบุชนิดสัตว์ ..... วันที่ ..... เวลา ..... น.
ระบุแหล่งที่มา .....
ระบุตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ) .....
☐ รีดนมสัตว์ หรือทำความสะอาดในคอกปศุสัตว์
ระบุชนิดสัตว์ ..... วันที่ ..... เวลา ..... น.
ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์ .....
☐ เป็นสัตว์ในท้องที่ ☐ นำมาจาก .....
ระบุตำแหน่งพิกัด GPS แหล่งที่มาของสัตว์ และ/หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ (หากทราบ) .....

5.2 ลักษณะบ้านพักอาศัย ☐ พักในฟาร์มหรือเขตเลี้ยงสัตว์ ☐ นอกฟาร์ม
☐ มีการเลี้ยงสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ .....

5.3 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ ระบุตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ) .....
☐ มีน้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ/ดินแห้งเป็นฝุ่น
☐ มีการเลี้ยงสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ .....
☐ โรงงานที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์จากสัตว์/โรงฆ่าสัตว์ ระบุประเภทและชนิดสัตว์ .....

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

มีผู้ที่ร่วมสัมผัสเลือด รกสัตว์ บริโภคน้ำนมหรือเนื้อสัตว์ หรือหายใจเอาฝุ่นละอองที่อยู่ภายในคอกสัตว์เดียวกันด้วยหรือไม่

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่	
2.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่	
3.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่	
4.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่	

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....
ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....
หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรคโดยเฉลี่ย 5–60 วัน ขึ้นกับสายพันธุ์ของเชื้อ

แบบค้นหาผู้ป่วยโรคบรูเซลโลสิสเพิ่มเติม (แบบบรูเซลโลสิส 2)

สถานที่เกิดเหตุ .....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เพศ	อายุ	วันที่เริ่มป่วย	มีผู้ที่อยู่ร่วมบ้านมีอาการคล้ายกับผู้ป่วย			ผู้ที่อยู่ในชุมชนหรือละแวกบ้านมีอาการคล้ายผู้ป่วย			มีผู้ที่อยู่ในสถานประกอบการ/สถานที่ปฏิบัติงาน/สถานที่ศึกษาเดียวกันมีอาการคล้ายผู้ป่วย			หากตอบใช่ มีผู้มีอาการจำนวน (คน)
					ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														