

# แบบสอบสวนโรคเลปโตสไปโรสิส (Leptospirosis)

## 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 .....

ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย  อยู่ในชุมชนเขตเมือง  อยู่ในชุมชนท้องถิ่นชนบท  อื่น ๆ .....

ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ) .....

ภูมิลาเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

สถานที่ทำงาน/สถานที่ศึกษา .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) .....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....

## 2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่  ไม่มี  มี

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ซีฟจร ..... ครั้ง/นาที

หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

ไข้เฉียบพลัน	<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
ปวดเมื่อยตัว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะ กล้ามเนื้ออ่อน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ภาวะดีซ่าน (Jaundice) เช่น ตาเหลือง ตัวเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เยื่อぶตาขาววมแดง (conjunctival suffusion) โดยไม่มีหนอง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ภาวะผิดปกติทางไต เช่น ไม่มีปัสสาวะ ปัสสาวะ ออกน้อย ไตวาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีผื่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไอ หายใจลำบาก หอบ ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ความดันต่ำ โดยไม่มีสาเหตุ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ภาวะเลือดออก เช่น ถ่ายเป็นเลือด (ถ่ายอุจจาระ เป็นสีดำ) ปัสสาวะเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หัวใจเต้นผิดปกติ ค่า ECG ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ .....	

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

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

#### 3.2 การตรวจการทำงานของตับและไต

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

#### 3.3 ผลการตรวจปัสสาวะ

ระดับโปรตีนในปัสสาวะ ..... ระดับเลือดในปัสสาวะ .....  
ระดับน้ำตาลในปัสสาวะ .....

#### 3.4 วิธี Rapid test ตรวจหา antigen ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ .....

วันส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

#### 3.5 การตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี IFA MAT Latex agglutination อื่นๆ

ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันส่งตรวจ .....  
ผล ..... ผล (ระบุค่า titer) ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

#### 3.6 วิธี PCR ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ .....

วันส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

- 3.7 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ  ส่งตรวจ .....  
วันส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.8 EKG  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ  
ผล .....
- 3.9 อื่น ๆ ระบุวิธี .....  ส่งตรวจ .....  
วันส่งตรวจ ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

#### 4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
- ซื้อยากินเอง ชื่อยา .....
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
ยาปฏิชีวนะที่ใช้ ..... เริ่มวันที่ .....  
วันที่จำหน่าย .....
- การรักษารั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.
- ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....
- สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....
- การวินิจฉัย .....
- ยารักษาโรคจำเพาะที่ได้รับ .....

#### 5. ประวัติการสัมผัสโรค ในระยะ 30 วันก่อนป่วย

- 5.1 การสัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นแฉะ  ไม่มีการสัมผัส  สัมผัส ระบุ .....
- มีการเลี้ยงสัตว์ในบริเวณใกล้เคียง  ไม่มี  มี ระบุชนิดสัตว์ .....
- 5.2 เหตุผลในการสัมผัส  ประกอบอาชีพ ได้แก่  ทำนา  ชุตลอกคูคลอง  อื่น ๆ .....  
 ท่องเที่ยว  แข่งกีฬา  น้ำท่วม
- (หากเป็นการทำนา ระบุประเภท  การทำนาดำ  นาหว่าน  นาหยอด  นาที่สูง/ชั้นบันได  
ระบุกิจกรรมที่ทำ เช่น ถอนกล้า/ย่อยดิน/หว่านปุ๋ย .....
- 5.3 ลักษณะการสัมผัส  แชน้ำ  เดินลุยน้ำ  ว่ายน้ำ  กลืนน้ำ/สำลักน้ำ
- 5.4 ลักษณะแหล่งน้ำที่สัมผัส  น้ำนิ่ง  น้ำไหลเอื่อย  น้ำไหลแรง  พื้นดินชื้นแฉะ
- 5.5 ระยะเวลาการสัมผัส  น้อยกว่า 6 ชั่วโมง/วัน  มากกว่า 6 ชั่วโมง/วัน
- 5.6 การป้องกันตนเอง  ไม่สวมรองเท้า  
 สวมรองเท้าแตะ  สวมรองเท้าหุ้มส้น  
 สวมรองเท้าบูทครึ่งแข้ง  สวมรองเท้าบูทถึงเข่า
- 5.7 การเกิดบาดแผล  ไม่มีบาดแผล  มีบาดแผล ระบุ .....
- 5.8 ตำแหน่งบาดแผล  มือ  แขน  ขา  เท้า  ลำตัว
- 5.9 ลักษณะบาดแผล  ไม่มีเลือดออก  มีเลือดออก
- 5.10 การสัมผัสน้ำ  บาดแผลสัมผัสน้ำโดยตรง  มีพลาสติกปิด
- 5.11 การกินอาหารค้างมือที่ไม่ได้เก็บไว้ในตู้กับข้าวที่มีมิดชิด  ไม่ได้กิน  กิน
- 5.12 การกินเครื่องในสัตว์ดิบ ๆ สุก ๆ  ไม่ได้กิน  กิน

## 6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

6.1 ภูมิภาคประเทศและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ บริเวณหมู่บ้านที่พักอาศัยของผู้ป่วยมีลักษณะ

ไม่เป็นที่ราบ  เป็นที่ราบ ระบุ .....

นาข้าว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	สวนยางพารา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนปาล์มน้ำมัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง/อ้อย/ข้าวโพด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนผลไม้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่อ้อย/ลิ้นจี่/แก้วเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อื่น ๆ อธิบาย .....			

ไม่เป็นที่ลาดเนิน  เป็นที่ลาดเนิน/ป่าเขา ระบุ .....

นาข้าว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	สวนยางพารา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนปาล์มน้ำมัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง/อ้อย/ข้าวโพด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนผลไม้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่อ้อย/ลิ้นจี่/แก้วเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อื่น ๆ อธิบาย .....			

ไม่มี  มี สระน้ำ/หนอง/บึง ระบุ .....

มีสัตว์อยู่ใกล้ หรือสามารถลงไปใช้พื้นที่ได้ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุชนิดสัตว์ .....
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ) .....

ไม่มี  มี คู/คลอง/เหมือง/ฝาย/ลำน้ำไหล ระบุ .....

มีสัตว์อยู่ใกล้ หรือสามารถลงไปใช้พื้นที่ได้ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุชนิดสัตว์ .....
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ) .....

ระบุตำแหน่งพิกัด GPS ของสถานที่ (หากทราบ) .....

6.2 ลักษณะบ้านพักอาศัย

ลักษณะที่พักอาศัย	<input type="checkbox"/> บ้านเดี่ยว <input type="checkbox"/> ทาวน์เฮาส์ <input type="checkbox"/> ห้องแถว <input type="checkbox"/> คอนโดมิเนียม	
	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ .....	
น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
การเลี้ยงสัตว์	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุชนิดสัตว์ .....
หนูชุกชุม	<input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบ
บริเวณรอบบ้าน มีของวางเกะกะ/รก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
อื่น ๆ อธิบาย .....		

ระบุตำแหน่งพิกัด GPS ของสถานที่ (หากทราบ) .....

6.3 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ

น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
การเลี้ยงสัตว์	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี ระบุชนิดสัตว์ .....
หนูชุกชุม	<input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบ
หอยเชอร์รี่	<input type="checkbox"/> ไม่ชุกชุม	<input type="checkbox"/> ชุกชุม
อื่น ๆ อธิบาย .....		

ระบุตำแหน่งพิกัด GPS ของสถานที่ (หากทราบ) .....

## 7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

### 7.1 รายชื่อผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่ .....	
2.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่ .....	
3.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่ .....	
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่ .....	

### 7.2 รายชื่อผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้าน/โรงเรียน/ที่ทำงานเดียวกัน (เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

ไม่มี  มี

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่ .....	
2.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่ .....	
3.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่ .....	
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่ .....	

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....