

แบบสอบสวนโรคแอนแทรกซ์

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... เลขที่บัตรประชาชน ----

อายุ.....ปี เพศ ① ชาย ② หญิง อาชีพ..... ศาสนา.....

มีอาการป่วยหรือไม่ ① มี ② ไม่มี (ถ้าไม่มีข้ามไปตอบข้อ 5 และ ข้อ 6)

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

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

วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... วันที่จำหน่าย.....

ผลการรักษา ① กำลังรักษา ② หาย ③ ตาย ④ ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

2.1 ระบบทางเดินอาหาร เริ่มมีอาการ วันที่..... เวลา.....

ไข้	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ปวดท้อง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
คลื่นไส้	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	อาเจียน	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ท้องร่วง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	อื่นๆ (ระบุ).....	
ถ่ายเป็นเลือด	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	

2.2 Oro - pharynx เริ่มมีอาการ วันที่..... เวลา.....

คอบวม	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	กลืนลำบาก	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
เสียงแหบ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	หายใจลำบาก	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
อื่นๆ (ระบุ).....			

2.3 ผิวหนัง เริ่มมีอาการ วันที่..... เวลา.....

ตุ่มหนอง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	แผล eschar	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ต่อมน้ำเหลือง	① บวม ② ไม่บวม ③ ไม่ทราบ	อื่นๆ (ระบุ).....	
ถ้าบวม ตำแหน่ง.....			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 ย้อมสีกรัม ① ทำ สิ่งส่งตรวจ..... วันส่งตรวจ..... ผล..... ② ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

3.2 เพาะเชื้อแบคทีเรีย ① ทำ สิ่งส่งตรวจ..... วันส่งตรวจ..... ผล..... ② ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

4. การรักษา

- ① ซ้ำยากินเอง ชื่อยา..... ② รักษาด้วยยาสมุนไพร
- ③ ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล ที่..... วันที่..... เดือน..... ปี.....
ยาปฏิชีวนะที่ใช้..... เริ่มวันที่.....

5. ประวัติการสัมผัสโรค

5.1 ในระยะ 7 วัน ก่อนมีการ สัมผัสซาก เนื้อ หรือผลิตภัณฑ์ของสัตว์ที่สงสัยว่าตายด้วยโรคแอนแทรกซ์ หรือไม่

- ① มี ระบุ ② ไม่มี

① ซ้ำแหละซากสัตว์ ระบุชนิดสัตว์..... วันที่.....เดือน.....ปี.....เวลา.....

สถานที่ซ้ำแหละ.....

ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์.....

- ① เป็นสัตว์ในท้องที่ ② นำมาจาก.....

② เนื้อประกอบอาหาร ระบุชนิดสัตว์.....วันที่.....เดือน.....ปี.....เวลา.....

รับประทาน ระบุชนิดสัตว์.....วันที่.....เดือน.....ปี.....เวลา.....

ระบุวิธีประกอบอาหาร.....

5.2 ในระยะ 7 วัน ก่อน(ป่วย) มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกัน หรือไม่

- ① มี ระบุ ② ไม่มี

ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

5.3 ในระยะ 7 วัน หลังวันเริ่มป่วย มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกัน หรือไม่

- ① มี ระบุ ② ไม่มี

ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 ผู้ที่ร่วมซ้ำแหละซากสัตว์

ชื่อ.....ที่อยู่.....

บุคคลที่ได้รับแจก/ซื้อเนื้อสัตว์ตัวเดียวกัน

ชื่อ.....ที่อยู่.....

ชื่อ.....ที่อยู่.....

6.2 ผู้ที่ร่วมซ้ำแหละซากสัตว์

ชื่อ.....ที่อยู่.....

บุคคลที่ได้รับแจก/ซื้อเนื้อสัตว์ตัวเดียวกัน

ชื่อ.....ที่อยู่.....

ชื่อ.....ที่อยู่.....

6.3 ผู้ที่ร่วมซ้ำแหละซากสัตว์

ชื่อ.....ที่อยู่.....

บุคคลที่ได้รับแจก/ซื้อเนื้อสัตว์ตัวเดียวกัน

ชื่อ.....ที่อยู่.....

ชื่อ.....ที่อยู่.....

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรค (Incubation period) 1-7 วัน

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....