

แบบสอบสวนโรคสุกใส

1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน ---

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนถนนตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น.....โรงเรียน.....

ตั้งอยู่หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ 1 ป่วย วินิจฉัย 2 ไม่ป่วย

ผลการรักษา 1 กำลังรักษา 2 หาย 3 เสียชีวิต วันที่.....

4 ไม่สมัครอยู่ 5 ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

2. ประวัติการเจ็บป่วย

สถานที่รักษาในปัจจุบัน.....H.N.

วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล.....

วันที่จำหน่าย.....

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

ไข้ มี.....°C ไม่มี ไม่ทราบ

ผื่น มี วันที่..... ไม่มี

ลักษณะของผื่น ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ผื่นแดง(papule)

ตุ่มใส(vesicle)

แผลตกสะเก็ด(granular scab)

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ตรวจระดับ Neutralizing Antibody Titer ต่อ Varicella Zoster Virus

เจาะเลือดครั้งที่ 1 วันที่เจาะ..... ผล titer

เจาะเลือดครั้งที่ 2 วันที่เจาะ..... ผล titer

2. ELISA TEST เจาะเลือดวันที่.....ผลการตรวจ.....

3. TZANCK TEST ผลการตรวจพบ Multinucleated giant cell พบ ไม่พบ

4. ประวัติการรับวัคซีน

ประวัติการได้รับรับวัคซีน

Varicella DOSE 1 ได้เมื่อ..... ไม่ได้ ไม่ทราบ

Varicella DOSE2 ได้เมื่อ..... ไม่ได้ ไม่ทราบ

มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ มี ไม่มี

5. ประวัติการสัมผัสโรค (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

ในช่วง 17 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดสุกใสหรือไม่

เคย ไม่เคย

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....

ประวัติการรับวัคซีนโทร.....

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

โทร.....

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค(จุดมุ่งหมายเพื่อทราบรายชื่อบุคคลที่อาจติดเชื้อจากผู้ป่วยรายนี้)

การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดในช่วง 2 วันก่อนผู้ป่วยมีผื่นขึ้น และ 6 วันหลังมีผื่นขึ้นหรือไม่

มี ไม่มี

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีนโทร.....

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีนโทร.....

6.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีนโทร.....

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีนโทร.....

6.3 ผู้สัมผัสในชุมชน

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีนโทร.....

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีนโทร.....

7. ผู้ป่วยรายอื่น

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน

โทร.

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

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

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคอีสุกอีใส (chicken pox)

โรคคางทูม (varicella zoster) และโรคเริม (herpes simplex)

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 โทรสาร 0-2591-2153

(หมายเลขวิเคราะห์.....)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปีเดือน.....วัน
ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย..... วัน/เดือน/ปี ที่รับไว้..... วัน/เดือน/ปี ที่จำหน่าย.....
รับการรักษาที่ ร.พ. อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์..... HN..... แพทย์ผู้รักษา.....

ประวัติการรับวัคซีน

ไม่เคย เคย เมื่ออายุ ปี เดือน, พ.ศ.

อาการและการตรวจพบ

ไข้ อุดมทงุมิ°ซ เจ็บคอ มีน้ำมูก ไอ
 ผื่น ที่บริเวณ ลักษณะ
 แผลที่บริเวณ ลักษณะ
 ต่อมน้ำเหลืองทั่วไปโต ระบุ
 อาการทางระบบอวัยวะสืบพันธ์ ระบุ
 อาการอื่น ๆ ระบุ

การตรวจอื่น ๆ เช่น เม็ดเลือดขาว/มล. PMN% L%

เม็ดเลือดแดง/มล. Bacterial cultures

การวินิจฉัยทางคลินิก chicken pox
 varicella zoster
 herpes simplex

ตัวอย่างส่งตรวจ

vesicular fluid วัน/เดือน/ปี ที่เก็บ

pustular fluid วัน/เดือน/ปี ที่เก็บ

สะเก็ดแผล วัน/เดือน/ปี ที่เก็บ

eye swab วัน/เดือน/ปี ที่เก็บ

smear จากปากมดลูก วัน/เดือน/ปี ที่เก็บ

จากที่อื่น ๆ ระบุ

เลือด ครั้งที่ 1 วัน/เดือน/ปี ครั้งที่ 2 วัน/เดือน/ปี

วัน/เดือน/ปี ที่ส่งตัวอย่าง/...../.....

ชื่อและที่อยู่ของผู้นำส่งตัวอย่าง	ชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ต้องทราบผล
ชื่อ.....	ชื่อ.....
ที่อยู่.....	ที่อยู่.....
.....
.....
โทรศัพท์	โทรศัพท์
โทรสาร.....	โทรสาร.....