

แบบสอบถามโรคเชื้อบูตาอักเสบ

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

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

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

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

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

ที่อยู่ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

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

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

กรณีเป็นนักเรียน โรงเรียน หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

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

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่	① ป่วย วินิจฉัย	② ไม่ป่วย
วันเริ่มป่วย.....	วันที่มาโรงพยาบาล.....	วันที่จำหน่าย.....
ผลการรักษา	① กำลังรักษา ② หาย ③ เสียชีวิต ④ ส่งต่อ ระบุ.....	

2. อาการและอาการแสดง

ตาแดง	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ	ซีตา	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
เลือดออกที่เยื่อตา	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ	ปวดตา	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ		① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	วันที่ส่ง	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
น้ำเหลืองครั้ง1				
น้ำเหลืองครั้ง2				
Conjunctival swab	Virus isolation			

4. การรักษา

สถานที่รักษา	ยาที่ให้	วันที่เริ่มให้	ผลการรักษา

5. ปัจจัยเสี่ยง/ พฤติกรรมเสี่ยง

อาศัยอยู่กับผู้ป่วยตาแดง	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ		① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
ใช้ของร่วมกัน	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ		① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ

6. ประวัติการสัมผัสโรค/ผู้ป่วยรายอื่น

6.1 ในระยะ วัน ก่อนวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในบ้าน ละแวกบ้านเดียวกัน หรือโรงเรียน และมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยหรือไม่

① มี ระบุ ... ② ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ที่อยู่	วันเริ่มป่วย

7. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด

7.1 ในระยะเวลา วันหลังวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในบ้านเดียวกัน สัมผัสกับผู้ป่วยหรือไม่

① มี ระบุ ... ② ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	มีอาการหรือไม่ (บรรยาย)	วันเริ่มป่วย

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....
 ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคเยื่อตาอักเสบจากไวรัส

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

(หมายเลขวิเคราะห์.....)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี เดือน.....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.....

อาการและการตรวจพบ

ใช้ ไม่มี มี °ซ เจ็บคอ มีน้ำมูก ไอ

อาการทางสมอง ไม่มี มี ระบุ

ตาอักเสบ ตาขวา ลักษณะ

ตาซ้าย ลักษณะ

น้ำตา / ชีตา ลักษณะ

อาการอื่นๆ ระบุ

การวินิจฉัยทางคลินิก

ตัวอย่างส่งตรวจ

สวอบตา วัน/เดือน/ปี ที่เก็บ/...../.....

เลือด เก็บครั้งที่ 1 วัน/เดือน/ปี/...../.....

เก็บครั้งที่ 2 วัน/เดือน/ปี/...../.....

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

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

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

1. ปริมาณ พอ ไม่พอ

2. น้ำแข็ง มี ไม่มี

3. สภาพ ดี ไม่ดี

4. อื่นๆ

ลงชื่อ ผู้รับตัวอย่าง

วัน/เดือน/ปี/...../.....