

แบบสอบถามโรคคอติด

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน ----

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

เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

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

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

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

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 โรงเรียนชั้น.....ห้อง.....

2. ประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยเบื้องต้นของแพทย์.....

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

สถานที่รักษา.....HN.....

ผลการรักษา ① กำลังรักษา ② หาย ③ เสียชีวิต วันที่..... ④ ส่งต่อ ระบุ.....

อาการ ใช้ ① มี วันที่ ② ไม่มี

เจ็บคอ ① มี วันที่ ② ไม่มี

ไอเสียงก้อง ① มี วันที่ ② ไม่มี

แผ่นฝ้าขาว ① มี วันที่ ② ไม่มี

ตำแหน่งที่แผ่นเยื่อ ① ทอลซิล (tonsil) ซ้าย.....ขวา.....

② ลิ้นไก่ (Uvula)

③ คอหอยส่วนหลัง (Posterior pharynx)

ต่อมน้ำเหลือง (Lymph node) โตมุ่มขากรไทรโต ① มี ② ไม่มี

คอบวม (Neck swelling) ① มี ② ไม่มี

แผลที่ผิวหนังมีแผ่นเยื่อสีขาว (Skin ulcer) ① มี ② ไม่มี

ภาวะแทรกซ้อน

Airway obstruction ① มี วันที่เริ่มมีอาการ..... ② ไม่มี

Myocarditis ① มี วันที่เริ่มมีอาการ..... ② ไม่มี

Neuritis โดยมีอาการดังต่อไปนี้

สาลักน้ำ ① มี วันที่เริ่มมีอาการ..... ② ไม่มี

กลืนลำบาก ① มี วันที่เริ่มมีอาการ..... ② ไม่มี

แขนขาอ่อนแรง ① มี วันที่เริ่มมีอาการ..... ② ไม่มี

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Nasal Swab (Nasal cavity) วันที่ส่งตรวจ.....ผลการตรวจ.....
Throat Swab (Tonsil, Posterior pharynx) วันที่ส่งตรวจ.....ผลการตรวจ.....
Skin Swab (Skin Ulcer) วันที่ส่งตรวจ.....ผลการตรวจ.....

4. การรักษา

Diphtheria Antitoxin ① มี ขนาด..... วันที่ให้การรักษา..... ② ไม่มี
Antibiotics ชนิด..... ① มี ขนาด..... วันที่ให้การรักษา..... ② ไม่มี

5. ประวัติการได้รับท็อกซอยด์

เคยได้รับท็อกซอยด์ป้องกันโรคคอตีบ.....ครั้ง มีบัตรสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ ① มี ② ไม่มี

วันเดือนปี ที่ได้รับท็อกซอยด์ป้องกันโรคคอตีบ

ครั้งที่ 1/...../..... อายุ ครั้งที่ 2/...../..... อายุ
ครั้งที่ 3/...../..... อายุ ครั้งที่ 4/...../..... อายุ
ครั้งที่ 5/...../..... อายุ

6. ประวัติการสัมผัสโรค/ผู้ป่วยรายอื่น

6.1 ในช่วง 10 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง ① มี ระบุ ② ไม่มี
ระบุ.....วันที่.....โทร.

6.2 ผู้ใกล้ชิดที่สงสัยว่าเป็นโรคคอตีบในช่วง 10 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....โทร.

6.3 ที่โรงเรียน เพื่อน ครูที่สงสัยว่าป่วยเป็นโรคคอตีบในช่วง 10 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้
① มี ระบุ ② ไม่มี
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....โทร.

6.4 ผู้ป่วยคอตีบรายอื่นที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกันและป่วยในช่วง 10 วันก่อนวันเริ่มป่วยของ
ผู้ป่วยรายนี้
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....โทร.

7. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด ผู้สัมผัสใกล้ชิดในช่วง 15 วัน นับจากวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้
(หมายถึง เพื่อนสนิทที่เล่น กิน นอน ไปไหนมาไหนด้วยกัน/พ่อแม่ พี่น้อง คนที่อยู่ในบ้านเดียวกัน)
(จุดมุ่งหมายเพื่อทราบรายชื่อบุคคลที่อาจติดเชื้อจากผู้ป่วยรายนี้)

7.1 ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครอบครัวเดียวกัน ① มี ระบุ ② ไม่มี
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....
ประวัติการรับวัคซีน.....โทร.
ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....
ประวัติการรับวัคซีน.....โทร.

- 7.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดในโรงเรียน ① มี ระบุ ② ไม่มี
 ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....
 ประวัติการรับวัคซีน.....โทร.
 ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....
 ประวัติการรับวัคซีน.....โทร.
- 7.3 ผู้สัมผัสใกล้ชิดในชุมชนที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ① มี ระบุ ② ไม่มี
 ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....
 ประวัติการรับวัคซีน.....โทร.

8. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ๆ (จุดมุ่งหมายเพื่อทราบว่าผู้ป่วยรายอื่นในชุมชนหรือไม่)

- ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน
 โทร.
- ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน
 โทร.

ชื่อผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....
 สถานที่ปฏิบัติงาน..... วันที่สอบสวน