

แบบสอบถามกลุ่มอาการเชื้อหุ้มสมองอักเสบ/ไข้สมองอักเสบ

1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน ---

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

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

1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ถนน ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ 1 ป่วย วินิจฉัย 2 ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

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

ผลการรักษา 1 กำลังรักษา 2 หาย 3 เสียชีวิต 4 ไม่สมัครอยู่ 5 ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ประวัติการได้รับวัคซีน ได้ข้อมูลจาก.....

JE 1 ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

2 ไม่ได้รับ

9 ไม่ทราบ

DTP 1 ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

2 ไม่ได้รับ

9 ไม่ทราบ

BCG 1 ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

2 ไม่ได้รับ

9 ไม่ทราบ

อื่น ๆ ระบุ ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| ไข้ | <input type="checkbox"/> 1 มี | <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ |
| ปวดศีรษะรุนแรง | <input type="checkbox"/> 1 มี | <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ |
| ปวดกระบอกตา | <input type="checkbox"/> 1 มี | <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ |
| ชักแข็งเกร็ง | <input type="checkbox"/> 1 มี | <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ |
| คอแข็ง | <input type="checkbox"/> 1 มี | <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ |
| หลังแข็ง | <input type="checkbox"/> 1 มี | <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ |
| ความรู้สึกสับสน (confusion) | <input type="checkbox"/> 1 มี | <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ |
| ไม่รู้สึกรู้ตัว | <input type="checkbox"/> 1 มี | <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ |
| อื่น ๆ ระบุ | | | |

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 เจาะเลือด (Blood) วันที่.....

ผลจำนวนเม็ดเลือดขาว..... ต่อ ลบ.มม.

Neutrophil.....%..(ค่าปกติ 55 - 75%) Lymphocyte.....%..(ค่าปกติ 20 - 35%)

Eosinophil.....%..(ค่าปกติ 1 - 3%) Monocyte.....%..(ค่าปกติ 2 - 6%)

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากโลหิต 1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ทำ

3.2 เจาะน้ำไขสันหลัง (C.S.F.) วันที่.....

ลักษณะของน้ำไขสันหลัง 1 ชุ่น 2ใส

จำนวนเซลล์ (Cell Count).....ต่อ ลบ.มม. (Neutrophil.....%)

Lymphocyte.....%)

น้ำตาล.....mg% protein.....mg%

ย้อมเชื้อจากน้ำไขสันหลัง 1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ทำ

ตรวจ Indian ink 1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ทำ

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากน้ำไขสันหลัง 1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ทำ

3.3 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา

• HI test เจาะเลือด ระยะ Acute เมื่อวันที่.....ผล.....

เจาะเลือดระยะ Convalescence เมื่อวันที่.....ผล.....

• ELISA IgM น้ำเหลือง 1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ตรวจ

น้ำไขสันหลัง 1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ตรวจ

• IFA น้ำเหลือง 1 ทำ วันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ตรวจ

น้ำไขสันหลัง 1 ทำวันที่.....ผล.....

2 ไม่ได้ตรวจ

4. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.....

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับจากการตรวจรักษาครั้งแรก

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

1 ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ 2 ทำงานในโรงฆ่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา

ทำมาเป็นระยะเวลา

ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....

3 อื่น ๆ (ระบุ)

5.2 ประวัติการสัมผัสโรค

● เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

| | | | | | | |
|-----------|----------------------------|-----|----------------------------|-----|----------------------------|-------------|
| หอยโข่ง | <input type="checkbox"/> 1 | สุก | <input type="checkbox"/> 2 | ดิบ | <input type="checkbox"/> 3 | ดิบ ๆ สุก ๆ |
| หอยเชอรี่ | <input type="checkbox"/> 1 | สุก | <input type="checkbox"/> 2 | ดิบ | <input type="checkbox"/> 3 | ดิบ ๆ สุก ๆ |
| | <input type="checkbox"/> 1 | สุก | <input type="checkbox"/> 2 | ดิบ | <input type="checkbox"/> 3 | ดิบ ๆ สุก ๆ |
| | <input type="checkbox"/> 1 | สุก | <input type="checkbox"/> 2 | ดิบ | <input type="checkbox"/> 3 | ดิบ ๆ สุก ๆ |
| | <input type="checkbox"/> 1 | สุก | <input type="checkbox"/> 2 | ดิบ | <input type="checkbox"/> 3 | ดิบ ๆ สุก ๆ |

● เกี่ยวกับการสัมผัส สัตว์เศรษฐกิจ และสัตว์อื่น ๆ ภายใน 30 วันก่อนป่วย

| | | | | | | |
|------------------|----------------------------|----|----------------------------|-------|----------------------------|---------|
| เลี้ยงสุกร | <input type="checkbox"/> 1 | มี | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 | ไม่ทราบ |
| ทำงานโรงฆ่าสัตว์ | <input type="checkbox"/> 1 | มี | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 | ไม่ทราบ |
| ขายเนื้อสุกร | <input type="checkbox"/> 1 | มี | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 | ไม่ทราบ |
| ฆ่าสุกร | <input type="checkbox"/> 1 | มี | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 | ไม่ทราบ |
| ขนส่งสุกรมอเตอร์ | <input type="checkbox"/> 1 | มี | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่มี | <input type="checkbox"/> 9 | ไม่ทราบ |

ได้สัมผัสกับสัตว์

| | | | | |
|-------------------|----------------------------|-----|----------------------------|--------|
| หมู | <input type="checkbox"/> 1 | เคย | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่เคย |
| ม้า | <input type="checkbox"/> 1 | เคย | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่เคย |
| ค่างคาว | <input type="checkbox"/> 1 | เคย | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่เคย |
| นกพิราบ | <input type="checkbox"/> 1 | เคย | <input type="checkbox"/> 2 | ไม่เคย |
| อื่น ๆ ระบุ | | | | |

5.3 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

- สภาพบ้าน มีมุ้งลวดรอบบ้านหรือไม่ 1 มี 2 ไม่มี
นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่ 1 มี 2 ไม่มี
- บริเวณรอบบ้าน มีทุ่งนาหรือไม่ 1 มี 2 ไม่มี
มีคอกสัตว์หรือไม่ 1 มี ระบุชนิดสัตว์..... 2 ไม่มี
- ในหมู่บ้าน มีฟาร์ม/คอกสัตว์หรือไม่ 1 มี ระบุชนิดสัตว์..... 2 ไม่มี
มีค่างคาวกินผลไม้ชุกชุมหรือไม่ 1 มี ระบุบริเวณ..... 2 ไม่มี
มีนกพิราบ/นกเขาชุกชุมหรือไม่ 1 มี ระบุบริเวณ..... 2 ไม่มี
- เคยเดินทางไปที่ไหน (ภายใน 30 วันก่อนป่วย) หรือไม่
 - ระบุ ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
สภาพพื้นที่ 1 ทุ่งนา 2 คอกสัตว์ 3 อื่น ๆ (ระบุ).....
 - ระบุ ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
สภาพพื้นที่ 1 ทุ่งนา 2 คอกสัตว์ 3 อื่น ๆ (ระบุ).....

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

6.1 ผู้ป่วยรายอื่นก่อนและหลัง ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย

- มีสมาชิกในบ้านที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่บ้านติดกันและละแวกบ้านเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่โรงเรียน/ที่ทำงาน เดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....

6.2 ผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

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

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยกลุ่มอาการโรคไข้มองอักเสบจากเชื้อไวรัส (JEV)

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.....

ในช่วง 30 วันก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไป ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รับการรักษาที่ ร.พ.อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....HN.....แพทย์ผู้รักษา.....

ประวัติสัมผัสกับสัตว์ได้แก่ สุนัข สุกร หมู แมว ม้า อื่นๆ (ระบุ).....

ประวัติการได้รับวัคซีน JE เคย จำนวน.....เข็ม ไม่เคย ไม่แน่ใจ

อาการสำคัญ

ไข้ วันเดือนปีที่เริ่มเป็นไข้..... อุณหภูมิสูงสุด.....⁰ซ

- ปวดศีรษะ สับสนหรือระดับความรู้สึกลดลง
- กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ชัก
- คลื่นไส้, อาเจียน คอแข็ง
- ชี้น Kerning sign positive
- เสียความรู้สึกตัว หมดสติ

การเคลื่อนไหวผิดปกติ ระบุ.....

ผลการตรวจเบื้องต้นทางห้องปฏิบัติการ

น้ำไขสันหลัง วัน/เดือน/ปี ที่เจาะ.....ลักษณะ ชุ่น ใส จำนวนเซลล์...../ลบ.มม.

เม็ดเลือดขาว...../ลบ.มม., PMN.....%, Mononuclear cell.....%

วัน/เดือน/ปี ที่เก็บตัวอย่าง

ตัวอย่างน้ำไขสันหลัง (CSF) หมายเลขวิเคราะห์ (NIH No.)

ครั้งที่ 1/...../.....

ครั้งที่ 2/...../.....

ตัวอย่างน้ำเหลือง (serum)

ครั้งที่ 1/...../.....

ครั้งที่ 2/...../.....

ครั้งที่ 3/...../.....

| | เฉพาะเจ้าหน้าที่ฝ่ายอาชีวไวรัส | | | | |
|---------------|--------------------------------|---|-------------|--------------------|---|
| | CSF | | Acute Serum | Convalescent serum | |
| | 1 | 2 | | 1 | 2 |
| D-IgM | | | | | |
| D-IgG | | | | | |
| JE-IgM | | | | | |
| Interpretable | | | | | |
| หมายเหตุ | | | | | |
| Date | | | | | |

ชื่อและที่อยู่ของผู้ต้องการให้ส่งผล

ชื่อ-สกุล.....

ที่อยู่.....

.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรค

Viral myocarditis/Pericarditis/Meningitis/Encephalitis จากไวรัสเอนเทอโร

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.....

รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์.....HN.....แพทย์ผู้รักษา.....

ประวัติการป่วยครั้งก่อน

- Pharyngotonsillitis เคย ไม่เคย วัน/เดือน/ปี/...../.....
- Reumatism เคย ไม่เคย วัน/เดือน/ปี/...../.....
- หอบเหนื่อย เคย ไม่เคย วัน/เดือน/ปี/...../.....
- เล็บมือและเท้าเขียวคล้ำ เคย ไม่เคย วัน/เดือน/ปี/...../.....

อาการและการตรวจพบ ไม่มีไข้

- มีไข้ นาน วัน อุณหภูมิสูงสุด⁰ซ ขณะนี้ยังมีไข้⁰ซ
- ไม่มีไข้ หอบ เหนื่อยง่าย ไม่รู้สึกตัว
- Cyanose Clubbing fingers ลักษณะผื่นบริเวณ.....
- เม็ดตุ่มใสบริเวณฝ่ามือ/เท้า/ลำคอ คอแข็ง

ตัวอย่างส่งตรวจ

- อูจจาระ เก็บวัน/เดือน/ปี/...../.....
- นำไขสันหลัง เก็บวัน/เดือน/ปี/...../.....
- 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..... |

สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการบันทึกการบันทึกสภาพตัวอย่างส่งตรวจ

- 1. ปริมาณ พอ ไม่พอ
- 2. น้ำแข็ง มี ไม่มี
- 3. สภาพ แห้ง ชื้น
- 4. อื่นๆ
- สรุป ดี ไม่ดี

ลงชื่อผู้รับตัวอย่าง
วัน/เดือน/ปี/...../.....