

แบบสอบถามไข้เอนเทอริค, ไข้ทัยฟอยด์, ไข้พาราทัยฟอยด์ และซัลโมเนลโลซิส

1. ข้อมูลทั่วไป

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

อายุ.....ปี วันเดือนปีเกิด...../...../..... เพศ ① ชาย ② หญิง

อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....สถานที่.....

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น.....โรงเรียน.....ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

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

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

④ ไม่สมัครใจอยู่ ⑤ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

ประวัติการรับวัคซีนป้องกันไข้ทัยฟอยด์ ① ไม่เคยได้รับ ② เคยได้รับเมื่อ ..... ③ ไม่ทราบ

อาการและอาการแสดง

ไข้สูงลอย T>38.5°C นานกว่า 1 สัปดาห์	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ปวดท้อง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ปวดบ่ง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
หนาวสั่น	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ท้องอืด	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
เบื่ออาหาร	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ไม่ถ่ายเกิน 3 วัน	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
อาการซ้อด	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ถ่ายเป็นมูกเลือด	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
มีอาการแสดงของ เชื้อนุซ่งท้องอักเสบ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ถ่ายเป็นเลือดสด	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ตับโต	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ถ่ายเหลวเกินกว่า 3 ครั้ง ใน 1 วัน	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ม้ามโต	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ถ่ายเป็นน้ำสีขี้ขาว	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
		อื่น ๆ ระบุ.....	

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ห้องปฏิบัติการที่ตรวจระบุ .....

- CBC วันที่ตรวจ ..... ผล WBC ..... ลบ./มม.
- Widal test วันที่ตรวจ ..... ผล .....
- เพาะเชื้อจาก :-

สิ่งส่งตรวจ	วันที่ส่งเพาะเชื้อ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						อื่น ๆ ระบุ
			Ampi	Tetra	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro	
อุจจาระ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							
ปัสสาวะ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							

(ต่อ)

สิ่งส่งตรวจ	วันที่ส่งเพาะเชื้อ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						อื่นๆ ระบุ
			Ampi	Tetra	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro	
เลือด		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							
น้ำไขสันหลัง		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							
ไขกระดูก		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							
อื่น ๆ ระบุ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							

• ส่งตรวจตัวอย่างอาหาร น้ำดื่ม นม อาหารอื่นๆ ที่สงสัย

ชนิดของตัวอย่าง ส่งตรวจ	แหล่ง ที่เก็บ	วันที่ เก็บ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						
				Ampi	Tetra	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro	อื่นๆ ระบุ
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ							

#### 4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
① ได้พบแพทย์ ② พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ③ อื่นๆ ระบุ .....
- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค ① Enteric Fever ② Typhoid ③ Paratyphoid  
④ Salmonellosis ⑤ อื่นๆ ระบุ.....
- ยาปฏิชีวนะ  
① ได้รับ..... ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ..... x ..... ครั้ง ..... วัน  
② ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ

#### 5. ปัจจัยเสี่ยง

- ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยเดินทางไปไหนบ้าง  
① เดินทาง  
ไปสถานที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด.....วันที่.....  
2. ไปสถานที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด.....วันที่.....  
② ไม่ได้เดินทาง ③ จำไม่ได้
- ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้มีผู้มาเยี่ยมเยือนหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่  
① มีผู้มาเยี่ยม ② มีผู้มาพักอาศัย ③ ไม่มี

- ผู้ที่มาเยี่ยมเยียนหรือมาพักอาศัย มีใครมีอาการป่วยเหมือนผู้ป่วย
  - ① มีอาการป่วย
  - ② ไม่มีอาการป่วย
  - ③ ไม่ทราบ
- พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม) ภายใน 3 สัปดาห์ ก่อนการป่วยครั้งนี้ โดยปกติส่วนใหญ่รับประทานอาหารหรือน้ำดื่มที่ไหน

มื้ออาหาร	สถานที่					
	บ้าน	โรงเรียน	ร้านอาหาร	รถเข็น	ทาบเร่	อื่น ๆ ระบุ
เช้า						
กลางวัน						
เย็น						

น้ำดื่ม ระบุประเภท ..... แหล่งน้ำดื่มระบุ ..... ① ต้ม ② ไม่ต้ม ③ กรอง ④ ขวดปิดสนิท

- โอกาสสัมผัส/แพร่โรค
  - ผู้ประกอบอาหารในครอบครัว มีอาการป่วยเช่นเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่
    - ① ไม่มีอาการป่วย
    - ② มีอาการป่วยก่อนผู้ป่วย ..... วัน
    - ③ ป่วยหลังผู้ป่วย
    - ④ ไปรับการรักษาที่ ..... ⑤ ไม่ได้รักษา
  - ในการสอบสวนโรคได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ rectal swab ในผู้ประกอบอาหารหรือไม่
    - ① ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ
    - ② ทำการเพาะเชื้อ  พบเชื้อระบุ .....
    - ไม่พบเชื้อ

หมายเหตุ “ในครอบครัว” ให้หมายถึงสถานเลี้ยงดูเด็ก สถานสงเคราะห์หรืออื่นๆ ซึ่งมีการอยู่อาศัยร่วมกันจำนวนมาก

#### 6. การค้นหาผู้สัมผัส

- การเพาะเชื้อจากอุจจาระของคนในครอบครัว หรือในสถานที่ที่อยู่อาศัยร่วมกันจำนวนมาก

ชื่อ - สกุล	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	วันที่เก็บ อุจจาระ	ผลการ เพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						อาการป่วย		
				Ampi	Tetra	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro	มี	ไม่มี	
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ									
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ									
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ									
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ									
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ									

หมายเหตุ ระยะเวลาฟักตัว ตั้งแต่ 3 วัน - 3 เดือน ปกติ 1 - 3 สัปดาห์ (ขึ้นอยู่กับจำนวนเชื้อที่ได้รับ)  
สำหรับ paratyphoidal gastroenteritis 1 - 10 วัน

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