

แบบสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษ

1. ข้อมูลทั่วไป

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

อายุ.....ปี 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.

วันเริ่มป่วยวันที่มาโรงพยาบาล.....วันที่จำหน่าย.....

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

④ ไม่สมัครใจอยู่ ⑤ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ถ่ายเป็นน้ำ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ใช่	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ถ่ายเหลว	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ปวดศีรษะรุนแรง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ถ่ายมีมูก	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ตะคริวที่ท้อง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ถ่ายมีเลือด	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ปวดมวนท้อง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ปวดท้อง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ตะคริวที่ขา	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ท้องผูก	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	อ่อนเพลีย	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
คลื่นไส้อาเจียน	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ความดันโลหิตต่ำ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
อาหารไม่ย่อย	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	อัมพาต	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ปากแห้ง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	เห็นภาพซ้อน	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
เหงื่อออกตัวเย็น	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	อาการอื่น ๆ ระบุ.....	

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ ระบุวันที่ส่งตรวจ.....

- อาหารที่ส่งเพาะเชื้อระบุ ① พบเชื้อระบุ ② เพาะเชื้อไม่ขึ้น ③ ไม่ได้เพาะเชื้อ
- เพาะเชื้อจากอุจจาระ ① พบเชื้อระบุ ② เพาะเชื้อไม่ขึ้น ③ ไม่ได้เพาะเชื้อ
- เพาะเชื้อจาก rectal swab ① พบเชื้อระบุ ② เพาะเชื้อไม่ขึ้น ③ ไม่ได้เพาะเชื้อ
- เพาะเชื้อจากอาเจียน ① พบเชื้อระบุ ② เพาะเชื้อไม่ขึ้น ③ ไม่ได้เพาะเชื้อ
- ทดสอบการสร้างสารพิษของเชื้อ ① พบสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น ② ไม่พบสารพิษ ③ ไม่ได้ทดสอบที่เพาะขึ้น

4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
 - ① ได้พบแพทย์ ② พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ③ อื่นๆ ระบุ
- ยาปฏิชีวนะ
 - ① ได้รับ ระบุ ② ไม่ได้รับ ③ ไม่ทราบ
- ป่วยครั้งนี้ได้ซื้อยามาซื้อ (ยาปฏิชีวนะ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่
 - ① ซื้อ ระบุ ② ไม่ได้ซื้อ
- ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORT/ORS) หรือไม่ ① ได้รับ ② ไม่ได้รับ ③ ไม่ทราบ
- ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ① ได้รับ ② ไม่ได้รับ ③ ไม่ทราบ
- เป็นประเภผู้ป่วย ① ผู้ป่วยนอก ② ผู้ป่วยใน วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 - เข้า ICU
 - ไม่ได้เข้า ICU

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหาร/อาหารว่าง/ขนม/นมสดหรืออื่น ๆ) ช่วง 3 วัน ก่อนป่วย (ในกรณีสารพิษ 8 - 12 ชั่วโมง)

① กินเนื้อสัตว์ดิบ ระบุชนิด	② กินเนื้อสัตว์สุกๆ ดิบๆ ระบุชนิด.....
③ กินอาหารทะเลดิบ ระบุชนิด.....	④ กินอาหารทะเลสุกๆ ดิบๆ ระบุชนิด
⑤ กินอาหารค้างมือโดยไม่ได้อุ่น ระบุ	⑥ กินอาหารอื่น ๆ ระบุ
⑦ ดื่มนมสดระบุชนิดของนม..... แหล่งผลิตนมระบุ	
<ul style="list-style-type: none"> ① ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ ② ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี ① ต้ม ② พาสเจอร์ไรส์ ③ สเตอริไลซ์ 	
⑧ กินขนมระบุ	⑨ กินอาหารหมักดอง ระบุ
⑩ ปกติดื่มน้ำ ① ต้ม ② ไม่ต้ม ③ กรอง ④ ขวดปิดสนิท	

- ประวัติการรับประทานอาหารช่วง 3 วันก่อนเริ่มป่วย

	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ/ได้มา			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			

- อาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วยครั้งนี้ (ระบุ)
วันที่รับประทาน เวลา น. ชื่อจากแหล่ง ระบุ
- จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหารที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ คน
มีอาการเหมือนผู้ป่วย..... คน ② ไม่มีใครมีอาการป่วย

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น : ในสถานที่เดียวกันและช่วงเวลาใกล้เคียงกัน กับการป่วยของผู้ป่วย

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง			วันที่เริ่มมีอาการป่วยคล้ายผู้ป่วย	ไม่มีอาการ
		อุจจาระ/...../.....	Rectal swab/...../.....	อาเจียน/...../.....		
1.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
2.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
3.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
4.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
5.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		
6.		<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> พบเชื้อ..... <input type="checkbox"/> ไม่พบ		

หมายเหตุ ระยะเวลาฟักตัวของ *Staphylococcus aureus* 30 นาที - 8 ชั่วโมง โดยปกติ 2 - 4 ชั่วโมง
 ระยะเวลาฟักตัวของ *Clostridium perfringens* 6 - 24 ชั่วโมง โดยปกติ 10 - 12 ชั่วโมง
 ระยะเวลาฟักตัวของ *Bacillus cereus* 1 - 6 ชั่วโมง ในรายที่มีอาการอาเจียน ส่วนในรายที่มีอาการท้องเสีย
 ระยะเวลาฟักตัวอยู่ในช่วง 6 - 24 ชั่วโมง
 ระยะเวลาฟักตัวของ *Vibrio parahaemolyticus* 12 - 24 ชั่วโมง หรือในช่วง 3 - 30 ชั่วโมง
 ระยะเวลาฟักตัวของ *Vibrio vulnificus* 12 ชั่วโมง - 3 วัน ภายหลังจากกินอาหารทะเลที่ไม่ได้ทำให้สุกก่อน โดย
 เฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเรื้อรังอยู่ก่อน เกิดปัญหา septicemia
 ระยะเวลาฟักตัวของ *Clostridium botulinum* สำหรับอาการทางระบบประสาท 12 - 36 ชั่วโมงหรืออาจหลาย
 วัน ส่วนใหญ่ระยะฟักตัวสั้น

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

ตัวอย่างการวิเคราะห์แบบสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษ

Attack Rate Table

สถานที่เกิดโรค.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

อาหารหรือเครื่องดื่ม หรืออื่นๆ	กลุ่มที่กินอาหารที่สงสัย				กลุ่มที่ไม่ได้กินอาหารที่สงสัย			
	ป่วย	ไม่ป่วย	รวม	Attack Rate(%)	ป่วย	ไม่ป่วย	รวม	Attack Rate(%)

