

แบบสอบถามโรคเรื้อน

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

ผิวหนังมีวงต่าง	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ	Ulnar N.โต2ข้าง	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
ผิวหนังนูนแดง	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ	ผิวหนังดิ่งรั้ง	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
ไม่รู้สึกล (ชา)	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ	นิ้วมือพิการ/กุด	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
ผม/ขนร่วง	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ	นิ้วเท้าพิการ/กุด	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตำแหน่งรอยโรคที่ผิวหนัง	วิธีการตรวจ	วันที่ส่ง	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4. การรักษา

ยา	วิธีการให้	วันที่เริ่มให้	ระยะที่ให้	ผลการรักษา

5. ประวัติการสัมผัสโรค/ผู้ป่วยรายอื่น

5.1 ในระยะ 5 ปีก่อนป่วย มีคนที่อยู่ในบ้าน หรือละแวกบ้านเดียวกัน และมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยหรือไม่

① มี ระบุ ... ② ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	เชื้อของโรค	วันรักษา	สถานที่รักษา/ยา

6. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด

6.1 มีคนที่อยู่ในบ้านเดียวกัน สัมผัสกับผู้ป่วยหรือไม่

① มี ระบุ ... ② ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	ได้รับการตรวจผิวหนัง (ตำแหน่ง/เมื่อ)	ผลการตรวจ ผิวหนัง

6.2 มีคนที่อยู่ในชุมชนหรือละแวกบ้านผู้ป่วย สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือไม่

① มี ระบุ ... ② ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ที่อยู่	ได้รับการตรวจผิวหนัง (ตำแหน่ง/เมื่อ)	ผลการตรวจ ผิวหนัง

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

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อน (Leprosy)

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.....

อาการ

การรักษา ยาที่ใช้รักษาเดิม

ยาที่ใช้รักษาปัจจุบัน.....

การวินิจฉัยเบื้องต้น (พิจารณา ไม่พิจารณา)

rule out leprosy PB (I, TT, BT) MB (BT⁺, BB, BL, LL)

ผลการตรวจเบื้องต้น

Bacterial index (BI)

พยาธิวิทยา

ตัวอย่างส่งตรวจ

skin biopsy or skin punch วัน/เดือน/ปี ที่เก็บตัวอย่าง

slit skin smear วัน/เดือน/ปี ที่เก็บตัวอย่าง.....

nasal swab วัน/เดือน/ปี ที่เก็บตัวอย่าง.....

serum วัน/เดือน/ปี ที่เก็บตัวอย่าง.....

ช่วงเวลาเก็บตัวอย่างส่งตรวจ

ก่อนการรักษา หลังการรักษา เดือนที่ 1 3 6 12 24 อื่นๆระบุ.....

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

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

การปฏิบัติการทางห้องปฏิบัติการ (เฉพาะเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ)

1. การตรวจ PCR ของ slit skin smear ผล positive negative

2. การตรวจ PCR ของ skin biopsy ผล positive negative

3. การตรวจ PCR ของ nasal swab ผล positive negative

4. การตรวจ PGL-1 antibody ของ serum ผล reactive nonreactive

5. การตรวจทางพยาธิวิทยา

.....