

แบบสอบสวนโรคเลปโตสไปโรซิส

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

มีอาการป่วยหรือไม่ ① มี ② ไม่มี (ถ้าไม่มีข้ามไปตอบข้อ 5)

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....

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

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

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

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

ผลการรักษา ① กำลักรักษา ② หาย ③ ตาย ④ ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ไข้เฉียบพลัน	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	หนาวสั่น	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	กดเจ็บตามกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ปวดศีรษะอย่างรุนแรง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	คอแข็ง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ตาแดง (Conjunctival suffusion)	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ตาเหลือง ตัวเหลือง (Jaundice)	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ไอแห้ง ๆ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ไอมีเสมหะปนเลือด	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ไอเป็นเลือดสด ๆ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	หายใจหอบ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
อาเจียนเป็นเลือด	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ปัสสาวะสีเข้ม	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ปัสสาวะออกน้อย	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 Latex agglutination test ① ทำ ครั้งที่ 1 วันที่..... ผล..... ② ไม่ทำ
ครั้งที่ 2 วันที่..... ผล.....
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.2 ตรวจ IFA ① ทำ ครั้งที่ 1 วันที่..... ผล..... ② ไม่ทำ
ครั้งที่ 2 วันที่..... ผล.....
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.3 ตรวจ ELISA ① ทำ ครั้งที่ 1 วันที่..... ผล..... ② ไม่ทำ
ครั้งที่ 2 วันที่..... ผล.....
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.4 ตรวจ MAT ① ทำ ครั้งที่ 1 วันที่..... ผล..... ② ไม่ทำ
ครั้งที่ 2 วันที่..... ผล.....
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

- 3.5 เพาะเชื้อแบคทีเรีย ① ทำ วันที่.....ผล..... ② ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.6 วิธีอื่น ระบุ..... ① ทำ ครั้งที่ 1 วันที่.....ผล..... ② ไม่ทำ
ครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

4. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
ได้รับการวินิจฉัยว่า
ยาที่ใช้.....เริ่มวันที่.....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ภูมิภาคและสิ่งแวดล้อมรอบๆ บริเวณหมู่บ้านที่พำนักอาศัยของผู้ป่วยมีลักษณะ

- ① เป็นที่ราบ ระบุ ② ไม่เป็น

นาข้าว	① มี ② ไม่มี	สวนยางพารา	① มี ② ไม่มี
สวนปาล์ม/น้ำมัน	① มี ② ไม่มี	ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง/อ้อย/ ข้าวโพด	① มี ② ไม่มี
สวนผลไม้	① มี ② ไม่มี	ไร่ถั่วลิสง/ถั่วเหลือง	① มี ② ไม่มี
อื่นๆ อธิบาย.....			

- ① เป็นที่ลาดเนิน/ป่าเขา ระบุ ② ไม่เป็น

นาข้าว	① มี ② ไม่มี	สวนยางพารา	① มี ② ไม่มี
สวนปาล์ม/น้ำมัน	① มี ② ไม่มี	ไร่มันเทศ/มัน/สำปะหลัง/อ้อย/ ข้าวโพด	① มี ② ไม่มี
สวนผลไม้	① มี ② ไม่มี	ไร่ถั่วลิสง/ถั่วเหลือง	① มี ② ไม่มี
อื่นๆ อธิบาย.....			

- ① มีสระน้ำ/หนอง/บึง ระบุ ② ไม่มี

การปล่อยโค กระบือ	① ปล่อยให้ลงได้	② ไม่ปล่อยให้ลง
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ).....		

- ① มีคู/คลอง/เหมือง/ฝาย/ลำน้ำไหล ระบุ ② ไม่มี

การปล่อยโค กระบือ	① ปล่อยให้ลงได้	② ไม่ปล่อยให้ลง
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ).....		

5.2 ลักษณะบ้านพักอาศัย

บริเวณบ้านพักอาศัย	① เป็นชุมชนแออัดในเขตเมือง	② เป็นบ้านที่ตั้งอยู่กระจัดกระจาย
น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ	① มี	② ไม่มี
การเลี้ยงสัตว์	① มี ระบุชนิดสัตว์.....	② ไม่มี
หนูชุกชุม	① พบ	② ไม่พบ
อื่นๆ อธิบาย.....		

5.3 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ

น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ	① มี	② ไม่มี
การเลี้ยงสัตว์	① มี ระบุชนิดสัตว์.....	② ไม่มี
หนูชุกชุม	① พบ	② ไม่พบ
หอยเชอร์รี่	① ชุกชุม	② ไม่ชุกชุม
อื่นๆ อธิบาย.....		

5.4 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเลปโตสไปโรซิสที่ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ในช่วง 30 วัน ก่อนป่วย

-การสัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นและ	① สัมผัส ระบุ	② ไม่มีการสัมผัส
ลักษณะการสัมผัส	① แชน้ำ ② เดินลุยน้ำ ③ ว่ายน้ำ ④ กลืนน้ำ/สำลักน้ำ	
ลักษณะแหล่งน้ำที่สัมผัส	① น้ำนิ่ง ② น้ำไหลเอื่อย ③ น้ำไหลแรง ④ พื้นดินชื้นแฉะ	
ระยะเวลาการสัมผัส	① น้อยกว่า 6 ชั่วโมง/วัน ② มากกว่า 6 ชั่วโมง/วัน	
-การป้องกันตนเอง	① สวมรองเท้าแตะ	② สวมรองเท้าหุ้มส้น
	③ สวมรองเท้าบูทครึ่งแข้ง	④ สวมรองเท้าบูทถึงเข่า
	⑤ ไม่สวมรองเท้า	
-การเกิดบาดแผล	① มีบาดแผล ระบุ	② ไม่มีบาดแผล
ตำแหน่งบาดแผล	① มือ ② แขน ③ ขา ④ เท้า ⑤ ลำตัว	
ลักษณะบาดแผล	① มีเลือดออก	② ไม่มีเลือดออก
การสัมผัสน้ำ	① บาดแผลสัมผัสน้ำโดยตรง	② มีพลาสติกปิด
-อาหารค้างมือที่ไม่ได้เก็บไว้ในตู้กับข้าวที่มิดชิด	① กิน	② ไม่ได้กิน
-เครื่องในสัตว์ดิบๆ สุกๆ	① กิน	② ไม่ได้กิน

5.5 ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ในช่วง 30 วัน ก่อนป่วย)

วิธีการบันทึก ชักประวัติ และบันทึกวันที่ตามปฏิทิน โดยนับตั้งแต่วันที่เริ่มแรกที่มีอาการใช้เป็นเวลา 4 สัปดาห์ จนครบ โดยทำเครื่องหมายในทุกๆ ช่องของแต่ละช่วงสัปดาห์ ถ้ามีพฤติกรรมตามที่ระบุไว้ “✓” พร้อมทั้งระบุสถานที่ที่ทำการกิจกรรม แต่ถ้าไม่มีพฤติกรรม ใส่ “X”

วันที่ตามปฏิทิน (ระหว่างวันที่)/.....	Wk.1	Wk.2	Wk.3	Wk.4
พฤติกรรม	ก่อนป่วย	ก่อนป่วย	ก่อนป่วย	ก่อนป่วย	ก่อนป่วย
1.1 การทำนา -ไถนา/ตัดหญ้า/ถางหญ้าตามคันนา -หว่านกล้า/ถอนหญ้า/ดำนา/ หว่านปุ๋ย -กำจัดวัชพืช/เดินหาทุ่ง หอย ปู ปลา ในนา -เกี่ยวข้าว/เก็บข้าวในนา ระบุสถานที่ที่ทำการกิจกรรม					
1.2 การหาปลา -ตกปลา/วางตาข่าย/ทอดแห -ปักเบ็ด/ถูเบ็ด -วิดปลา ระบุสถานที่ที่ทำการกิจกรรม					
1.3 การออกไปล่าหนูตอนกลางคืน ระบุสถานที่ที่ทำการกิจกรรม					

วันที่ตามปฏิทิน (ระหว่างวันที่)/.....	Wk.1	Wk.2	Wk.3	Wk.4
พฤติกรรม	ก่อนป่วย	ก่อนป่วย	ก่อนป่วย	ก่อนป่วย	ก่อนป่วย
1.4 การลอกสระ/ดู/คลอง ระบุสถานที่ที่ทำการกิจกรรม					
1.5 การเก็บเคลื่อนย้ายสิ่งของ ก่อน/หลังน้ำท่วม ระบุสถานที่ที่ทำการกิจกรรม					
1.6 การไปว่ายน้ำ/ดำน้ำ ระบุสถานที่ที่ทำการกิจกรรม					
1.7 การเลี้ยงดูแคโรไล กรรบีอ สุกร ระบุสถานที่ที่ทำการกิจกรรม					
1.8 การทำงานในโรงฆ่าสัตว์ ระบุสถานที่ที่ทำการกิจกรรม					
1.9 การลอกท่อ/น้ำโสโครก ระบุสถานที่ที่ทำการกิจกรรม					
1.10 อื่นๆ ระบุ.....					
ระบุสถานที่ที่ทำการกิจกรรม					

สรุป : สงสัยว่าวิธีการติดเชื้อเกิดจากพฤติกรรม.....

แหล่งโรคมาจะเป็น.....

เมื่อวันที่.....

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ในสถานที่ซึ่งคาดว่าเป็นแหล่งติดโรคที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสรายนี้มีผู้สัมผัสรายอื่นด้วยหรือไม่

① มี ระบุ

② ไม่มี

ลำดับ	ชื่อ	บ้านเลขที่	อายุ	เพศ	อาการป่วย			หมายเหตุ
					มีอาการป่วย		ไม่มี	
					ระบุอาการ	วันเริ่มป่วย		
1								
2								
3								
4								

แผนที่แสดงสถานที่ซึ่งคาดว่าเป็นแหล่งติดโรคที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรค (Incubation period) 2-30 วัน (โดยเฉลี่ย 10 วัน)

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

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรสิส (Leptospirosis)

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 โทรสาร 0-2591-2153

(หมายเลขวิเคราะห์.....)

ผู้ป่วย ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วย อาชีพ.....
 ชื่อ-สกุลผู้ป่วย เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปีเดือน.....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.....
 ประวัติ ก่อนมีอาการ 1-30 วัน

μ 1. เคยใกล้ชิดกับสัตว์

- สุนัข สุกร วัว/ ควาย
 อื่นๆ ระบุ

μ 2. เคยสัมผัสกับน้ำที่อาจมีเชื้อปนเปื้อน

- น้ำท่วมขัง แม่น้ำลำคลอง ปลักโคลน
 หนองบึง บ่อ อื่นๆ ระบุ
 ไม่เคย ไม่ทราบ

อาการตรวจพบ

- ไข้ขึ้นทันที ปวดกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้ออ่อน
 ตัวเหลือง ตาแดง ปวดท้อง
 ปัสสาวะน้อย คอแข็ง ต่อม้ำเหลืองโต
 ปวดหลัง อ่อนเพลีย อื่นๆ ระบุ

การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ

เจาะเลือดครั้งแรก วันที่.....
 เจาะเลือดครั้งที่ 2 วันที่.....

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

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