

แบบสอบสวนโรคหัด

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/ชุมชนถนนตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.
 ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น..... โรงเรียน.....
 ตั้งอยู่หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

2. ประวัติการเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... วันที่จำหน่าย.....
 ผลการรักษา 1 กำลังรักษา 2 หาย 3 เสียชีวิตวันที่..... 4 ไม่สมัครอยู่
 5 ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

ไข้	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
ไอ	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
ตาแดง	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
ผื่น	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
น้ำมูกไหล	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
ขณะมีผื่นยังมีไข้หรือไม่	<input type="checkbox"/> 1. มี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
อาการแทรกซ้อน ปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
อุจจาระร่วง	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
หูน้ำหนวก	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
สมองอักเสบ	<input type="checkbox"/> 1. มี เริ่มวันที่.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี

3. ปัจจัยเสี่ยง

3.1 เคยป่วยเป็นโรคไข่ออกผื่นมาก่อนหรือไม่ 1. เคย เมื่อ..... สถานที่รักษา
 2. ไม่เคย
 3.2 เคยฉีดวัคซีนหัดหรือไม่ 1. เคย จำนวน เข็ม ครั้งสุดท้ายเมื่อ..... สถานที่ฉีดวัคซีน
 2. ไม่เคย
 3.3 น้ำหนัก.....ก.ก.
 3.4 ผู้ป่วยมีภาวะขาดอาหารหรือไม่ 1. ขาดอาหารระดับที่ 1 2. ขาดอาหารระดับที่ 2
 3. ขาดอาหารระดับที่ 3 4. ปกติ

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.1 เพื่อแยกเชื้อ	Heparinized blood	<input type="checkbox"/> 1 ตรวจผล	<input type="checkbox"/> 2 ไม่ตรวจ
	Nasal swab/Throat swab	<input type="checkbox"/> 1 ตรวจผล	<input type="checkbox"/> 2 ไม่ตรวจ

- 4.2 เพื่อตรวจแอนติบอดี Serum เจาะครั้งที่ 1 วันที่.....ผล.....
 เจาะครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....
 CSF เจาะครั้งที่ 1 วันที่.....ผล.....
 เจาะครั้งที่ 2 วันที่.....ผล.....

5. ประวัติการสัมผัสโรค

5.1 ในช่วง 2 สัปดาห์ สัมผัสกับผู้สงสัยป่วยเป็นโรคหัดหรือไม่ ระบุ

1. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....
 โทร.....
 2. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....
 โทร.....

6. การค้นหาผู้สัมผัส

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....
 ประวัติการรับวัคซีน..... โทร.....
 2. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....
 ประวัติการรับวัคซีน..... โทร.....

6.2 ผู้สัมผัสในชุมชน

1. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....
 ประวัติการรับวัคซีน..... โทร.....
 2. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....
 ประวัติการรับวัคซีน..... โทร.....

6.3 ผู้สัมผัสในโรงเรียน

- นักเรียนชั้นจำนวน.....คน
 นักเรียนชั้นจำนวน.....คน
 นักเรียนชั้นจำนวน.....คน

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ๆ

1. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....
 ประวัติการรับวัคซีน..... โทร.....
 2. ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....ที่อยู่.....
 ประวัติการรับวัคซีน..... โทร.....

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