

แบบสอบสวนโรคเมลิออยโดสิส

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.

ภูมิลำเนา 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 กำลังรักษา ② หาย ③ ตาย ④ ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ไข้	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	น้ำหนักลด	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ไอมีเสมหะเล็กน้อย	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ไอมีเสมหะปนเลือด	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ข้ออักเสบ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ทางเดินปัสสาวะหรือไตอักเสบ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ฝีที่ผิวหนัง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	อาการของฝีในปอด	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
อาการของฝีในตับ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	อาการของฝีในตำแหน่งอื่นๆ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ข้อ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ระบุ.....	
อื่นๆ (ระบุ).....			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 ย้อมสีแกรม ① ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล..... ② ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.2 ตรวจ IHA ① ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล..... ② ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.3 ตรวจ IFA ① ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล..... ② ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.4 เพาะเชื้อแบคทีเรีย ① ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล..... ② ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

4. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 ยาปฏิชีวนะที่ได้รับจากการตรวจรักษาครั้งแรก.....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 โรคเรื้อรังที่พบก่อน ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

การติดเชื้อทางเดิน หายใจเรื้อรัง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	การติดเชื้อวัณโรค	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
การติดเชื้อเรื้อรังอื่น ๆ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	มะเร็ง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	เบาหวาน	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
โรคไต	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ ระบุ.....	โรคเลือด	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ ระบุ.....

5.2 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

- ① ทำนา ทำมาเป็นระยะเวลา..... ② ทำสวน ทำมาเป็นระยะเวลา.....
 ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....
- ③ ทำไร่ ทำมาเป็นระยะเวลา..... ④ อาชีพเก็บขยะ ทำมาเป็นระยะเวลา.....
 ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....
- ⑤ ขุดลอกท่อระบายน้ำ/สระ/คู/คลอง ⑥ จับสัตว์น้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา.....
 ทำมาเป็นระยะเวลา..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....
 ระบุสถานที่ที่ทำ.....
- ⑦ ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ ⑧ ทำงานในโรงฆ่าสัตว์
 ทำมาเป็นระยะเวลา..... ทำมาเป็นระยะเวลา.....
 ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....
- ⑨ ว่ายน้ำ ระบุที่ ⑩ ตั้มน้ำที่ไม่ได้ผ่านการต้มสุก
- ⑪ เดินลุยน้ำ ระบุที่..... ⑫ มักมีบาดแผลจากการประกอบอาชีพ
- ⑬ เคยทำอาชีพเกษตรกรรมในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อ ถึง
- ⑭ อื่น ๆ ระบุ.....

6. การค้นหาผู้ป่วยโรคmelioidosis (Acute Melioidosis) รายอื่น

6.1 ในระยะ 10 วัน ก่อน(ป่วย) มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกัน หรือสถานที่ประกอบ
 อาชีพที่เดียวกันหรือไม่

- ① มี ระบุ ② ไม่มี
- ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....
- ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....
- ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคmelioidosis (Meliodosis)

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.....

อาการ

มีไข้มา.....วัน
 Septicemia Acute Chronic Localized ที่อื่นๆ ระบุ.....
Underlying disease ไม่มี มี

ลักษณะผู้ป่วย หาย เรื้อรัง กลับเป็นใหม่
 กลับบ้าน ตาย อื่นๆ ระบุ.....

การรักษา ยาที่ใช้รักษา.....

การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ

เจาะเลือดครั้งแรก วันที่.....

เจาะเลือดครั้งที่ 2 วันที่.....

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

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