

แบบสอบถามโรคไอกรน

1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน ----

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

เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

ชื่อ-สกุลผู้ปกครอง กรณีผู้ป่วยเป็นเด็ก.....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทร.

1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... โทร.

1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน โรงเรียน..... ชั้น..... ห้อง.....

2. ประวัติการเจ็บป่วย

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

ผลการรักษา 1 กำลักรักษา 2 หาย 3 เสียชีวิต วันที่..... 4 ไม่สมัครอยู่

5 ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

สถานที่รักษาในปัจจุบัน..... H.N.

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

อาการคล้ายหัด มี วันที่..... ไม่มี

ไอเป็นชุด(paroxysms) มี วันที่..... ไม่มี

มีเสียงหายใจเข้าดังฮู้บหลังอาการไอ(whoop after cough) มี ไม่มี

มีเลือดออกใต้เยื่อตาขาว(subconjunctival bleeding) มี ไม่มี

อาเจียนหลังการไอ(vomiting after cough) มี ไม่มี

ชัก (convulsion) มี ไม่มี

หายใจติดขัด(breathless spells) มี ไม่มี

หน้าเขียวเนื่องจากขาดออกซิเจน(cyanosis) มี ไม่มี

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เพาะเชื้อ ไม่ได้ทำ ทำ วันที่ส่งตรวจ.....

ผลเพาะเชื้อ ไม่พบเชื้อ พบเชื้อ

4. ประวัติการรักษา

เมื่อป่วยด้วยโรคไอกรนครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

ไป ระบุชื่อสถานบริการ..... วันที่.....

ไม่เคยไป

การรักษา

Antibiotic ใช้ ชนิด.....ขนาด.....วันที่ให้การรักษา..... ไม่ใช้

5. ประวัติการได้รับวัคซีน

- DPT 1 ได้เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ
- DPT 2 ได้เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ
- DPT 3 ได้เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ
- DPT 4 ได้เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ
- DPT 5 ได้เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ

มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ มี ไม่มี

6. ประวัติการสัมผัสโรค

6.1 ในช่วง 21 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย เคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไอกรนหรือไม่

มี ไม่มี

- 1. ชื่อ อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....
- 2. ชื่อ อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....

6.2 ในช่วง 21 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไอกรนที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

มี ไม่มี

- 1. ชื่อ อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....
- 2. ชื่อ อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....

6.3 ในช่วง 21 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไอกรนที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกัน

มี ไม่มี

- 1. ชื่อ อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....
- 2. ชื่อ อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....

7. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด(จุดมุ่งหมายเพื่อทราบรายชื่อบุคคลที่อาจติดเชื้อจากผู้ป่วยรายนี้)

มีผู้สัมผัสใกล้ชิดในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนและหลัง นับจากวันที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไอเป็นชุด ๆ

7.1 ผู้สัมผัสในครอบครัวเดียวกัน 1 มี(ระบุ) 2 ไม่มี

- 1. ชื่อ อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....
- 2. ชื่อ อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....

7.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน 1 มี(ระบุ) 2 ไม่มี

- 1. ชื่อ อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....
- 2. ชื่อ อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....

7.3 ผู้สัมผัสในชุมชน

มี(ระบุ) ไม่มี

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....
2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....

8. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ๆ (จุดมุ่งหมายเพื่อทราบว่าผู้ป่วยรายอื่นในชุมชนหรือไม่)

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน
โทร.....
2. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน
โทร.....

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