

แบบสอบถามโรคปอดอักเสบ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล เลขที่บัตรประชาชน ---

อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง สัญชาติ อาชีพ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.
ภูมิสำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.
ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีเด็กอายุ < 15 ปี).....

2. ประวัติการเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... ชื่อโรงพยาบาล.....

การวินิจฉัยโรค ปอดอักเสบ (pneumonia) อื่น ๆ ระบุ.....

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย วันที่จำหน่าย.....

ตาย วันที่..... ส่งต่อ ระบุ.....

3. อาการและอาการแสดง อาการและอาการแสดงสำคัญที่พบในผู้ป่วย

ไข้	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	หอบ	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี
ไอ	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	เจ็บหน้าอก	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี
มีเสียง crepitation หรือ bronchial breath sound ในปอด	มี <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี		
เอกซเรย์ปอดพบ infiltration หรือ consolidation	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี		

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ	ว/ด/ป/ที่เก็บตัวอย่าง	ผลการตรวจ
CBC - Wbc		
- Nutrophil		
เสมหะย้อมสีแกรม		
แยกเชื้อจาก nasopharyngeal aspiration		
Blood culture		

5. ปัจจัยเสี่ยง ก่อนมีอาการปวดอึกเสบผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อไปนี้หรือไม่

สลัดน้ำลายหรืออาหาร	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	กินยาระงับประสาท/ยานอนหลับ	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี
เมาสุราหมดสติ	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	ใส่สายสวนปัสสาวะมาหลายวัน	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี
อยู่สถานเลี้ยงเด็ก/คนชรา	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	ใส่สายเข้าหลอดเลือดดำหลายวัน	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี
ใช้เครื่องช่วยหายใจ	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	นอนรักษาใน รพ.มานานกว่า 2 วัน	<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี
จำหน่ายออกจาก รพ.ไม่เกิน 2 สัปดาห์		<input type="checkbox"/> 1 มี <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	

6. ประวัติการสัมผัสโรค

ในระยะ 1-3 วันก่อนป่วย มีผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในครอบครัว หรือในห้องเรียน หรือสถานที่ทำงานเดียวกัน หรือสถานรับเลี้ยงเด็กเดียวกัน หรือไม่

2 ไม่มี 1 มี ระบุ

- ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
- ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
- ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
- ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
- ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ในระยะ 7 วันหลังวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันในครอบครัว หรือในห้องเรียน หรือสถานที่ทำงานเดียวกัน หรือสถานรับเลี้ยงเด็กเดียวกัน หรือไม่

2 ไม่มี 1 มี ระบุ

- ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
- ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
- ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
- ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....
- ชื่อ.....อายุ.....ปี วันเริ่มป่วย..... รักษาที่.....

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