

แบบสอบถามโรคหัดเยอรมัน

1. ข้อมูลทั่วไป

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

อายุ.....ปี เพศ ชาย 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.....

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ 1 ป่วย วินิจฉัย 2 ไม่ป่วย

2. ประวัติการเจ็บป่วย

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

ผลการรักษา 1 กำลักรักษา 2 หาย 3 เสียชีวิตวันที่..... 4 ไม่สมัครอยู่

5 ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

สถานที่รักษาในปัจจุบัน...H.N.

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

ไข้ ไม่มี มี.....องศา ซ วันที่เริ่มมีไข้.....

ผื่นแดงเจ็บพลัน ไม่มี มี วันที่เริ่มมีผื่น.....

ตำแหน่งที่มีผื่น (ระบุ).....

ระยะเวลาที่ผื่นขึ้นจนถึงผื่นหาย.....วัน

ต่อมาน้ำเหลืองโต หลังหู ท้ายทอย

ปวดข้อ/ข้ออักเสบ ไม่มี มี

เยื่อตาอักเสบ ไม่มี มี

กรณีเป็นผู้ป่วยมีครรภ์ขณะนี้ตั้งครรถ์.....เดือน

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกันด้วยวิธี HI TEST

	วันที่เจาะ	วันที่ส่ง	titer
เจาะเลือดครั้งที่ 1
เจาะเลือดครั้งที่ 2

การตรวจเพื่อหา Specific Rubella IgM Antibody

วันที่เจาะเลือด.....ผลการตรวจ.....

การแยกเชื้อไวรัสหัดเยอรมันจาก สิ่งส่งตรวจจากช่องคอ น้ำกัลัวคอ

เก็บตัวอย่างวันที่.....ผลการตรวจ.....

4. ประวัติการได้รับวัคซีน

เมื่อป่วยด้วยหัดเยอรมันครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

1. ไป ระบุชื่อสถานบริการ.....วันที่..... 2. ไม่เคยไป

MMR 1 ได้ เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ

MMR 2 ได้ เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ

มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ มี ไม่มี

5. ประวัติการสัมผัสโรค (จุดมุ่งหมายเพื่อทราบว่าผู้ป่วยรายนี้ได้รับเชื้อมาจากใคร)

ในช่วง 23 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันหรือไม่

เคย ไม่เคย

ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....

ประวัติการรับวัคซีน.....โทร.....

ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....

ประวัติการรับวัคซีน.....โทร.....

6. การค้นหาผู้สัมผัส (จุดมุ่งหมายเพื่อทราบรายชื่อบุคคลที่อาจติดเชื้อจากผู้ป่วยรายนี้)

มีผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายนี้ในช่วง 7 วันก่อนมีผื่นขึ้นและ 4 วันหลังมีผื่นขึ้น

มี ไม่มี

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

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

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

6.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน

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

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

6.3 ผู้สัมผัสในชุมชน

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

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

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ๆ (จุดมุ่งหมายเพื่อทราบว่าผู้ป่วยรายอื่นในชุมชนหรือไม่)

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน.....

โทร.....

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....ประวัติการรับวัคซีน.....

โทร.....

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคหัดเยอรมัน (Rubella)

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

(หมายเลขวิเคราะห์.....)

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี เดือน.....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.....
ขณะนี้ตั้งครรภ์ เดือน ครรภ์ที่

- คนปกติ ต้องการทราบระดับภูมิคุ้มกันโรค
 ผู้สัมผัสโรค ไม่มีอาการป่วย แต่เคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยเมื่อวัน/เดือน/ปี

ผู้ป่วย วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย เคยสัมผัสโรคเมื่อวัน/เดือน/ปี

อาการ

- ไข้ อ่อนเพลีย °ซ ไม่มีไข้
 ผื่นทั้งตัว ผื่น ที่บริเวณ (ระบุ).....
ลักษณะผื่น หยาบ ละเอียดย เป็นตุ่มใส
 ต่อมน้ำเหลืองโต
 หลังหู หลังศีรษะ 2 ข้าง ข้างเดียว
 อาการอื่น ๆ ระบุ

- ผู้ป่วยเด็กติดโรคหัดเยอรมันในครรภ์มารดา (Rubella Syndrome Baby)

- น้ำหนักตัวน้อย หัวใจพิการ หูหนวก
 ตาเป็นต้อข้างเดียว ตาเป็นต้อ 2 ข้าง ตับโต
 ม้ามโต ตัวเหลือง ผื่นที่ผิวหนัง
 อาการอื่น ๆ ระบุ

มารดาของผู้ป่วยมีประวัติออกผื่นขณะตั้งครรภ์ เดือน

การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ

- เพื่อแยกเชื้อ : throat swab วัน/เดือน/ปี ที่เก็บตัวอย่าง/...../.....
 เพื่อตรวจหาแอนติบอดี : วัน/เดือน/ปี ที่เจาะเลือดครั้งแรก/...../.....
วัน/เดือน/ปี ที่เจาะเลือดครั้งที่ 2/...../.....

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

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