

แบบสอบถามโรคหัดเยอรมันในครรภ์มารดา

1 ข้อมูลทั่วไป

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

อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ .....

ที่อยู่ป่วยบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน ..... ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร  2 ในเขตเทศบาลเมือง  3 ในเขตเทศบาลตำบล  4 ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....ถนน .....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร  2 ในเขตเทศบาลเมือง  3 ในเขตเทศบาลตำบล  4 ในเขต อบต.

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น.....โรงเรียน.....

ตั้งอยู่หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่  1 ป่วย วินิจฉัย .....  2 ไม่ป่วย

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

ผลการรักษา  1 กำลังรักษา  2 หาย  3 เสียชีวิต วันที่.....

4 ไม่สมัครอยู่  5 ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

2. ประวัติการรักษา

เมื่อป่วยด้วยหัดเยอรมันครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

ไป ระบุชื่อสถานบริการ.....วันที่.....

ไม่เคยไป

3. ข้อมูลการเจ็บป่วย

สถานที่รักษาในปัจจุบัน.....H.N. ....

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

น้ำหนักน้อย  หัวใจพิการ  ตาเป็นต้อข้างเดียว  ตาเป็นต้อ 2 ข้าง

ตับโต  ม้ามโต  ตัวเหลือง  ผื่นที่ผิวหนัง

มารดาของผู้ป่วยมีประวัติออกผื่นขณะตั้งครรภ์.....เดือน

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจเพื่อหา Specific Rubella IgM Antibody

วันที่เจาะเลือด.....ผลการตรวจ.....

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.....