

แบบคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อ *Streptococcus suis*

1. ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....อาชีพ.....

ที่อยู่ขณะป่วย.....วันเริ่มป่วย.....

วันที่พบผู้ป่วย.....โรงพยาบาล.....HN.....

2. ปัจจัยเสี่ยง

มี (ควรมีข้อ 1 หรือ 2) ไม่มี

- 1) ประวัติการรับประทานอาหารที่ปรุงจากเนื้อสุกรหรือเลือดสุกรดิบในช่วง 1 – 2 สัปดาห์ก่อนป่วย
- 2) ประวัติการสัมผัสสุกรมีชีวิต หรือเนื้อ เลือด เครื่องในสุกรดิบ ในช่วง 1 – 2 สัปดาห์ก่อนป่วย (ผู้เลี้ยง, ผู้ฆ่าแหละ หรือนำมาปรุงอาหาร)
- 3) มีประวัติการดื่มสุราเป็นประจำหรือบ่อย
- 4) ประวัติโรคประจำตัว (โดยเฉพาะ โรคตับ, เบาหวาน หรือลิ้นหัวใจผิดปกติ)

3. ลักษณะอาการ/อาการแสดงทางคลินิกตามกลุ่มอาการที่พบ

มี ไม่มี

กลุ่มอาการติดเชื้อกระแสโลหิตรุนแรง	กลุ่มเยื่อหุ้มสมองอักเสบ	กลุ่มอาการอื่น ๆ
<p>ประวัติอาการ (ตั้งแต่ 1 ข้อ ขึ้นไป)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> มีไข้ก่อนเริ่มป่วย <input type="checkbox"/> มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> มีจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง <input type="checkbox"/> มีอาการอุจจาระร่วงฉับพลันร่วม <p>อาการแสดง (ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> temp > 38 °C หรือ < 36 °C <input type="checkbox"/> tachypnea (> 24 ครั้ง/นาที) <input type="checkbox"/> tachycardia (> 90 ครั้ง/นาที) <input type="checkbox"/> leukocytosis > 12,000/ uL <input type="checkbox"/> sign of organ dysfunction (Metabolic acidosis, encephalopathy, oliguria, hypoxemia , DIC, hypotension, septic shock) <p>อาการเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> hypoglycemia <input type="checkbox"/> thrombocytopenia <input type="checkbox"/> serum creatinine increase <input type="checkbox"/> metabolic acidosis <input type="checkbox"/> abnormal LFT 	<p>ประวัติอาการ (ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> มีไข้ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ และลำคอมาก <input type="checkbox"/> เวียนศีรษะ หรือชัก <input type="checkbox"/> ทรงตัวลำบาก หรือเดินเซ <input type="checkbox"/> หูอื้อ หรือการได้ยินลดลง <p>อาการแสดง (ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> temp > 38 °C หรือปกติ <input type="checkbox"/> พบ stiffness of neck จากการตรวจร่างกาย <input type="checkbox"/> ตรวจพบการสูญเสียการได้ยินหรือการทรงตัว <p>ผลตรวจ (กรณีเจาะน้ำไขสันหลัง)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ผลตรวจน้ำไขสันหลังเข้าได้กับภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ <input type="checkbox"/> ผล CSF sugar ต่ำ (มาก) 	<p>อาการแสดง</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> fever with acute diarrhea <input type="checkbox"/> fever with skin rash or ecchymosis <input type="checkbox"/> sub acute bacterial endocarditis (SBE) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>หมายเหตุ: กลุ่มอาการอื่น ๆ ให้ระบุในกรณี มีปัจจัยเสี่ยงข้อ 1 หรือ 2 ชัดเจน ร่วมกับมีบุคคลในครอบครัว หรือละแวกเดียวกันป่วยด้วยอาการคล้ายคลึงกัน ตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป</p>

หมายเหตุ: 1. กรณีพบผู้ป่วยสงสัยให้เก็บ H/C หรือเก็บตัวอย่างน้ำไขสันหลัง หรือตัวอย่างน้ำจากข้อ อย่างน้อย 1 specimen (ในกรณีมีอาการข้ออักเสบ) ส่งต่อให้โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ทันที

แบบสอบถามโรคติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส

1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

ศาสนา.....

มีอาการป่วยหรือไม่ ① มี ② ไม่มี (ถ้าไม่มีข้ามไปตอบ ข้อ 5, 6 และ 7)

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้านชุมชน..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี).....

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

ผลการรักษา ① กำลังรักษาที่..... ② หาย ③ ตาย ④ ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

2.1 กลุ่มอาการติดเชื้อกระแสโลหิต

ไข้	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ชื่อ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	หายใจหอบ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
อุจจาระร่วงเฉียบพลัน	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	อื่นๆ (ระบุ)	
จ้ำเลือด (ecchymosis)	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	

2.2 กลุ่มอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

ไข้	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ทรงตัวลำบาก	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	การได้ยินลดลง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
คอแข็ง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	หูหนวก	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ชักเกร็ง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	อื่นๆ (ระบุ)	
		

2.3 กลุ่มอาการอื่น ๆ

ไข้	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ข้ออักเสบ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
อุจจาระร่วง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ลิ้นหัวใจอักเสบ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
จ้ำเลือด (ecchymosis)	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ม่านตาอักเสบ	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ติดเชื้อระบบทางเดิน	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	อื่นๆ (ระบุ)	
หายใจส่วนบน (URI)		

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 ย้อมสีแกรม ① ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล.....
 ② ไม่ทำ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.2 เพาะเชื้อแบคทีเรีย ① ทำ เพาะเชื้อจากเลือด วันส่งตรวจ.....ผล.....
 ② ไม่ทำ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- ① ทำ เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง วันส่งตรวจ.....ผล.....
 ② ไม่ทำ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- ① ทำ เพาะเชื้อจากน้ำไขข้อ วันส่งตรวจ.....ผล.....
 ② ไม่ทำ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.3 อนุชีววิทยา (PCR) ① ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล.....
 ② ไม่ทำ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.4 ตรวจทางซีโรโลยีโดยวิธี ① ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล.....
 ② ไม่ทำระบุ.....
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.5 ผลการตรวจเลือด

Hct (%)	Hb	WBC count	Neutrophil	Lymphocyte	Eosinophil	Monocyte	Basophil	Platelet

3.6 ผลทางเคมีในเลือดและการทำงานของตับ

Na	K	Cl	CO ₂	BUN	Creatinine	Glucose	
SGOT	SGPT	Alkaline P	Albumin	Globulin	Total Bilirubin	Triglyceride	Cholesterol

3.7 ผลการตรวจน้ำไขสันหลัง

จำนวนเซลล์	Neutrophil	Lymphocyte	น้ำตาล (mg%)	Protein (mg%)	ตรวจ Indian ink

4. การรักษา

- ① ซื้อมากินเอง ชื่อยา.....
- ② ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล ที่.....วันที่.....เดือน.....ปี.....
ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่า.....
ยาปฏิชีวนะที่ใช้.....ขนาด.....เริ่มวันที่.....
ยาปฏิชีวนะที่ใช้.....ขนาด.....เริ่มวันที่.....
- ③ ไม่ได้ได้รับการรักษาใด ๆ

5. ประวัติการสัมผัสโรค

5.1 ในระยะ 7 วัน ก่อนเริ่มมีอาการ ได้ไปสัมผัสกับสุกร หรือเลือด เนื้อ ผลิตภัณฑ์สุกรดิบ หรือไม่

- ① มี ระบุ ② ไม่มี
- ① เลี้ยงสุกร
สถานที่เลี้ยง.....
ลักษณะการสัมผัส.....
- ② ซ้ำหรือชำแหละสุกร จำนวน.....ครั้ง
สถานที่ชำแหละ.....
 - ① ในโรงฆ่าสัตว์ ② นอกโรงฆ่าสัตว์ชื่อและที่อยู่เจ้าของสุกร.....
 - ① เป็นสัตว์ในท้องที่ ② นำมาจาก.....
- ③ หั่นเนื้อสุกรประกอบอาหาร วันที่.....เดือน.....ปี.....
แหล่งที่มาของเนื้อสุกร.....
- ④ ขายหรือขนส่งสุกรมีชีวิตหรือซากสุกร
แหล่งที่มาของสุกร.....
- ⑤ อื่นๆ ระบุ.....

5.2 ในระยะ 7 วัน ก่อนเริ่มมีอาการ รับประทานอาหารจากเนื้อ หรือเลือดสุกรดิบ ที่ปรุงดิบหรือไม่สุกพอ หรือไม่

- ① รับประทาน ② ไม่รับประทาน
- ① ลาบ ② หลู้ ③ ยำ ④ ปิ้งและย่าง ⑤ แกง ⑥ แหนม ⑦ อื่นๆ ระบุ.....
รับประทานเมื่อวันที่.....แหล่งที่มาของอาหาร.....

6. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

6.1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หรือโรคประจำตัว

เบาหวาน	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	มะเร็ง ระบุ.....	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ความดันโลหิตสูง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ตัดม้าม/ไตออก	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ไขมันในเส้นเลือด	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ	ตับแข็ง/พิษสุราเรื้อรัง	① มี ② ไม่มี ③ ไม่ทราบ
ผิดปกติ			
อื่นๆ (ระบุ)			

6.2 ประวัติการติ่มสุรา

- ① ติ่ม มานาน.....ปี.....เดือน ชนิดสุราที่ติ่ม..... ② ไม่ติ่ม
 ติ่มเฉลี่ย.....ครั้งต่อสัปดาห์ ปริมาณการติ่มเฉลี่ยต่อครั้ง.....(แก้ว/ขวดกลม/แบน)

6.3 ประวัติบาดแผลในช่วง 7 วันก่อนป่วย

- ① มีบาดแผล ระบุตำแหน่ง..... ② ไม่มีบาดแผล

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

รายชื่อผู้ร่วมสัมผัส เช่น ผู้เลี้ยงคนอื่น ผู้ร่วมชားและ ผู้ร่วมรับประทานอาหาร

ลำดับ	ชื่อ	ที่อยู่	อายุ	เพศ	อาการป่วย			หมายเหตุ
					มีอาการป่วย		ไม่มี	
					ระบุอาการ	วันเริ่มป่วย		
1								
2								
3								
4								
5								
6								

ชื่อ - สกุล ผู้สอบสวนโรค.....
 ตำแหน่ง.....
 ที่ทำงาน.....
 โทรศัพท์..... วันที่สอบสวน.....