

แบบสอบสวนโรคคุดทะราด

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... เลขที่บัตรประชาชน ----

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

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

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนซอย

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

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

ที่อยู่ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนซอย

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

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่	① ป่วย วินิจฉัย	② ไม่ป่วย
วันเริ่มป่วย.....	วันที่มาโรงพยาบาล.....	วันที่จำหน่าย.....
ผลการรักษา	① กำลังรักษา ② หาย ③ เสียชีวิต ④ ส่งต่อ ระบุ.....	

2. อาการและอาการแสดง

แผลนูนขึ้น	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ	ปวดกระดูก	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
แผลดอกระหล่ำ	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ	กระดูกถูกทำลาย	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ		① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	วันที่ส่ง	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ดูเชื้อ	Dark field			
น้ำเหลือง	VDRL			
น้ำเหลือง	FTA-ABS			

4. การรักษา

ยาปฏิชีวนะ	วิธีการให้	วันที่เริ่มให้	ระยะที่ให้	ผลการรักษา
Penicillin				

5. ประวัติการสัมผัสโรค/ผู้ป่วยรายอื่น

5.1 ในระยะ วันก่อนป่วย เดินทางไปที่ใด

- ① มี ระบุ ... ② ไม่มี

สถานที่เดินทางไป	ระยะเวลา

5.2 ในระยะ วัน ก่อนวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในบ้าน หรือละแวกบ้านเดียวกัน และมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยหรือไม่

- ① มี ระบุ ... ② ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ที่อยู่	วันเริ่มป่วย

6. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด

6.1 ในระยะเวลา วันหลังวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในบ้านเดียวกัน สัมผัสกับผู้ป่วยหรือไม่

- ① มี ระบุ ... ② ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย	การรับยาป้องกัน

6.2 ในระยะเวลา วันหลังวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในชุมชนหรือละแวกบ้านผู้ป่วย สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือไม่

- ① มี ระบุ ... ② ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ที่อยู่	มีอาการหรือไม่	วันเริ่มป่วย	การรับยาป้องกัน

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