

แนวทางการรายงาน โรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558



สำนักกระบวนวิทยา
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



แนวทางการรายงาน

โรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

ที่ปรึกษา

นพ. นคร เปรมศรี

ดร.พญ. พจมาน ศิริอารยาภรณ์

บรรณาธิการ

กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ

ดร.สพ.ญ. เสาวพัทธ์ อึ้งจ้อย

ดร.พญ. ภาวินี ดั่งวงเงิน

นส. พวงทิพย์ รัตนะรัต

นส. กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์

นางอาทิตยา วงศ์คำมา

นายสหภาพ พูลเกษร

นส. สุทธนันท์ สุทธชนะ

นางอัญชญา วากัส

นางสมคิด คงอยู่

นส. ปณิตา คุ่มผล

นส. อ้อยทิพย์ ยาโสภา

กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

นพ. จูติพงษ์ ยิ่งยง

นางสุปิยา จันทรมณี

นางนิรมล ปัญสุวรรณ

นส. ขนิษฐา ภูบัว

นายวัชรพล สีนอ

ศูนย์สารสนเทศและการพยากรณ์โรค

ดร.นพ. ยงเจือ เหล่าศิริถาวร

นายสมาน สยมภูจันท์

กลุ่มสอบสวน ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและประสานกฏอนามัยระหว่างประเทศ

นพ. โรม บัวทอง

นส. กัญฐิกา ถิ่นทิพย์

จัดทำโดย : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

แนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ฉบับนี้จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และหน่วยงานอื่นๆ นำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา โดยนำเนื้อหาจากนิยาม โรคติดต่อแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2546 แนวทางการรายงานโรคที่มีความสำคัญสูง ประเทศไทย และยังได้รับความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ ในการปรับปรุงให้เหมาะสมกับการเฝ้าระวัง การรายงาน และแบบฟอร์มที่ใช้ในการรายงาน การสอบสวนโรค รวมทั้งหลักเกณฑ์ขั้นตอน และวิธีปฏิบัติงานต่างๆ เพื่อใช้เป็นคู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ

ในหนังสือฉบับนี้ประกอบไปด้วยนิยามในการเฝ้าระวังโรค แบบสอบสวนโรค หลักเกณฑ์และวิธีการแจ้งในกรณีที่บ้าน แพทย์ผู้ทำการรักษา ผู้รับผิดชอบในสถานพยาบาล ผู้ทำการชันสูตรที่ทราบข่าวการป่วย สงสัย หรือตรวจพบเชื้อโรคติดต่ออันตรายหรือโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ให้รับแจ้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคตามช่องทางการรายงานโรค ซึ่งบุคลากรเหล่านี้มีส่วนช่วยในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และช่วยให้การดำเนินงานทางระบาดวิทยามีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์แก่ท่านผู้อ่าน มีความรู้ความเข้าใจ แนวทางขั้นตอนการรายงานโรคอย่างถูกต้อง และหากมีข้อเสนอแนะใดๆ เพิ่มเติม อันจะเป็นประโยชน์ต่องานนี้ สำนักระบาดวิทยายินดีรับไว้พิจารณา โปรดแจ้งได้ที่กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โทร. 0-2590-1775, 0-2590-1795 โทรสาร 0-2590-1784

(นายแพทย์นคร เปรมศรี)

รักษาการผู้อำนวยการสำนักระบาดวิทยา

29 มกราคม 2561

สารบัญ

• หลักเกณฑ์และวิธีการแจ้งในกรณีที่มีโรคติดต่ออันตราย หรือโรคระบาดเกิดขึ้น กรณี เจ้าบ้าน หรือผู้ควบคุมดูแลบ้าน หรือแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาล หรือเจ้าของ หรือผู้ควบคุมสถานประกอบการ	4
• หลักเกณฑ์และวิธีการแจ้งในกรณีที่มีโรคติดต่ออันตราย โรคระบาด หรือโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังเกิดขึ้น กรณีผู้รับพิดชอบในสถานพยาบาล หรือผู้ทำการชันสูตร หรือผู้รับพิดชอบในสถานที่ได้มีการชันสูตร	5
• แบบรายงาน 506	6
• ทะเบียนรับแจ้งและตรวจสอบข่าวการเกิดโรคติดต่ออันตราย หรือโรคระบาดเกิดขึ้นในแนวทางการเฝ้าระวังเหตุการณ์ SRRT เครื่องข่ายระดับตำบล	7
• นิยามโรคติดต่ออันตราย ฉบับเจ้าบ้าน หรือผู้ควบคุมดูแลบ้าน หรือเจ้าของ หรือผู้ควบคุมสถานประกอบการ	8
• รหัสโรค, ชื่อก่อโรค, และ ICD-10 รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) ตาม พ.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558	12

นิยามโรคติดต่ออันตราย

1. กาฬโรค	23
2. ไข้ทรพิษ	23
3. ไข้เลือดออกไครเมียคองโก	24
4. ไข้เวสต์ไนล์	24
5. ไข้เหลือง	25
6. โรคไข้ลาสซา	25
7. โรคติดเชื่อไวรัสนิปาห์	26
8. โรคติดเชื่อไวรัสมาร์บวร์ก	26
9. โรคติดเชื่อไวรัสอีโบล่า	26
10. โรคติดเชื่อไวรัสเฮนตรา	28
11. โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือโรคซาร์ส	28
12. โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส	30
13. วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB))	32

นิยามโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

1. กามโรคของตอมและท่อน้ำเหลือง	34
2. ไข้กาฬหลังแอ่น	35

3. ไข้ดำแดง	35
4. ไข้เต็งกี	36
5. ไข้ปวดข้อยุ่งลาย	37
6. ไข้มาลาเรีย	38
7. ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	38
8. ไข้สมองอักเสบชนิดญี่ปุ่น	39
9. ไข้สมองอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ	39
10. ไข้หวัดนก	40
11. ไข้หวัดใหญ่	41
12. ไข้หัด	41
13. ไข้หัดเยอรมัน	42
14. ไข้เอนเทอริค	42
15. ไข้เอนเทอโรไวรัส	43
16. คอตีบ	43
17. คางทูม	44
18. ชิฟิลิส	45
19. บาดทะยัก	48
20. โปลิโอ	49
21. แผลริมอ่อน	50
22. พยาธิทริคิเนลลา	50
23. พยาธิทริโคโมแนสของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ	51
24. เมลิออยโดสิส	51
25. เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากพยาธิ	52
26. เยื่อหุ้มสมองอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ	52
27. เริ่มของอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก	53
28. โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสชนิด เอ บี ซี ดี และ อี	53
29. โรคตาแดงจากไวรัส	55
30. โรคติดเชื่อไวรัสชิกา	56
31. โรคติดเชื่อสเตรปโตคอคคัสซูอิส	57
32. โรคเท้าช้าง	58
33. โรคบรูเซลโลสิส	58
34. โรคบิด	59
35. โรคปอดอักเสบ	60
36. โรคพิษสุนัขบ้า	61
37. โรคมือเท้าปาก	62
38. โรคเรื้อน	62

39. โรคลิซมาเนีย	63	4. ไข้ปวดข้อยุลงลาย	112
40. โรคเลปโตสไปโรสิส	64	5. ไข้มาลาเรีย	115
41. โรคสครับไทฟัส	65	6. ไข้สมองอักเสบ/ไข้สมองอักเสบชนิดญี่ปุ่น/ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ	118
42. โรคสกุสไฮ หรืออีสุกอีใส	66	7. ไข้หวัดนก	122
43. โรคอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน	66	8. ไข้หวัดใหญ่	122
44. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	67	9. ไข้หัด/ไข้หัดเยอรมัน	129
45. โรคเอดส์	67	10. ไข้เอนเทอริค	134
46. โรคแอนแทรกซ์	68	11. คอตีบ	138
47. โลงที่อวัยวะเพศ	69	12. คางทูม	140
48. วัณโรค	70	13. บาดทะยัก	143
49. ไวรัสตับอักเสบบีไม่ระบุเชื้อสาเหตุ	70	14. พยาธิทริคิเนลลา	145
50. หนองใน	71	15. เมลิออยโดสิส	148
51. หนองในเทียม	72	16. เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากพยาธิ	151
52. หูดข้าวสุก	73	17. โรคตับอักเสบบีจากเชื้อไวรัส ชนิดเอ/อี/ ไม่ระบุเชื้อสาเหตุ	155
53. หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก	73	18. โรคตาแดงจากไวรัส	158
54. อหิวาตกโรค	74	19. โรคติดเชื้อไวรัสซิกา	160
55. อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	74	20. โรคติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสซูอิส	162
56. อาหารเป็นพิษ	75	21. โรคเท้าช้าง	166
57. ไอกกรน	75	22. โรคบรูเซลโลสิส	168

แบบสอบสวนโรคติดต่ออันตราย

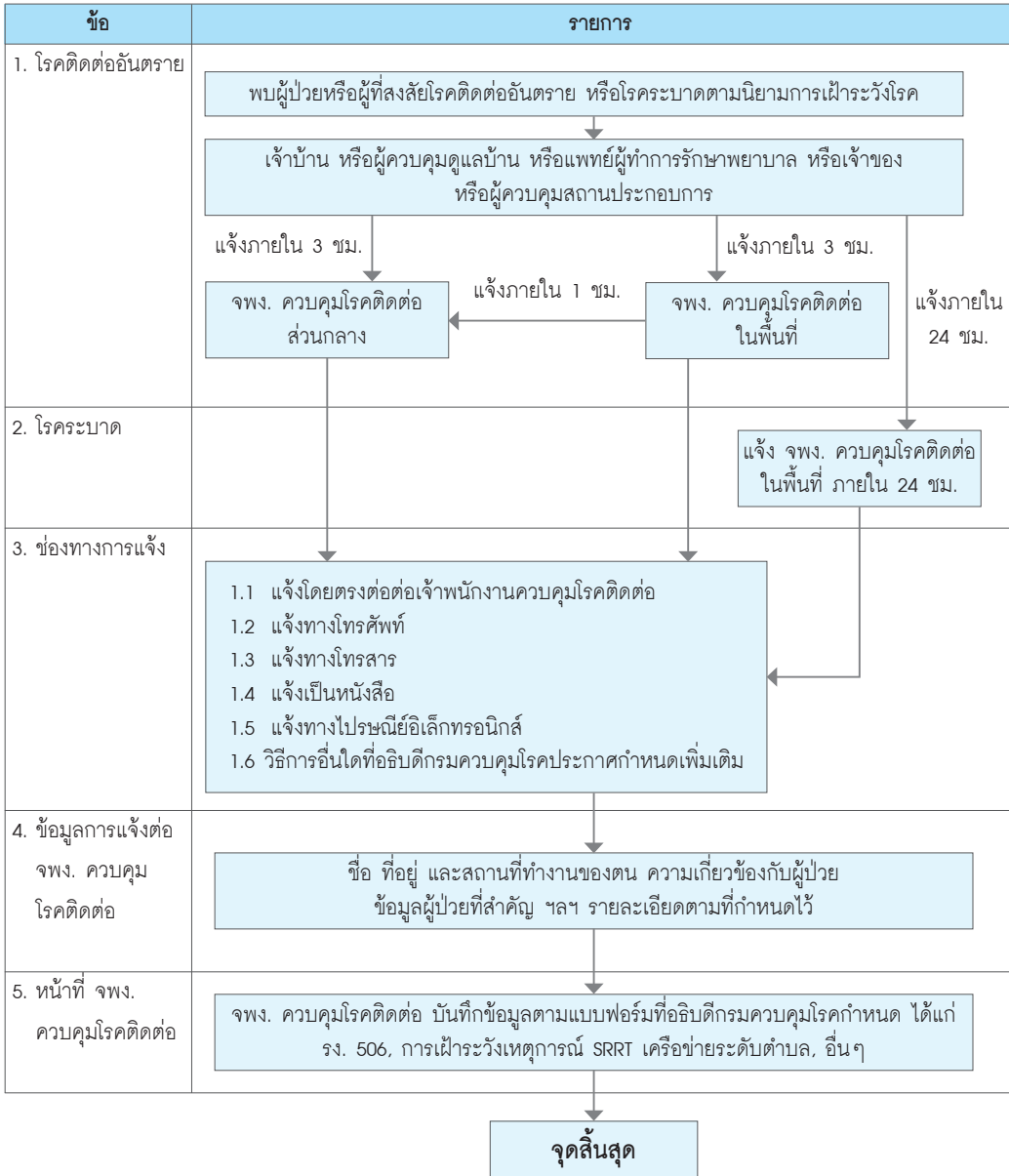
1. กาฬโรค	77	23. โรคบิด	171
2. ไข้ทรพิษ	79	24. โรคปอดอักเสบ	175
3. ไข้เลือดออกโครเมียนคองโก/โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/ โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก	81	25. โรคพิษสุนัขบ้า	182
4. ไข้เวสต์ไนล์/โรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์/ โรคติดเชื้อไวรัสเฮนดรา	84	26. ไข้เอนเทอโรไวรัส/โรคมือ เท้า ปาก	186
5. ไข้เหลือง	88	27. โรคเรื้อน	188
6. โรคไข้ลาสซา	90	28. โรคลิซมาเนีย	195
7. โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือโรคซาร์ส	93	29. โรคเลปโตสไปโรสิส	197
8. โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส	93	30. โรคสครับไทฟัส	202
9. วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก	100	31. โรคสกุสไฮ หรืออีสุกอีใส	205
		32. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	207
		33. โรคแอนแทรกซ์	212
		34. อหิวาตกโรค	215

แบบสอบสวนโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

1. โรคไข้กาฬหลังแอ่น	104	35. อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	217
2. ไข้ดำแดง	107	36. โปลิโอ/โรคอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก เฉียบพลัน	225
3. ไข้เต็งเก้/ไข้เลือดออกเต็งเก้/ไข้เลือดออกซิกงเต็งเก้	110	37. อาหารเป็นพิษ	232
		38. ไอกกรน	237

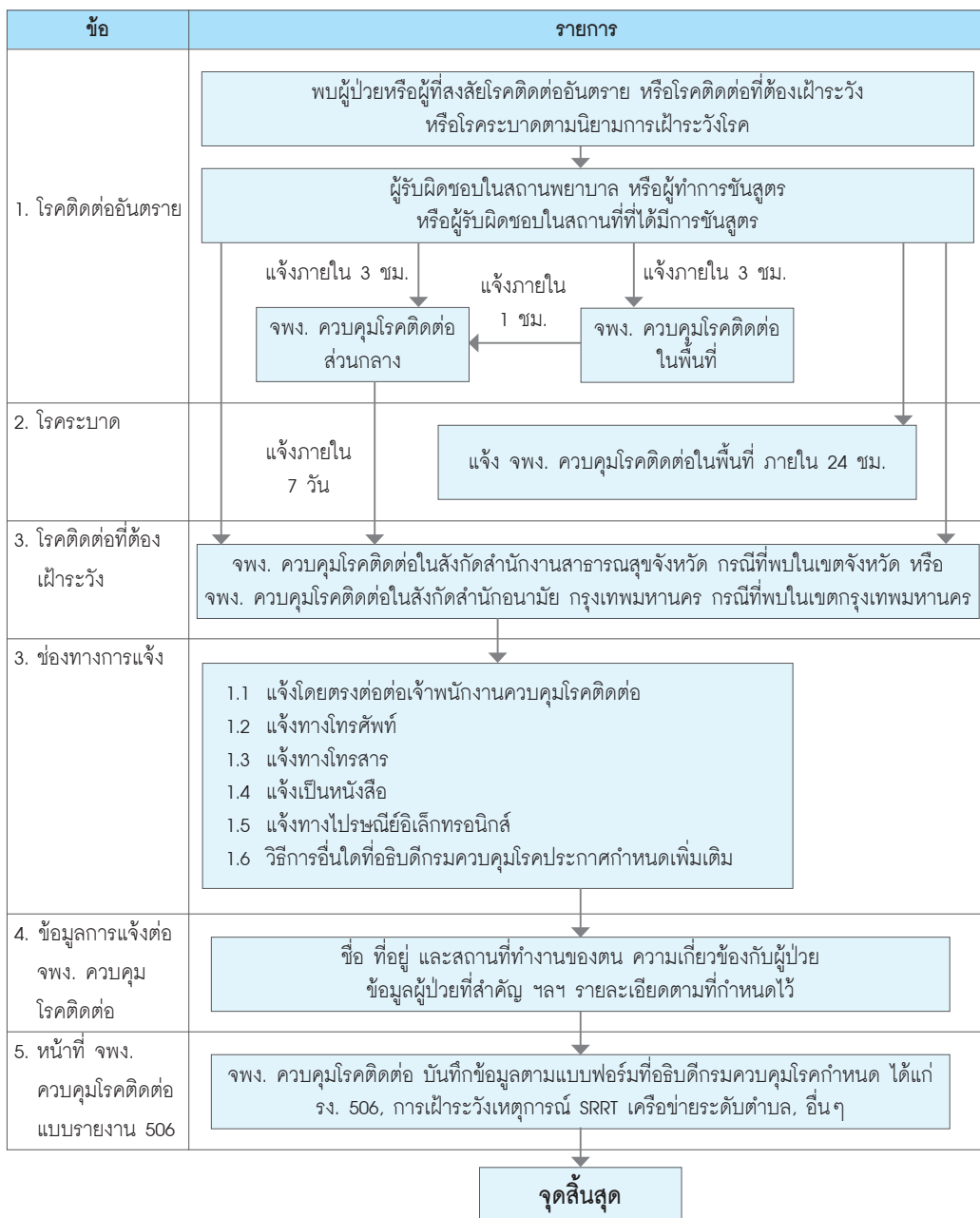
หลักเกณฑ์และวิธีการแจ้ง

ในกรณีที่มีโรคติดต่ออันตราย หรือโรคระบาดเกิดขึ้น กรณี เจ้าบ้าน หรือผู้ควบคุมดูแลบ้าน หรือแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาล หรือเจ้าของ หรือผู้ควบคุมสถานประกอบการ



หลักเกณฑ์และวิธีการแจ้ง

ในกรณีที่มีโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดเกิดขึ้น กรณีผู้รับพิดชอบในสถานพยาบาล หรือผู้ทำการชันสูตร หรือผู้รับพิดชอบในสถานที่ที่ได้มีการชันสูตร



บัตรรายงานผู้ป่วย แบบ สป. 506

รายงานเฝ้าระวังโรค สำนักโรคบาวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
โทร. 0-2590-1787, 0-2590-1785

เลขที่ 0 ของ สสจ.
เลขที่ 1 ของ สสจ.
เลขที่ 0 ของ สสอ.
เลขที่ 1 ของ สสอ.
เลขที่ 0 ของ รพ./สอ.
เลขที่ 1 ของ รพ./สอ.

โรค

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> อหิวาตกโรค 01 | <input type="checkbox"/> ไกกรน 24 | <input type="checkbox"/> พิษสุนัขบ้า 42 | <input type="checkbox"/> สดรับไทยฟิล 44 |
| <input type="checkbox"/> อูจจาระร่วง 02 | <input type="checkbox"/> บาดทะยัก 25 | <input type="checkbox"/> Leptospirosis 43 | <input type="checkbox"/> แอนแทรกซ์ 45 |
| <input type="checkbox"/> อาหารเป็นพิษ 03 | | <input type="checkbox"/> บาดทะยัก ในทารกแรกเกิด 53 | <input type="checkbox"/> ทริคิโนสิส 46 |
| <input type="checkbox"/> บิด Dysentery, unspecified 04 | | <input type="checkbox"/> ไข้เด็งกี (Dengue fever) 66 | |
| <input type="checkbox"/> Bacillary (Shigellosis) 05 | | <input type="checkbox"/> ไข้เลือดออก (DHF) 26 | |
| <input type="checkbox"/> Amoebic 06 | | <input type="checkbox"/> ไข้เลือดออกชนิด (DSS) 27 | |
| <input type="checkbox"/> Enteric fever 07 | | <input type="checkbox"/> ไข้มองอักเสบ (Encephalitis, unspecified) 28 | โรคจากการประกอบอาชีพ |
| <input type="checkbox"/> Typhoid 08 | | <input type="checkbox"/> Japanese encephalitis 29 | <input type="checkbox"/> ถูกพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ระบุ) 47 |
| <input type="checkbox"/> Paratyphoid 09 | | <input type="checkbox"/> มาลาเรีย <input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> MIXED 30 | <input type="checkbox"/> พิษจากโลหะหนัก (ระบุ) 48 - 49 |
| ตับอักเสบ (Hepatitis, unspecified) 10 | | โรคปอดบวม (Pneumonia) 31 | <input type="checkbox"/> พิษจากสารตัวทำลาย (ระบุ) 50 |
| <input type="checkbox"/> A 11 | <input type="checkbox"/> D 69 | <input type="checkbox"/> วันโรคปอด (ที่ตรวจพบเชื้อ) 32 | <input type="checkbox"/> พิษจากแก๊สสารไอระเหย (ระบุ) 51 |
| <input type="checkbox"/> B 12 | <input type="checkbox"/> E 70 | <input type="checkbox"/> เยื่อหุ้มสมอง (TB. meningitis) 33 | <input type="checkbox"/> โรคปอดจากการประกอบอาชีพ (ระบุ) 64 |
| <input type="checkbox"/> C 13 | | <input type="checkbox"/> ระบบอื่นๆ 34 | <input type="checkbox"/> โรคจากปัจจัยทางกายภาพ (ระบุ) 67 |
| <input type="checkbox"/> โรคตาแดง (haemorrhagic conjunctivitis) 14 | | <input type="checkbox"/> โรคเรื้อน 35 | <input type="checkbox"/> คางทูม 52 |
| <input type="checkbox"/> ไข้หวัดใหญ่ 15 | | <input type="checkbox"/> คุณทะราดระยะติดต่อ 36 | <input type="checkbox"/> อาการภายหลังได้รับวัคซีน (AEFI) (ระบุ) |
| <input type="checkbox"/> ทัดเยอรมัน 16 | | <input type="checkbox"/> กามโรค | <input type="checkbox"/> Hand Foot Mouth disease (HFMD) 71 |
| <input type="checkbox"/> ลูกลิ 17 | | <input type="checkbox"/> ซิฟิลิส (ระบุ) ระยะ 37 | <input type="checkbox"/> Melioidosis 72 |
| <input type="checkbox"/> ใช้หรือใช้ไม่ทราบสาเหตุ 18 | | <input type="checkbox"/> หนอนใน 38 | <input type="checkbox"/> โรคอื่นๆ (ระบุ) |
| <input type="checkbox"/> ใช้กาฬหลังแค้น 19 | | <input type="checkbox"/> หนอนในเทียม 39 | |
| <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออัมพาตอ่อนปวกเปียกแบบเฉียบพลัน (AFP) 65 | | <input type="checkbox"/> แผลริมอ่อน 40 | |
| <input type="checkbox"/> โปลิโอมัยเอไลติส 20 | | <input type="checkbox"/> ฝีมะม่วง 41 | |
| <input type="checkbox"/> ทัด 21 | | <input type="checkbox"/> เริ่มที่วัยระยะ 79 | |
| <input type="checkbox"/> ทัดที่มีโรคแทรก (ระบุ) 22 | | <input type="checkbox"/> หูดวัยระยะ และทวารหนัก 80 | |
| <input type="checkbox"/> ไข้คอติบ 23 | | <input type="checkbox"/> โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ (ระบุ) 81 | |

ชื่อผู้ป่วย H.N.
ชื่อบิดา - มารดา หรือผู้ปกครอง (สำหรับผู้ป่วยเด็ก ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี) อาชีพของบิดา-มารดา

เพศ	อายุ	ภาวะสมรส	สัญชาติ	งานที่ทำ
<input type="checkbox"/> 1 ชาย <input type="checkbox"/> 2 หญิง	ปี เดือน วันที่ (□□)	<input type="checkbox"/> 1 โสด <input type="checkbox"/> 2 คู่ <input type="checkbox"/> 3 หย่าร้าง <input type="checkbox"/> 4 หม้าย	<input type="checkbox"/> คนไทย <input type="checkbox"/> คนต่างชาติ ประเภท <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ระบุสัญชาติ (□□)

ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย
บ้านเลขที่/ถนน หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด
.....
สถานที่ใกล้เคียง (□□□) (□□) ในเขตเทศบาล อบต.

วันที่เริ่มป่วย	วันพบผู้ป่วย	สถานที่รักษา	ประเภทผู้ป่วย
วันที่ (□□) เดือน (□□) พ.ศ. (□□)	วันที่ (□□) เดือน (□□) พ.ศ. (□□)	<input type="checkbox"/> 1 รพ. ศูนย์ <input type="checkbox"/> 4 คลินิกของราชการ <input type="checkbox"/> 7 คลินิก รพ. เอกชน <input type="checkbox"/> 2 รพ. ทวีไป <input type="checkbox"/> 5 สอ. <input type="checkbox"/> 8 บ้าน <input type="checkbox"/> 3 รพ. ชุมชน <input type="checkbox"/> 6 รพ. รักษาการใน กทม.	<input type="checkbox"/> 1 ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> 2 ผู้ป่วยใน
สภาพผู้ป่วย	วันที่ตาย	ชื่อผู้รายงาน	วันที่เขียนรายงาน
<input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ตาย <input type="checkbox"/> ยังมีชีวิตอยู่ <input type="checkbox"/> ยังรักษาอยู่	วันที่ (□□) เดือน (□□) พ.ศ. .... (□□)	.....	..... (□□) (□□□□□□)

วันที่รับรายงานของ สสอ. (□□□□□□) วันที่รับรายงานของ สสจ. (□□□□□□) วันที่รับรายงานของสำนักโรคบาวิทยา (□□□□□□)

ให้ทำเครื่องหมาย X ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ *นิยาม ต่างชาติประเภท 1 คือ ชาวต่างชาติที่เข้ามาขายแรงงานในประเทศไทยไม่มีใบต่างด้าว และกรอกรายละเอียดในช่องว่างให้ครบถ้วนและชัดเจน
*นิยาม ต่างชาติประเภท 2 คือ ชาวต่างชาติหรือนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เข้ามารักษาในประเทศไทยเมื่อหายแล้วกลับประเทศของตน

นิยามโรคติดต่ออันตราย

ฉบับเจ้าบ้าน หรือผู้ควบคุมดูแลบ้าน หรือเจ้าของ หรือผู้ควบคุมสถานประกอบการ

1. กาฬโรค (Plague)

เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โดยมีหมัดเป็นพาหะนำโรค ในปัจจุบันมีการรายงานการระบาดที่ประเทศในทวีปอเมริกา แอฟริกา เอเชียกลาง จีน รัสเซีย และมาดากัสกา โดยอาจทำให้เกิดอาการติดเชื้อที่ต่อมน้ำเหลือง ในกระแสเลือด หรือมีอาการบวม นิยามการเฝ้าระวังคือผู้ป่วยที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งในสามข้อต่อไปนี้ ควรรายงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- ผู้ป่วยที่มีอาการ ไข้สูง หนาวสั่น คลื่นไส้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ หรือรักแร้โตและมีหนอง
- ผู้ป่วยที่มีอาการไข้สูง ปวดศีรษะ อาเจียน คอหอยและทอนซิลอักเสบ จำเริญตามผิวหนัง
- ผู้ป่วยที่มีอาการไข้สูง หนาวสั่น ไออาจมีเสมหะปนเลือด หอบ

2. ไข้ทรพิษ (Smallpox)

เป็นโรคติดเชื้อไวรัส ที่ทำให้เกิดไข้ และผื่นเป็นตุ่มน้ำ บางรายมีอาการรุนแรงอาจทำให้เกิดอาการเลือดออกในเยื่อต่างๆ และผิวหนัง ไม่มีการรายงานพบผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2521 โดยอาการเพื่อการเฝ้าระวังมีนิยามดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีไข้สูงปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ต่อมาเริ่มพบจุดสีแดงขึ้นตามลิ้น เยื่อช่องปากและเยื่อโพรงจมูก และมีผื่นตามผิวหนัง (ลักษณะของผื่น เริ่มต้นจะเป็นผื่นแบบแบนราบ ต่อมาจะนูนขึ้นเป็นตุ่มกลมๆ ซึ่งมีรอยนูนตรงกลาง) หลังจากนั้นผื่นจะกลายเป็นตุ่มหนองซึ่งค่อนข้างแข็ง โดยเริ่มที่บริเวณใบหน้าก่อน และกระจายไปตาม แขน ขา มือ เท้า และลำตัวจนทั่วภายใน 24 ชั่วโมง

3. ไข้เลือดออกโครีเมียนคองโก (Crimean - Congo hemorrhagic fever)

โรคติดเชื้อไวรัส โดยมีเห็บเป็นพาหะ นอกจากนี้อาจเกิดจากการสัมผัสกับผู้ป่วยที่มีอาการ มีการรายงานพบผู้ป่วยโรคนี้ที่ประเทศในทวีปแอฟริกา ยุโรปตะวันออก ตะวันออกกลาง จีน อินเดีย บังคลาเทศ โดยนิยามในการเฝ้าระวังผู้ป่วยมีดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีไข้ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดศีรษะ คอแข็ง ปวดตา กลัวแสง ท้องร่วง ต่อมน้ำเหลืองโต มีเลือดออกใต้ผิวหนังเยื่อหรือส่วนต่างๆ ของร่างกายร่วมกับมีอาการมึนแปรปรวน สับสน ก้าวร้าว หลังจากนั้นอาจมีวงซึมเศร้า

4. ไข้เวสต์ไนล์ (West Nile Fever)

โรคติดเชื้อไวรัส โดยมียุงเป็นพาหะนำโรค มีรายงานการพบผู้ป่วยโรคนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกา ยุโรป ตะวันออก ตะวันออกกลาง เอเชียตะวันตก และออสเตรเลีย ทำให้เกิดอาการไข้สมองอักเสบ โดยนิยามในการเฝ้าระวังผู้ป่วยมีดังนี้

- ผู้ที่มีไข้ ปวดศีรษะ และมีการเปลี่ยนแปลงทางระดับความรู้สึกตัว เช่น ซึมลง อาจมีชัก

5. ไข้เหลือง (Yellow fever)

โรคติดเชื้อไวรัส โดยมียุงเป็นพาหะนำโรค มีรายงานการพบผู้ป่วยโรคนี้ในแถบอเมริกาใต้ และแอฟริกา นิยามในการเฝ้าระวังผู้ป่วยมีดังนี้

- ผู้ที่มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ซ้ำพบเด่นชัดไม่เป็นสัดส่วนกับอาการไข้ อาจมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง และมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ

6. โรคไขลาสซา (Lassa fever)

เกิดจากการติดเชื้อไวรัส โดยการสัมผัสกับปัสสาวะหรืออุจจาระของหนูที่ติดเชื้อ ทำให้มีอาการไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ รายที่รุนแรงอาจมีหน้าบวม หายใจหอบเหนื่อย และมีเลือดออกที่อวัยวะต่างๆ มีรายงานพบผู้ป่วยในประเทศแถบแอฟริกา เช่น กานา เบนิน ไนจีเรีย กิเนีย มาลี เซียร์ราลีโอน นิยามการเฝ้าระวังผู้ป่วยมีดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีไข้ ปวดศีรษะ เจ็บคอ มีอาการไอ อาเจียน ท้องร่วง เจ็บหน้าอกและช่องท้อง ตาอักเสบ และคออักเสบเป็นหนอง ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการเลือดออก ชี้ออก มีอาการหน้าบวม คอบวม เกิดเลือดจะลดลง และการทำงานของเกล็ดเลือดจะผิดปกติ หรือหนูหนักจากพยาธิสภาพที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 8

7. โรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์ (Nipah virus disease)

เกิดจากการติดเชื้อไวรัสติดต่อโดยการสัมผัสโดยตรงกับสุกรที่ป่วย หรือการสัมผัสสารคัดหลั่งของสัตว์ที่ป่วยผ่านทางบาดแผล หรือการรับประทานผลไม้ที่ปนเปื้อนน้ำลายของค้างคาวที่เป็นพาหะมีรายงานพบผู้ป่วยในประเทศมาเลเซีย อินเดีย บังคลาเทศ ทำให้เกิดอาการไข้สมองอักเสบ โดยมีนิยามในการเฝ้าระวังอาการดังนี้

- ผู้ที่มีไข้ และมีการเปลี่ยนแปลงทางระดับความรู้สึกตัว เช่น ซึมลง อาจมีชักหรือ

8. โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก (Marburg virus disease)

เกิดจากเชื้อไวรัสติดต่อกันโดยการสัมผัสสารคัดหลั่งของสัตว์ที่เป็นพาหะ ได้แก่ ค้างคาว หรือสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง เช่น เลือด น้ำลายของผู้ป่วย มีรายงานการพบโรคในประเทศแถบแอฟริกา เช่น อุกันดา แองโกลา เคนยา ทำให้เกิดอาการไข้ ปวดเมื่อยร่างกาย ในรายที่รุนแรงทำให้มีเลือดออกที่เยื่อต่างๆ และอวัยวะภายใน นิยามในการเฝ้าระวังได้แก่

- ผู้ที่มีไข้สูงเฉียบพลัน อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อและปวดศีรษะมาก ตามมาด้วยอาการเจ็บคอ อาเจียน ท้องเสีย และมีผื่นนูนแดงตามตัว อาจมีอาการอาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟันได้

9. โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus disease - EVD)

เกิดจากเชื้อไวรัสอีโบล่า เป็นเชื้อประจำถิ่นแถบประเทศแอฟริกา ติดต่อกันโดยการสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งของสัตว์ที่มีเชื้ออยู่ เช่น ลิง ลิงชิมแปนซี หรือค้างคาว และสามารถติดต่อกันสู่คนด้วยการสัมผัสโดยตรงกับเลือดที่ติดเชื้อและสารคัดหลั่ง ทำให้มีเลือดออกง่ายและรุนแรง อวัยวะล้มเหลว และเสียชีวิต อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 90 และเป็นโรคติดต่อกันจากคนสู่คน ขณะนี้ยังไม่มียาสำหรับรักษาโรคนี้ นิยามในการเฝ้าระวังได้แก่

- ผู้ที่มีไข้สูง หรือมีเลือดออกผิดปกติ / มีอาการรุนแรงที่เกิดกับหลายระบบอวัยวะและทรุดลงอย่างรวดเร็ว ร่วมกับมีประวัติสัมผัสโรคในช่วง 21 วันก่อนเริ่มป่วย หรือเดินทางมาจากประเทศที่เกิดโรค (ณ ปัจจุบัน ได้แก่ กินี โลบีเรีย เซียร์ราลีโอน และเมืองลากอส ไนจีเรีย)

10. โรคติดเชื้อไวรัสเฮนดรา (Hendra virus disease)

เกิดจากเชื้อไวรัสเฮนดรา มีรายงานการพบเชื้อครั้งแรกที่ประเทศออสเตรเลีย ติดต่อกันโดยการสัมผัสใกล้ชิดกับสัตว์ที่ติดเชื้อ เช่น ม้า และค้างคาว ทำให้มีอาการคล้ายเป็นไข้หวัด คือ มีไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไอ เจ็บคอ และเยื่อหุ้มสมองอักเสบแบบไม่รุนแรง นิยามในการเฝ้าระวังได้แก่

- ผู้ที่มีไข้สูง ปวดศีรษะ เจ็บคอ วิงเวียน ซึม และสับสน หรืออาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือมีปอดอักเสบ

11. โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือโรคซาร์ส

(Severe Acute Respiratory Syndrome - SARS)

เกิดจากเชื้อไวรัสระบบทางเดินหายใจในกลุ่มเชื้อโคโรนาไวรัส เกิดขึ้นครั้งแรกที่ประเทศจีน ติดต่อกันได้ง่ายโดยการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยการหายใจเอาเชื้อไวรัสที่กระจายอยู่ในละอองเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย หรือการสัมผัสกับสารคัดหลั่งแล้วนำมาสัมผัสกับเยื่อจมูก ตา หรือปาก ทำให้มีไข้สูง หนาวสั่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เบื่ออาหาร บางรายมีถ่ายอุจจาระเหลว แล้วตามด้วยอาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ หอบเหนื่อย หายใจลำบาก ในรายที่มีอาการรุนแรง จะมีภาวะหายใจล้มเหลวและเสียชีวิต

องค์การอนามัยโลกร่วมกับองค์การต่างๆ ได้พยายามควบคุมโรค และสามารถหยุดการระบาดได้ ปัจจุบัน ก็ยังไม่พบการกลับมาการระบาด นิยามในการเฝ้าระวังได้แก่

- ผู้ที่มีไข้สูง ไอ หายใจเหนื่อย/ลำบาก มีการติดเชื้อในปอดหรือปอดอักเสบ หรือมีภาวะระบบหายใจล้มเหลว ร่วมกับมีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อ SARS หรือมีประวัติเดินทางไปประเทศที่มีการระบาดของโรค SARS หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค SARS

12. โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส

(Middle East Respiratory Syndrome - MERS)

เกิดจากเชื้อไวรัสระบบทางเดินหายใจในกลุ่มเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ ปี 2012 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในประเทศแถบคาบสมุทรอาหรับหรือผู้เดินทางจากประเทศในแถบนั้น คาดการณ์ว่าน่าจะติดต่อมาจากสัตว์ เนื่องจากพบเชื้อในอูฐในประเทศกาตาร์ โอมาน อียิปต์ และซาอุดีอาระเบีย ติดต่อโดยการสัมผัสสารคัดหลั่งจากระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยจากการไอ จาม และพบได้ในบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น บุคลากรทางการแพทย์ บุคคลในครอบครัว การติดต่อกันระหว่างบุคคลทั่วไปไม่เกิดขึ้นได้ง่ายนัก ในผู้ป่วยบางรายติดเชื้อแล้วไม่แสดงอาการ บางรายอาจมีอาการเพียงเล็กน้อยเหมือนป่วยเป็นโรคหวัด และหายได้เป็นปกติ ในบางรายอาจมีท้องเสีย มวนท้อง คลื่นไส้อาเจียน ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีปอดบวมหรือไตวายได้ นิยามในการเฝ้าระวัง มี 3 กรณี

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ เป็นต้น) ร่วมกับมีไข้สูง หรือมีประวัติเข้ารับบริการในโรงพยาบาล/สัมผัสคลุญ/ดื่มนมอูฐ หรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยมีปอดบวม ร่วมกับที่มีประวัติเสี่ยง หมายถึง ผู้ป่วยปอดบวม ร่วมกับที่มีประวัติอาศัยหรือเดินทางจากพื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยปอดบวม หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ตรวจตัวอย่างจากระบบทางเดินหายใจ

กรณีที่ 3 ผู้ป่วยปอดบวมรุนแรงหรือผู้ป่วยปอดบวมที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือมีภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ไม่ทราบเชื้อสาเหตุ ถึงแม้ไม่มีประวัติเสี่ยง

13. วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug-resistant tuberculosis

(XDR-TBX))

เป็นวัณโรคที่มีการดื้อยา 4 ขนานร่วมกัน ได้แก่ ไอโซไนอะซิด (isoniazid) ริแฟมพิซิน (Rifampicin) กลุ่มยาฟลูออโรควิโนโลน (Fluoroquinolones) และกลุ่มยาทางเลือกที่ 2 ที่เป็นยาชนิดฉีด (Second-line injectable drugs) มีอาการไอเรื้อรังหรือไอเป็นเลือด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย มีไข้ เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการระบบการหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

รหัสโรค, เชื้อก่อโรค, และ ICD-10

รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) ตาม พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558

1. โรคติดต่ออันตราย 12 โรค

รหัส 506	รหัส ICD-10	ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค	ชื่อโรคภาษาไทย
กำหนดให้ รายงานทันที ที่พบผู้ป่วย แม้เพียงสงสัย โดยแจ้ง เบื้องต้นไปยัง คณะกรรมการ โรคติดต่อ ระดับจังหวัด	A20.0 - A20.3, A20.7 - A20.9,	Plague จำแนกประเภทโดยใช้รหัส Organism ดังนี้ 1 กาฬโรคต่อมน้ำเหลือง (Bubonic plague) 2 กาฬโรคชนิดโลหิตเป็นพิษ (Septicemic plague) 3 กาฬโรคปอด (Pneumonic plague)	กาฬโรค
โดยไม่ต้องรอ การวินิจฉัย สุดท้ายจาก แพทย์ และ ไม่ต้องรอการ ลงรหัส	B03 A98.0 A92.3 A95.0, A95.1, A95.9 A96.2	Smallpox Crimean - Congo hemorrhagic fever West Nile Fever Yellow fever Lassa fever	ไข้ทรพิษ ไข้เลือดออกโครเมียนคองโก ไข้เวสต์ไนล์ ไข้เหลือง โรคไข้ลาสซา
ICD-10	B33.8 A98.3 A98.4 B33.8 B97.21 J12.81	Nipah virus disease Marburg virus disease Ebola virus disease Hendra virus disease Severe Acute Respiratory Syndrome - SARS Middle East Respiratory Syndrome - MERS	โรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์ โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โรคติดเชื้อไวรัสเฮนดรา โรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน รุนแรง หรือโรคซาร์ส โรคทางเดินหายใจ ตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส

2. รหัสโรคที่ใช้ในการรายงานผู้ป่วยในข่ายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) 71 รหัสโรค

รหัส 506	รหัส ICD-10	ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค	ชื่อโรคภาษาไทย
01	A00.0, A00.1, A00.9	Cholera จำแนกรหัส Organism type ดังนี้ 1 Vibrio cholerae Eltor Inaba 2 Vibrio cholerae Eltor Ogawa 3 Vibrio cholerae Eltor Hikojima 6 Vibrio cholerae O139 9 Unknown	อหิวาตกโรค
02	A02.0, A04.0 - A04.9, A08.0 - A08.5, A09.0, A09.9	Acute diarrhea, Diarrhea, Infantile diarrhea, Gastroenteritis, Enteritis, Summer diarrhea	โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
03	A05.0, A05.2 - A05.4, A05.8 - A05.9	Food poisoning, Foodborne disease, Foodborne intoxication, Acute foodborne infection จำแนกรหัส Organism type ดังนี้ 1 Vibrio parahaemolyticus 2 Salmonella spp. 3 Staphylococcus 5 Clostridium perfringens 9 Unknown	อาหารเป็นพิษ
05	A03.0 - A03.3, A03.8 - A03.9	Shigellosis dysentery, Bacillary dysentery	โรคบิดจากเชื้อชิเกลลา
06	A06.0, A06.1, A06.9	Amoebic Dysentery, Amoebiasis	โรคบิดอะมีบา
08	A01.0	Typhoid fever, Typhus abdominalis, Enteric fever (Typhoid fever type)	ไข้รากสาดน้อย, ไข้ไทฟอยด์, ไข้เอนเทอริค (ชนิดไข้ไทฟอยด์)
09	A01.1 - A01.4	Paratyphoid fever, Enteric fever (Paratyphoid fever type)	ไข้รากสาดเทียม, ไข้พาราไทฟอยด์, ไข้เอนเทอริค (ชนิดไข้พาราไทฟอยด์)
10	B17.8 - B17.9, B19.0, B19.9	Hepatitis, Unspecified viral hepatitis	ไวรัสตับอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ
11	B15.0, B15.9	Viral hepatitis A, Acute Viral hepatitis A	โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสชนิด เอ

รหัส 506	รหัส ICD-10	ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค	ชื่อโรคภาษาไทย
12	B16.0 - B16.2, B16.9	Viral hepatitis B, Acute Viral hepatitis B	โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสชนิด บี
13	B17.1	Viral hepatitis C, Acute Viral hepatitis C	โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสชนิด ซี
14	B30.0 - B30.3, B30.8 - B30.9	Viral conjunctivitis, Haemorrhagic conjunctivitis	โรคตาแดงจากไวรัส
15	J10.0, J10.1, J10.8 J11.0, J11.1, J11.8	Influenza, (Flu) จำแนกรหัส Organism type ดังนี้ 1 Influenza A unknown subtype 2 Influenza B unknown subtype 3 Influenza A (H1) 4 Influenza A (H3) 7 Other specify 9 Unknown	ไข้หวัดใหญ่
16	B06.0, B06.8, B06.9, M01.4	Rubella, German measles, Congenital rubella จำแนกรหัส Organism type ดังนี้ 1 IgM positive 2 IgM negative 3 Inconclusive 9 Unknown	ไข้หัดเยอรมัน, เหือด
17	B01.0 - B01.2, B01.8 - B01.9	Varicella, Chickenpox	โรคสุกใส อีสุกอีใส
18	R50.8, R50.9	Pyrexia of unknown origin, Fever of unknown origin, P.U.O. F.U.O., Fever cause	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ
19	A39.0, A39.2 - A39.5, A39.8 - A39.9	Meningococcal meningitis, Meningococemia จำแนกรหัส Organism type ดังนี้ 1 N. meningitides group A 2 N. meningitides group B 3 N. meningitides group C 4 N. meningitides group Y 5 N. meningitides group W135 6 N. meningitides group X 7 N. meningitides unknown serogroup 9 Unknown	ไข้กาฬหลังแอ่น

รหัส 506	รหัส ICD-10	ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค	ชื่อโรคภาษาไทย
20	A80.0 - A80.4, A80.9	Poliomyelitis, Polio, Acute poliomyelitis จำแนกรหัส Organism type ดังนี้ 1 Wild type 1 2 Wild type 2 3 Wild type 3 4 VAPP 5 VDPV 9 Unknown	โปลิโอ, ไข้ไขสันหลังอักเสบ
21	B05.9	Measles จำแนกรหัส Organism type ดังนี้ 1 IgM positive 2 IgM negative 3 Inconclusive 9 Unknow	ไข้หัด
22	B05.0 - B05.4, B05.8	Measles with complication ระบุรหัส Complication ดังนี้ 1 Pneumonia (ICD10: B05.2) 2 Diarrhea (ICD10: B05.4) 3 Encephalitis (ICD10: B05.0) 4 Otitis media (ICD10: B05.3) 5 Other (ICD10: B05.8) 6 nknown 7 Pneumonia + Diarrhea (ICD10: B05.2 ร่วมกับ B05.4) 8 Pneumonia + Encephalitis (ICD10: B05.2 ร่วมกับ B05.0) 9 Pneumonia + Other (ICD10: B05.2 ร่วมกับ B05.8) ระบุรหัส Organism type ดังนี้ 1 IgM positive 2 IgM negative 3 Inconclusive 9 Unknown	ไข้หัดที่มีโรคแทรกซ้อน
23	A36.0 - A36.3, A36.8 - A36.9	Diphtheria, Facial diphtheria, Nasal diphtheria, Laryngeal diphtheria	คอตีบ
24	A37.0, A37.9	Pertussis, Whooping cough	ไอกרון
25	A34, A35	Tetanus, Lockjaw	บาดทะยัก

รหัส 506	รหัส ICD-10	ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค	ชื่อโรคภาษาไทย
26	ICD10 (เก่า) A91.1, A91.9 ICD10 (2016) A97.0,A97.1	Dengue haemorrhagic fever จำแนกรหัส Organism type ดังนี้ 1 Serotype 1 2 Serotype 2 3 Serotype 3 4 Serotype 4 9 Unknown	ไข้เลือดออกเด็งกี
27	ICD10 (เก่า) A91.0 ICD10 (2016) A97.2	Dengue shock syndrome, Dengue with shock จำแนกรหัส Organism type ดังนี้ 1 Serotype 1 2 Serotype 2 3 Serotype 3 4 Serotype 4 9 Unknown	ไข้เลือดออกช็อกเด็งกี
28	A83.1 - A83.5, A83.8 - A83.9, A84.0 - A84.1, A84.8 - A84.9, A85.0 - A85.2, A85.8, A86, B00.4, G04.8 - G04.9, G05.1	Unspecified encephalitis	ไข้มองอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ
29	A83.0	Japanese encephalitis, J.E., J.E.V. Disease	ไข้มองอักเสบชนิดญี่ปุ่น
30	B50.0, B50.8 - B50.9, B51.0, B51.8 - B51.9, B52.0, B52.8 - B52.9, B53.0, B53.1, B53.8, B54	Malaria จำแนกรหัส Organism type ดังนี้ 1 Plasmodium falciparum (ICD10: B50.0, B50.8 - B50.9) 2 Plasmodium vivax (ICD10: B51.0, B51.8 - B51.9) 3 Plasmodium malariae (ICD10: B52.0, B52.8 - B52.9) 4 Mixed type 5 Plasmodium ovale (ICD10: B53.0) 6 Plasmodium knowlesi (ICD10: B53.8) 9 Unknown (ICD10: B54)	ไข้มาลาเรีย

รหัส 506	รหัส ICD-10	ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค	ชื่อโรคภาษาไทย
31	J12.0 - J12.3, J12.8 - J12.9, J13, J14, J15.0 - J15.9, J16.0, J16.8, J17.0 - J17.1, J18.0 - J18.2, J18.8 - J18.9, J85.1	Pneumonitis, Pneumonia	โรคปอดอักเสบ โรคปอดบวม
32	A15.0 - A15.3, A16.0 - A16.2, J65	Tuberculosis, Pulmonary TB จำแนกรหัส Organism type ดังนี้ 1 ตรวจพบเชื้อ (ICD10: A15.0 - A15.3) 2 ตรวจไม่พบเชื้อ (ICD10: A16.0) 3 ไม่ได้ตรวจเชื้อ (ICD10: A16.1 - A16.2, J65)	วัณโรคปอด
33	A17.0 - A17.1	Tuberculosis meningitis, Tuberculous meningitis	วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง
34	A15.4 - A15.9, A16.3 - A16.5, A16.7 - A16.9, A17.8 - A17.9, A18.0 - A18.8, A19.0 - A19.2, A19.8 - A19.9, B20.0, K23.0, K67.3, K93.0, M01.1, M49.0, M90.0, N33.0, N74.0 - N74.1	Tuberculosis other organs จำแนกรหัส Complication type ดังนี้ 1 TB Lymph node (ICD10: A15.4, A16.3, A18.2) 2 TB Spine node (ICD10: A18.0 เฉพาะ vertebral column, M49.0) 3 TB Hips, Bones, Joints (ICD10: A18.0 อื่นๆ, M01.1, M90.0) 4 TB Peritoneum (ICD10: A18.3 เฉพาะ peritonitis, K67.3) 5 TB Skin (ICD10: A18.4) 6 TB Gastro-intestinal tract (ICD10: A18.3 อื่นๆ, K23.0, K93.0, N33.0, N74.0 - N74.1) 7 TB Genito-Urinary organs tract (ICD10: A18.1) 8 TB other organs (ICD10: A15.5 - A15.9, A16.4 - A16.5, A16.7 - A16.9, A17.8 - A17.9, A18.5 - A18.8, A19.0 - A19.2, A19.8 - A19.9, B20.0) 9 Unknown	วัณโรคระบบอื่นๆ

รหัส 506	รหัส ICD-10	ชื่อโรค และ รหัสชื่อก่อโรค	ชื่อโรคภาษาไทย
35	A30.0 - A30.5, A30.8 - A30.9	Leprosy	โรคเรื้อน
37	A50.0 - A50.7, A50.9 A51.0 - A51.5, A51.9, A52.0 - A52.3, A52.7 - A52.9, A53.0, A53.9	Syphilis จำแนกรหัส Complication type ดังนี้ 1 primary syphilis (ICD10: A51.0 - A51.2) 2 secondary syphilis (ICD10: A51.3 - A51.4) 3 late or tertiary syphilis (ICD10: A52.0, A52.7) 4 latent syphilis (ICD10: A51.5, A51.9, A52.8 - A52.9, A53.0, A53.9) 5 congenital syphilis (ICD10: A50.0 - A50.7, A50.9) 6 neurosyphilis (ICD10: A52.1 - A52.3) 7 others 9 unknown	ซิฟิลิส
38	A54.0 - A54.6, A54.8 - A54.9, K67.1, M73.0, N74.3, O98.2	Gonorrhea, G.C., Gonococcal urethritis, Gonococcal vulvovaginitis, Gonococcal cervicitis, Gonococcal bartholinitis	หนองใน
39	A56.0 - A56.4, A56.8, N34.1 - N34.3	Non-Gonococcal urethritis/ vaginitis/ cervicitis, Non-specific urethritis/ vaginitis/ cervicitis, NGU/V, NSU/V, Chlamydial infection of genitourinary tract/ anus & rectum/ pharynx	หนองในเทียม
40	A57	Chancroid, Soft chancre	แผลริมอ่อน
41	A55	Lymphogranuloma Venereum/ Chlamydial lymphogranuloma (venereum) / L.G.V.	กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง
42	A82.0, A82.1, A82.9	Rabies, Hydrophobia	โรคพิษสุนัขบ้า
43	A27.0, A27.8, A27.9	Leptospirosis, Weil disease	โรคเลปโตสไปโรสิส ไข้ฉี่หนู
44	A75.0 - A75.3, A75.9	Scrub Typhus, Mite-borne typhus fever	โรคสครับไทฟัส

รหัส 506	รหัส ICD-10	ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค	ชื่อโรคภาษาไทย
45	A22.0 - A22.2, A22.7 - A22.9	Anthrax จำแนกรหัส Complication type ดังนี้ 1 cutaneous anthrax (ICD10: A22.0) 2 pulmonary anthrax (ICD10: A22.1) 3 gastrointestinal anthrax (ICD10: A22.2) 8 others (ICD10: A22.7 - A22.8) 9 unknown (ICD10: A22.9)	โรคแอนแทรกซ์
46	B75	Trichinosis, Trichinellosis	พยาธิทริคิเนลลา
52	B26.0 - B26.3, B26.8 - B26.9	Mumps	คางทูม
53	A33	Tetanus neonatorum	บาดทะยักในทารกแรกเกิด
54	A87.8 - A87.9, G00.9, G02.0, G03.0, G03.8 - G03.9	Unspecified meningitis	เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ไม่ระบุเชื้อสาเหตุ
55	B83.2, G02.8	Eosinophilic Meningitis	เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากพยาธิ
58	T62.0	Mushroom poisoning	รับประทานเห็ดมีพิษ
65	ผู้ที่มีอายุ <15 ปี และมี ICD10 ใน 23 กลุ่มโรค 1) G82.0, G82.2 - G82.3, G82.5, G83.0 - G83.3, G83.8 - G83.9 2) G95.9 3) G61.0 4) G36.9 5) G58.0, G58.9 6) G62.9 7) E80.2 8) G58.8 9) G70.0 10) T60.0 11) G36.9 12) G72.3 13) G72.4	Acute Flaccid Paralysis (AFP)	โรคอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อน ปวกเปียกเฉียบพลัน

รหัส 506	รหัส ICD-10	ชื่อโรค และ รหัสชื่อก่อโรค	ชื่อโรคภาษาไทย
	14) M79.1 15) M79.2 16) G37.3 17) R53 18) G80.2, G81.0 19) M60.8, M60.9 20) G04.0 21) G04.8 22) G04.9 23) G71.3 หมายเหตุ: ไม่นับ รหัสที่เข้าเกณฑ์ AFP แต่อยู่ใน รายงานโรคอื่นแล้ว 3 กลุ่มโรค ได้แก่ 24) A80.0 - A80.4, A80.9 (รหัส 506: 20) 25) A05.1 (รหัส 506: 85) 26) B75 (รหัส 506: 46)		
66	<u>ICD10 (เก่า)</u> A90 <u>ICD10 (2016)</u> A97.9	Dengue fever จำแนกรหัส Organism type ดังนี้ 1 Serotype 1 2 Serotype 2 3 Serotype 3 4 Serotype 4 9 Unknown	ไข้เด็งกี
68	B55.0, B55.1, B55.2, B55.9	Leishmaniasis จำแนกรหัส Complication type ดังนี้ 1 Kala azar (Visceral leishmaniasis) (ICD10: B55.0) 2 Cutaneous leishmaniasis (ICD10: B55.1) 3 Mucocutaneous leishmaniasis (ICD10: B55.2) 9 Unknown (ICD10: B55.9)	โรคลิซมาเนีย

รหัส 506	รหัส ICD-10	ชื่อโรค และ รหัสเชื้อก่อโรค	ชื่อโรคภาษาไทย
69	B17.0	Viral hepatitis D, Acute Viral hepatitis D	โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสชนิด ดี
70	B17.2	Viral hepatitis E, Acute Viral hepatitis E	โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสชนิด อี
71	B08.4, B08.5	Hand foot and mouth disease (HFM) จำแนกรหัส Organism type ดังนี้ 1 HFM ไม่ระบุเชื้อ 2 Herpangina ไม่ระบุเชื้อ 3 Enterovirus 71 4 Coxsackie A 5 Coxsackie B 6 Enterovirus others or unspecified 9 Unknown	โรคมือเท้าปาก
72	A24.1 - A24.4	Melioidosis	แมลิวอยโดสิส
74	A38	Scarlet fever	ไข้ดำแดง
76	B74.0 - B74.2, B74.8 - B74.9, H13.0	Elephantiasis Lymphatic Filariasis, Filariasis จำแนกรหัส Organism type ดังนี้ 1 Wuchereria bancrofti (ICD10: B74.0) 2 Brugia malayi (ICD10: B74.1) 3 Brugia timori (ICD10: B74.2) 4 Others (ICD10: B74.8) 9 Unknown (ICD10: B74.9, H13.0)	โรคเท้าช้าง
78	T80.5, T80.6, T88.0, T88.1, M02.2	Adverse Event Following Immunization (AEFI)	อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
79	A60.0 - A60.1, A60.9	Anogenital Herpes, Genital Herpes Simplex Virus Infection	เริมของอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก
80	A63.0	Condyloma Acuminata (Venereal Warts)	หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก
81	A63.8, A64	Other Sexually transmitted diseases	โรคเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ที่ไม่ระบุ
82	ไม่มี ICD-10 เฉพาะ	Streptococcus suis infection	โรคติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสซูอิส

รหัส 506	รหัส ICD-10	ชื่อโรค และ รหัสชื่อก่อโรค	ชื่อโรคภาษาไทย
83	A23.0 - A23.3, A23.8 - A23.9	Brucellosis จำแนกรหัส Organism type ดังนี้ 1 Brucella melitensis (ICD10: A23.0) 2 Brucella abortus (ICD10: A23.1) 3 Brucella suis (ICD10: A23.2) 4 Brucella canis (ICD10: A23.3) 5 Others (ICD10: A23.8) 9 Unknown (ICD10: A23.9)	โรค布鲁เซลโลสิส
84	A92.0	Chikungunya fever	ไข้ปวดข้อยุ่งลาย / ไข้ชิคุนกุนยา
85	A05.1	Botulism	อาหารเป็นพิษจากโบทูลิซึม
86	A59.0, A59.8 - A59.9	Vaginal trichomoniasis	พยาธิทริโคโมแนสของระบบ สืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ
87	A92.5	Zika virus disease	โรคติดเชื้อไวรัสซิกา
88	B85.3	Pediculosis Pubis	โลนที่อวัยวะเพศ
89	B08.1	Genital Molluscum Contagiosum	หูดข้าวสุก
90	A85.0, A87.0, B34.1	Enterovirus Fever จำแนกรหัส Complication type ดังนี้ 1 Enteroviral encephalitis (ICD10: A85.0) 2 Enteroviral meningitis (ICD10: A87.0) 9 Enterovirus infection, unspecified site (ICD10: B34.1)	ไข้เอนเทอโรไวรัส
91	J09	Avian Influenza	ไข้หวัดนก

เรื่อง นิยามการรายงาน โรคติดต่ออันตราย พ.ศ. 2560

1. กาฬโรค (Plague)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการและอาการแสดง ดังต่อไปนี้
 - กาฬโรคต่อมน้ำเหลือง (Bubonic plague) ไข้สูง หนาวสั่น คลื่นไส้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ หรือรักแร้โตและมีหนอง หรือมีามไตและมีหนอง
 - กาฬโรคของโลหิต (Septicemic plague) มีอาการของโลหิตเป็นพิษ ไข้สูง ปวดศีรษะ อาเจียน คอหอยและทอนซิลอักเสบ อาจมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ และจำเลือดตามผิวหนัง
 - กาฬโรคปอด (Pneumonic plague) ไข้สูง หนาวสั่น ไอ มีเสมหะปนเลือด หอบ Chest X-ray พบลักษณะของปอดอักเสบ ร่วมกับมีประวัติสัมผัสผู้ป่วยกาฬโรค
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
 - มีผลเพาะเชื้อได้จากหนอง เสมหะ เลือด น้ำไขสันหลัง พบเชื้อ *Yersinia pestis*
 - เก็บตัวอย่างเลือด 2 ครั้ง (Paired-sera) เพื่อตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา ด้วยวิธี Immunofluorescent antibody (IFA) หรือ ELISA ให้ผลบวก

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

2. ไข้ทรพิษ (Smallpox)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ มีไข้สูงมากกว่า 38.3 องศาเซลเซียส ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะบริเวณหลัง รู้สึกอ่อนเพลียเฉียบพลัน และอาจมีอาการอาเจียนได้ อาการในระยะนี้จะเป็นอยู่ 2 - 4 วันก่อนผื่นขึ้น ต่อมาเริ่มพบจุดสีแดงขึ้นตามลิ้น เยื่อช่องปากและเยื่อโพรงจมูก ต่อมาจะเริ่มปรากฏผื่นตามผิวหนัง (ลักษณะของผื่น เริ่มต้นจะเป็นผื่นแบบแบนราบ ต่อมาจะนูนขึ้นเป็นตุ่มกลมๆ ซึ่งมีรอยนูนตรงกลาง) หลังจากนั้นผื่นจะกลายเป็นตุ่มหนองซึ่งค่อนข้างแข็ง โดยเริ่มที่บริเวณใบหน้าก่อน และกระจายไปตาม แขน ขา มือ เท้า และลำตัวจนทั่วภายใน 24 ชั่วโมง

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบจากการผลเพาะเชื้อหรือด้วยวิธี PCR

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่ยืนยัน

3. ไข้เลือดออกโครเมียนคองโก (Crimean - Congo hemorrhagic fever)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกได้แก่ ผู้ป่วยที่มีไข้ ปวดกล้ามเนื้อคอแข็ง กลัวแสง ท้องร่วง ต่อม้ำเหลืองโต มีเลือดออกได้ผิวหนังเยื่อหูหรือส่วนต่างๆ ของร่างกายร่วมกับมีอาการมึน แปรปรวน สับสน ก้าวร้าว หลังจากนั้นอาจมีง่วงซึมเศร้า หรือหัวใจเต้นเร็ว บางรายมีตับอักเสบร่วมด้วย
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการให้ผลบวกต่อ ไวรัสอาร์เอ็นเอกลุ่ม Bunyaviridae

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยที่ยืนยันผล

4. ไข้เวสต์ไนล์ (West Nile Fever)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ อาจสูงหรือต่ำก็ได้ และมีการเปลี่ยนแปลงทางระดับความรู้สึกตัว อาจมีชัก
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัย ร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยและมีผลการตรวจพบเชื้อด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้
 - พบแอนติบอดีที่จำเพาะต่อ West Nile Virus โดยวิธี ELISA
 - พบสารพันธุกรรมของไวรัส West Nile virus โดยวิธี PCR
 - เพาะแยกเชื้อจาก Serum หรือสมอง

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยที่ยืนยันผล

5. ไข้เหลือง (Yellow fever)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ซีฟจรเด่นชัดไม่เป็นสัดส่วนกับอาการไข้ อาจมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง และมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ตรวจระดับภูมิคุ้มกันด้วยวิธี HI Test (paired sera) มีระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 4 เท่า (four-fold rising)
 - ตรวจหาสารพันธุกรรมด้วยวิธี PCR for Yellow fever virus ให้ผลบวก

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

6. โรคไข้ลาสซา (Lassa fever)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีไข้ ปวดศีรษะ เจ็บคอ มีอาการไอ อาเจียน ท้องร่วง เจ็บหน้าอกและช่องท้อง ตาอักเสบ และคออักเสบเป็นหนอง ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการเลือดออก ซีด มีอาการหน้าบวม คอบวม เกิดเลือดจางลดลง และการทำงานของเกล็ดเลือดจะผิดปกติ หรือหุนหวกจากพยาธิสภาพที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 8
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - วิธี ELISA ให้ผลบวก
 - วิธี PCR จากเลือด ปัสสาวะ หรือตัวอย่างจากคอหอยให้ผลบวก

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยที่ยืนยันผล

7. โรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์ (Nipah virus disease)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ อาจสูงหรือต่ำก็ได้ และมีการเปลี่ยนแปลงทางระดับความรู้สึกตัว อาจมีชัก หรือ ผู้ที่มีไข้และอาเจียน หรือมีอาการแสดงทางระบบทางเดินหายใจ
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
 - ตรวจวิธี ELISA ให้ผลบวก
 - ตรวจวิธี IFA ให้ผลบวก
 - PCR for Nipah virus ให้ผลบวก

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยที่ยืนยันผล

8. โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก (Marburg virus disease)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้สูงเฉียบพลัน อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อและปวดศีรษะมาก ตามมาด้วยอาการเจ็บคอ อาเจียน ท้องเสีย และมีผื่นนูนแดงตามตัว
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
 - ตรวจวิธี RT-PCR ให้ผลบวก
 - การตรวจหาแอนติเจนโดยวิธี ELISA ในตัวอย่างเลือด น้ำเหลือง หรือจากอวัยวะ ให้ผลบวก

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยที่ยืนยันผล

9. โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus disease - EVD)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน (PUI: patient under investigation)
ผู้ที่มีอาการไข้ตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียสขึ้นไป ร่วมกับมีประวัติสัมผัสผู้ติดเชื้อในช่วง 21 วันก่อนเริ่มป่วย ข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้

- อาศัยอยู่ หรือเดินทางมาจากประเทศที่เกิดโรค (ณ ปัจจุบัน ได้แก่ กินี ไคบีเรีย เซียร์ราลีโอน และ เมืองลากอส ไนจีเรีย)
- สัมผัสผู้ป่วยหรือศพของผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้ออีโบล่า
- สัมผัสโดยตรงกับสัตว์จำพวกค้างคาว หนู ลิง สัตว์ป่าเท่ากิบที่มาจากพื้นที่เกิดโรค

2. ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case)

ได้แก่ ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน ที่มีอาการเลือดออกผิดปกติ / มีอาการรุนแรงที่เกิดกับหลายระบบ อวัยวะและทรุดลงอย่างรวดเร็ว (Severe and rapid progressive) รวมทั้งผู้เสียชีวิตโดยที่มีอาการดังกล่าว โดยไม่ทราบสาเหตุอื่น ๆ ที่ชัดเจน

3. ผู้ป่วยน่าจะเป็น (Probable case)

ได้แก่ ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน / ผู้ป่วยสงสัย ที่มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยหรือศพ หรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่ยืนยัน/น่าจะเป็นผู้ติดเชื้ออีโบล่า หรือผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุรายอื่น

4. ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case)

ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน / ผู้ป่วยสงสัย / ผู้ป่วยยืนยันที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบหลักฐานการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- Ebola Realtime RT-PCR ให้ผลบวก
- การตรวจด้วยวิธี ELISA พบ Ebola IgM ให้ผลบวก
- สามารถแยกเชื้อไวรัสอีโบล่า (viral isolation)

หมายเหตุ ณ ปัจจุบัน ห้องปฏิบัติการในประเทศไทย ยังไม่ทำการแยกเชื้อไวรัสอีโบล่าในห้องปฏิบัติการ เนื่องจากต้องการความปลอดภัยสูงในระดับ BSL4

5. ตัดออกจากการเป็นผู้ป่วย (discarded)

ผู้ป่วยที่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบหลักฐานการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า จากการตรวจคัดกรองด้วยวิธีมาตรฐาน 2 วิธีที่แตกต่างกัน ดังเกณฑ์ต่อไปนี้

1. Ebola Realtime RT-PCR และ การตรวจด้วยวิธี ELISA พบ Ebola IgM ให้ผลลบ
2. Ebola Realtime RT-PCR 2 ครั้ง ด้วย primer ที่แตกต่างกัน ให้ผลลบ หรือการตรวจด้วย family PCR โดยใช้ primer ที่แตกต่างกัน 5 คู่

หมายเหตุ ตัวอย่างที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะต้องเก็บตัวอย่างในวันที่เริ่มมีอาการป่วยมาแล้ว 3 วันขึ้นไป ในกรณีที่ให้ผลลบในช่วงไม่เกินสามวันหลังมีอาการดังกล่าว ต้องทำการตรวจซ้ำอย่างน้อยอีกหนึ่งครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากสามวันแรกหลังมีอาการผลที่ได้อาจเป็นผลลบปลอม เพราะปริมาณเชื้อน้อย

3. กรณีที่ไม่สามารถเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจหาการติดเชื้อได้ ให้คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านวิชาการและยุทธศาสตร์ฯ โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ ร่วมกันพิจารณาข้อมูลผู้ป่วย อาการทางคลินิก ระบาดวิทยา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เพื่อลงความเห็นว่าจะตัดออกจากการเป็นผู้ป่วยหรือไม่

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

1. ให้รายงานทีมเฝ้าสอบสวนโรคทันที
2. ให้เก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
3. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยสงสัยลงในแบบรายงาน/แบบสอบสวนพร้อมชื่อผู้สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัย
4. ถ้าผู้ป่วยเสียชีวิต แนะนำให้จัดการศพหรืองานศพด้วยวิธีการที่ปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อ หรือมีทีมช่วยจัดการศพให้ เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่มีการแพร่กระจายของเชื้อ

10. โรคติดเชื้อไวรัสฮานดรา (Handra virus disease)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้สูง ปวดศีรษะ เจ็บคอ ینگเวียน ชีม และสับสน หรืออาการคล้าย ไข้หวัดใหญ่ ในระยะแรกมักจะพบอาการปอดอักเสบ
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
 - การตรวจทางน้ำเหลืองวิทยา หา IgM และ IgG โดยวิธี ELISA ให้ผลบวก
 - ตรวจวิธี serum neutralization ยืนยันการวินิจฉัยโดยการแยกเชื้อไวรัสให้ผลบวก

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยที่ยืนยันผล

11. โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือโรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome - SARS)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัยจำแนกเป็นสองกรณีดังนี้
 - 1.1 ผู้ป่วยสงสัยที่มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส ร่วมกับไอ หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก และมีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - มีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อ SARS หรือ
 - มีประวัติเดินทางไปประเทศที่มีการระบาดของโรค SARS หรือ
 - อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค SARS

- 1.2 ผู้ที่เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันที่หาสาเหตุไม่ได้ ร่วมกับมีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - มีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อ SARS หรือ
 - มีประวัติเดินทางไปประเทศที่มีการระบาดของโรค SARS หรือ
 - อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค SARS
2. ผู้ป่วยเข้าข่าย หมายถึง ผู้ที่เข้าได้กับเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - 2.1 ผู้ป่วยสงสัย SARS ที่มีผลการตรวจเอกซเรย์ปอดพบว่า มีลักษณะเข้าได้กับการติดเชื้อในปอด (pneumonia) หรือ pneumonia ร่วมกับมีภาวะระบบหายใจล้มเหลว (respiratory distress syndrome: RDS)
 - 2.2 ผู้ป่วยสงสัยที่เสียชีวิต ร่วมกับมีผลการชันสูตรพยาธิสภาพของโรคเข้าได้กับภาวะ RDS โดยหาสาเหตุอื่นๆ ไม่ได้
3. ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยสงสัย SARS ที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลบวกต่อเชื้อ SARS coronavirus อย่างน้อยหนึ่งวิธีต่อไปนี้
 - 3.1 ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสด้วยวิธี PCR ตามเงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - ตรวจพบจากตัวอย่างที่ต่างกันอย่างน้อย 2 ชนิด เช่น จากสารคัดหลั่งในโพรงจมูก และจากอุจจาระเป็นต้น หรือ
 - ตรวจพบจากตัวอย่างชนิดเดียวกันแต่เก็บห่างกันอย่างน้อยสองวัน
 - 3.2 ตรวจพบภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS (Seroconversion by ELISA or IFA) ด้วยเงื่อนไขอย่างหนึ่งต่อไปนี้ :
 - ตรวจไม่พบภูมิคุ้มกันจากการเจาะตัวอย่างครั้งแรก และตรวจพบภูมิคุ้มกันในตัวอย่างไม่สองที่เก็บห่างกันอย่างน้อย 14 วัน
 - พบการเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ SARS อย่างน้อย 4 เท่าในตัวอย่างไม่สองที่เก็บห่างกันอย่างน้อย 14 วัน
 - 3.3 ตรวจพบเชื้อไวรัส SARS จากการเพาะเชื้อ (Virus isolation) ร่วมกับการยืนยันด้วยวิธี PCR จากห้องปฏิบัติการที่ได้การรับรองมาตรฐาน

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยสงสัย

12. โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคมอร์สา (Middle East Respiratory Syndrome - MERS)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่เข้าข่ายเฝ้าระวังและต้องดำเนินการสอบสวนโรค (Patients under investigated: PUI)

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ ผู้ที่มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (ไอ น้ำมูก เจ็บคอ เป็นต้น) และมีประวัติเดินทางมาจากพื้นที่ที่พบผู้ป่วยในช่วงเวลา 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย และมีลักษณะ อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ มีอุณหภูมิกายมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส หรือ มีประวัติเข้ารับบริการในโรงพยาบาลในพื้นที่เสี่ยงในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย หรือสัมผัสสัตว์ หรือดื่มนมอูฐ ในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย หรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยปอดบวมที่มีประวัติเสี่ยง หมายถึง ผู้ป่วยปอดบวมที่มีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ในช่วงเวลา 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย ได้แก่ อาศัยหรือเดินทาง หรือเป็นผู้สัมผัสของผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยปอดบวม หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ตรวจตัวอย่างจากระบบทางเดินหายใจ หรือผู้สัมผัสใกล้ชิด “ผู้ป่วยเข้าข่าย” หรือ “ผู้ป่วยยืนยัน” ติดเชื้อทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือผู้ป่วยปอดบวมที่เกิดเป็นกลุ่มก้อน (พบผู้ป่วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป) ในชุมชนหรือที่ทำงานเดียวกัน หรือมีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาในผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่มนี้ถ้าตรวจพบเชื้อสาเหตุอื่นๆ แล้ว แต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเชื่อดังกล่าว ต้องส่งตรวจหาเชื้อไวรัสโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง

กรณีที่ 3 ผู้ป่วยปอดบวมรุนแรง หรือภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS) ที่ไม่ทราบเชื้อสาเหตุ (ปอดบวมรุนแรง หมายถึงผู้ป่วยปอดบวมที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ) ถึงแม้ไม่มีประวัติเสี่ยงก็ตาม

หมายเหตุ ประเทศในตะวันออกกลาง ได้แก่ บาห์เรน อียิปต์ อิหร่าน ตุรกี อิรัก อิสราเอล จอร์แดน คูเวต เลบานอน โอมาน กาตาร์ ซาอุดีอาระเบีย ซีเรีย สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ เยเมน และดินแดนปาเลสไตน์ (เวสต์แบงก์ และฉนวนกาซา)

2. ผู้ป่วยน่าจะเป็น (Probable case) แบ่งออกเป็น 3 กรณี :

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยปอดบวม หรือภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS) ซึ่งมีประวัติอาศัยอยู่หรือเดินทางไปประเทศแถบตะวันออกกลางที่มีรายงานการระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย ร่วมกับมีผลการตรวจที่ไม่สามารถสรุปผลได้ (inconclusive tests) (เช่น ตรวจ PCR ให้ผลบวกเพียงชุดเดียว)

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยปอดบวม หรือภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS) ซึ่งมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ร่วมกับไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการตรวจหาเชื้อ MERS-CoV ให้ผลลบ จากการตรวจเพียง 1 ครั้ง โดยเก็บตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมหรือด้อยคุณภาพ

กรณีที่ 3 ผู้ป่วยที่มีอาการของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน (ไม่ว่าจะเป็นอาการของระบบทางเดินหายใจส่วนบนหรือส่วนล่าง) ซึ่งมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ร่วมกับมีผลการตรวจที่ไม่สามารถสรุปผลได้ (เช่น ตรวจ PCR ให้ผลบวกเพียงชุดเดียว)

3. ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันด้วยวิธีดังนี้

3.1 พบสารพันธุกรรมเชื้อ MERS-CoV โดยการตรวจด้วยวิธีข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- วิธี PCR ตรวจหาจีโนมจำเพาะ (specific genomic target) อย่างน้อย 2 ตำแหน่ง
- วิธี PCR ตรวจหาจีโนมจำเพาะ 1 ตำแหน่ง ร่วมกับวิธี DNA sequencing

3.2 ผลการตรวจซีรัมคู่ให้ผลบวกด้วย 2 วิธี คือ การคัดกรองด้วยวิธี ELISA/IFA และการตรวจยืนยันด้วยวิธี neutralization assay (การตรวจด้วยวิธีทางซีโรโลยีไม่เหมาะสมสำหรับการตรวจวินิจฉัยเพื่อการรักษา หรือค้นหาผู้ป่วยที่กำลังติดเชื้อ เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ MERS-CoV จะตรวจพบได้อย่างเร็วสุดในวันที่ 14 - 21 หลังวันที่ผู้ป่วยติดเชื้อ)

ผู้ป่วยคัดออก (Excluded) ผู้ป่วยที่ข้อมูลจากการสอบสวนโรคพบว่า ไม่เข้านิยามผู้ป่วยประเภทต่างๆ ข้างต้น หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบหลักฐานการติดเชื้อ

หมายเหตุ

1. สำหรับผู้ป่วยยืนยัน ต้องมีผลการตรวจเชื้อ MERS-CoV ให้ผลบวกจากห้องปฏิบัติการอย่างน้อย 2 แห่ง ได้แก่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมกับห้องปฏิบัติการที่เป็นเครือข่ายของกระทรวงสาธารณสุข

2. ตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมหรือด้อยคุณภาพ ได้แก่ กรณีที่มีเพียงตัวอย่างที่ได้จากทางเดินหายใจส่วนต้น (เช่น nasopharyngeal swab) โดยที่ไม่ได้เก็บตัวอย่างจากทางเดินหายใจส่วนล่างมาตรวจด้วย (สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ ผู้ป่วย PUI ในกลุ่มที่ 2 และ 3) หรือตัวอย่างที่คุณภาพต่ำเนื่องจากใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสมในขณะที่ขนส่ง หรือตัวอย่างที่เก็บห่างจากวันเริ่มป่วยมากเกินไป จนไม่สามารถแปลผลได้เมื่อตรวจไม่พบเชื้อ (ควรเก็บตัวอย่างเร็วที่สุดภายใน 3 วันเมื่อผู้ป่วยเริ่มปรากฏอาการของโรค หรืออย่างช้าภายใน 3 - 9 วัน)

3. ผลการตรวจที่ไม่สามารถสรุปผลได้ (Inconclusive tests) หมายถึง ผลการตรวจคัดกรองโดยวิธี PCR ให้ผลบวก (หมายถึง ตรวจเชื้อ MERS-CoV ด้วย probe เพียงชุดเดียว) โดยไม่มีการตรวจยืนยันโดยวิธี PCR อีกครั้งด้วย probe ชุดที่ 2 หรือ ได้ตรวจ PCR ด้วย probe ชุดที่ 2 แล้วให้ผลลบต่อ MERS-CoV หรือผลการตรวจซีรัมให้ผลบวกในซีรัมเดียว (Evidence of sero-reactivity by a single convalescent serum sample) โดยไม่ได้มีผลการตรวจโดยวิธี PCR ร่วมด้วย

13. วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก

(Extensively drug-resistant tuberculosis: XDR-TB)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้มีเหตุอันควรสงสัยเป็น XDR-TB หมายถึง กลุ่มผู้ป่วย MDR-TB หรือ pre XDR-TB ต่อไปนี้
 - 1) กลุ่มที่ปฏิเสธการรักษา หรือไม่ยินยอมให้มีผู้กำกับการกินยา
 - 2) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการขาดการรักษา เช่น โรคจิตเวช/คนเร่ร่อน/ติดสุราเรื้อรัง/สารเสพติด เป็นต้น
 - 3) กลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น กินหรือฉีดยาไม่สม่ำเสมอ
 - 4) ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมผัสผู้ป่วย XDR-TB ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมผัสกับผู้ป่วย XDR-TB ที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ จำแนกได้ดังนี้
 - ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (household contact) หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย ถิ่นนอนห้องเดียวกัน (household intimate) มีโอกาสรับและติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันแต่นอนแยกห้อง (household regular)
 - ผู้สัมผัสใกล้ชิด (close contact) หมายถึง บุคคลที่ไม่ใช่ผู้อาศัยร่วมบ้านแต่อยู่ร่วมกันในพื้นที่เฉพาะ เช่น ทำงานที่เดียวกันในช่วงเวลานาน โดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาเฉลี่ยวันละ 8 ชั่วโมง หรือ 120 ชั่วโมง ใน 1 เดือน

หมายเหตุ

- 1) ผู้มีเหตุอันควรสงสัยเป็น XDR-TB ต้องส่งสิ่งส่งตรวจ เพื่อทดสอบความไวต่อยาแนวที่สอง ทุกสาย โดยในขณะที่รอผลตรวจให้แยกกักผู้ป่วยในสถานที่ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ โดยดำเนินการตามหลักการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งอาจจะเป็นหอผู้ป่วยที่แยกจากหอผู้ป่วยอื่น หรือเป็นพื้นที่ที่เหมาะสม
 - 2) การตรวจทดสอบความไวต่อยาแนวที่สอง ตามวิธีที่องค์การอนามัยโลกรับรอง ปัจจุบันใช้วิธีอนุชีววิทยา อาทิเช่น Line probe assay สำหรับทดสอบความไวต่อยาแนวที่สอง (SL-LPA) โดยใช้ระยะเวลาตรวจ 2 วัน ทั้งนี้ระยะเวลาในกระบวนการส่งตรวจขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการ ข้อจำกัดและบริบทของแต่ละโรงพยาบาล
 - 3) หากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าไม่ใช่ XDR-TB แต่เป็น DS-TB, MDR-TB/ pre XDR-TB ให้ดูแลรักษาตามมาตรฐาน และผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรักษา เพื่อป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยดื้อยาเพิ่มขึ้นจนอาจเป็น XDR-TB ได้
2. ผู้ป่วยที่ยืนยันการวินิจฉัย XDR-TB หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีการดื้อยา 4 ขนานร่วมกัน ได้แก่ ไอโซไนอาซิด (isoniazid) ริแฟมพิซิน (Rifampicin) ยาในกลุ่มฟลูออควิโนโลน (Fluoroquinolones) และยาในกลุ่มทางเลือกที่สองที่เป็นยาชนิดฉีด (Second - line injectable drugs)

ระยะเวลาการแยกกักและคุมไว้สังเกต

ระยะเวลาการแยกกัก

 - 1) แยกกักผู้มีเหตุอันควรสงสัยระหว่างรอผลตรวจความไวต่อยาแนวที่สอง การทดสอบความไวต่อยาแนวที่สองเพื่อหา XDR-TB ตรวจโดยวิธีที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

ปัจจุบันใช้วิธีอณูชีววิทยา Line probe assay (SL-LPA) ใช้ระยะเวลาตรวจ 2 วัน แต่ระยะเวลา
ในระบบการส่งตรวจขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการ ข้อจำกัดและบริบทของแต่ละหน่วยบริการ
(ระยะเวลาแยกกัก 2 - 5 วัน)

เมื่อพบผู้มีเหตุอันควรสงสัย ต้องรีบดำเนินการส่งเสมหะตรวจทางห้องปฏิบัติการทันที
หากพบว่าเป็นผู้ป่วย XDR-TB ให้รายงานกรมควบคุมโรคทราบทันที โดยปฏิบัติตาม หลักเกณฑ์
และวิธีการแจ้ง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

2) แยกกักผู้ป่วย XDR-TB

ดูแลรักษาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานที่ที่กำหนด อย่างน้อย 30 วัน โดยพิจารณาจากผลการ
ตรวจเสมหะ AFB Smear เป็นลบ อย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 7 วันติดต่อกัน (ระยะ
เวลาแยกกัก 4 - 5 สัปดาห์)

ระยะเวลาการคุมไว้สังเกต

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับอนุญาตจากเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อให้สามารถกลับไปรับการรักษา
ณ ที่พักอาศัยหรือที่บ้าน ให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อคุมไว้สังเกต

ช่วงที่หลัง ให้คุมไว้สังเกตและจำกัดการเดินทาง จนครบกำหนดการรักษา โดยระยะเวลาการคุม
ไว้สังเกต ใช้เกณฑ์การพ้นระยะแพร่เชื้อ ซึ่งพิจารณาจากมีผลการเพาะเลี้ยงเชื้อเป็นลบอย่างน้อย 2 ครั้ง
ห่างกันอย่างน้อย 30 วัน (sputum culture conversion) (ระยะเวลาการคุมไว้สังเกต 2 - 3 เดือน)

เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการคุมไว้สังเกตแล้วให้ทีมสหวิชาชีพดูแลรักษาจนครบกำหนดการรักษา

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

1. กรณีพบผู้ที่เป็นหรือผู้ที่สงสัยว่าเป็น XDR-TB เกิดขึ้น ให้บุคคลดังต่อไปนี้แจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรค
ติดต่อ (มาตรา 31)

- เจ้าบ้านหรือผู้ควบคุมดูแลบ้าน กรณีเกิดขึ้นในบ้าน
- แพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาล ผู้รับผิดชอบในสถานพยาบาล กรณีเกิดขึ้นในสถานพยาบาล
- ผู้ทำการชันสูตรหรือผู้รับผิดชอบในสถานที่ที่ได้มีการชันสูตร กรณีที่ได้มีการชันสูตรทางการแพทย์
- เจ้าของหรือผู้ควบคุมสถานประกอบการหรือสถานที่อื่นใด กรณีเกิดขึ้นในสถานที่นั้นๆ

เมื่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อได้รับแจ้งจากบุคคลข้างต้นนี้ ให้แจ้งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/
กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี และรายงานข้อมูลนั้นให้กรมควบคุมโรคทราบโดยเร็ว (มาตรา 32)

2. กรณีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าเป็น XDR-TB ให้ห้องปฏิบัติการที่ทำการตรวจ (อาจเป็นห้องปฏิบัติ
การของโรงพยาบาล สำนักวินโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรค หรือห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานอื่นๆ)
แจ้งไปยังโรงพยาบาลที่ส่งส่งตรวจ แจ้งหน่วยตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team, SAT)
และแจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการยุติวินโรคแห่งชาติ (NOC-TB) เตรียมรับ
สถานการณ์ในจังหวัด โดยสอดคล้องกับหลักเกณฑ์และวิธีการตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็น XDR-TB ให้โรงพยาบาลที่ตรวจวินิจฉัยและรักษา ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยใน
โปรแกรม TBCM ทุกราย

4. กลุ่มผู้สัมผัส XDR-TB ทุกรายต้องได้รับการคัดกรอง และบันทึกข้อมูลในโปรแกรม TBCM

เรื่อง นิยามการรายงาน

โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง พ.ศ. 2560

1. กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง (Lymphogranuloma Venereum หรือ Granuloma Inguinale)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* และไม่มีแผลติดเชื้อบริเวณขาเท้าหรือทวารหนัก ร่วมกับมีต่อมน้ำเหลืองในบริเวณขาหนีบบวมโตหรือเป็นฝีหนองอาจมีประวัติแผลเล็ก ๆ ตื้น ๆ ซึ่งหายเองได้โดยไม่ได้ทำการรักษา
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย ไม่มี
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับเก็บสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากรอยโรค (แผล) หนองที่ดูดีฝีหรือทวารหนัก ตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ (การตรวจทางห้องปฏิบัติการทำได้ยาก และไม่เป็นที่แพร่หลาย)
 - Complement fixation titers >1:64
 - Microimmunofluorescence titers >1:256
 - Direct immunofluorescence ให้ผลบวกต่อ C. trachomatis
 - Cell culture จากฝีหนองพบ C. trachomatis
 - PCR หรือ LCR หรือ TMA จากฝีหนองเยื่อทวารหนักให้ผลบวกต่อ C. trachomatis

หมายเหตุ

มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หมายถึง การที่ผู้ป่วยผู้ติดเชื้อหรือคู่เพศสัมพันธ์

- 1) มีกรณีใดกรณีหนึ่งได้แก่มีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คนขึ้นไป, มีคู่เพศสัมพันธ์ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน (anonymous sex partners), มีคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่, เปลี่ยนคู่เพศสัมพันธ์บ่อย, มีคู่เพศสัมพันธ์ที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีคู่เพศสัมพันธ์เป็นหญิงหรือชาย ให้บริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรืออาจนานกว่านี้ในบางโรคที่มีระยะฟักตัวนานและ
- 2) มีเพศสัมพันธ์ในกรณีดังกล่าวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง หรือถุงยางอนามัยแตกรั่ว หลุดในช่องทางใดช่องทางหนึ่งที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น อวัยวะเพศ ทวารหนัก ช่องปาก เป็นต้น

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

2. ไข้กาฬหลังแอ่น (Meningococcal meningitis):

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ มีไข้ อาจมีปวดศีรษะ อาเจียน ร่วมกับอย่างน้อยหนึ่งอาการ ดังต่อไปนี้ 1) มีอาการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง เช่น คอแข็ง 2) ซึม อาจพบอาการชัก ตรวจร่างกายระดับความรู้สึกอาจปกติจนถึงcoma 3) จำเลือดตามผิวด้านหนึ่งชนิดรุนแรง (purpura fulminant)
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยและพบลักษณะอย่างน้อยหนึ่งข้อจากตัวอย่างน้ำไขสันหลัง ดังนี้
 - ตรวจพบ WBC >100 จนถึงหลายพันตัว
 - CSF sugar น้อยกว่าร้อยละ 50 ของ blood sugar
 - โปรตีน มากกว่าหรือเท่ากับ 50 mg%
 - ย้อมสีแกรมจากเชื้อที่เพาะได้จาก เลือดน้ำไขสันหลัง พบ gram negative diplococci
3. ผู้ป่วยที่ยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยและพบลักษณะอย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังนี้
 - เพาะเชื้อ *Nisseria meningitidis* จากเลือด น้ำไขสันหลัง เพื่อบำบัดที่เรียกโดยใช่ Blood agar หรือ Chocolate agar
 - ตรวจน้ำเหลืองน้ำไขสันหลัง ด้วยวิธี Latex agglutination ให้ผลบวก สำหรับเชื้อ meningococemia
 - ตรวจ CSF ด้วยวิธี PCR ให้ผลบวก

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

3. ไข้ดำแดง (Scarlet fever)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีไข้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ร่วมกับมีผื่นละเอียดสีแดง สัมผัสแล้วมีลักษณะคล้ายกระดาษทรายบริเวณลำคอ รักแร้ ตามตัว และแขนขา มีปื้นขาวที่ลิ้น หรือลิ้นมีลักษณะบวมแดงคล้ายผลสตอร์ว์เบอร์รี่ (strawberry tongue)
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ "สเตรปโตค็อกคัส กลุ่มเอ" (group A streptococcus) หรือ "สเตรปโตค็อกคัส ไพโอจีเนส" (*Streptococcus pyogenes*)

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

4. ไข้เด็งกี (Dengue Fever)

ไข้เด็งกี (Dengue Fever)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้เฉียบพลัน ร่วมกับ อาการอื่นๆ อย่างน้อย 2 อาการ ต่อไปนี้ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ปวดกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกหรือข้อต่อ มีผื่น มีอาการเลือดออก tourniquet test ให้ผลบวก
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัย และพบลักษณะอย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังนี้
 - มีผลการตรวจเลือดทั่วไปของไข้เด็งกีคือ ผลการตรวจ Complete Blood Count (CBC) พบมีจำนวนเม็ดเลือดขาว $\leq 5,000$ เซล/ลูกบาศก์มิลลิเมตร) และพบสัดส่วน lymphocyte สูง
 - มีผลการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ
3. ผู้ป่วยที่ยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ตรวจพบเชื้อได้จากเลือดในระยะไข้ โดยใช้วิธี PCR หรือการแยกเชื้อ
 - ตรวจพบแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อในน้ำเหลืองคู่ (paired sera) ด้วยวิธี Hemagglutination Inhibition (HI) ≥ 4 เท่า หรือถ้าใช้น้ำเหลืองเดี่ยว ต้องพบภูมิคุ้มกัน $>1:1,280$
 - ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด IgM ≥ 40 ยูนิต หรือการเพิ่มขึ้นของ IgG อย่างมีนัยสำคัญโดยวิธี Enzyme Immuno Assay (EIA)

ไข้เลือดออกเด็งกี (Dengue Hemorrhagic Fever)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้เฉียบพลัน และ tourniquet test ให้ผลบวก (ตรวจพบจุดเลือดออกเท่ากับหรือมากกว่า 10 จุด ต่อตารางนิ้ว ถือว่าให้ผลบวก) ร่วมกับมีลักษณะที่บ่งบอกถึงการรั่วของ plasma และอาการอื่นๆ อย่างน้อย 1 อาการ ต่อไปนี้ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ปวดกระบอกตา ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกหรือข้อต่อ มีผื่น มีอาการเลือดออก ตับโตมักกดเจ็บ
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัย และพบลักษณะอย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังนี้
 - มีผลการตรวจเลือดทั่วไปของไข้เลือดออกเด็งกีและหลักฐานการรั่วของ plasma คือ ผลการตรวจ Complete Blood Count (CBC) พบมีจำนวนเม็ดเลือดขาว $\leq 5,000$ เซล/ลูกบาศก์มิลลิเมตร) และพบสัดส่วน lymphocyte สูงและมีเกล็ดเลือด $\leq 100,000$ เซล/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
 - มีผลการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

3. ผู้ป่วยที่ยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ตรวจพบเชื้อได้จากเลือดในระยะไข้ โดยใช้วิธี PCR หรือการแยกเชื้อ
 - ตรวจพบแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อในน้ำเหลืองคู่ (paired sera) ด้วยวิธี Hemagglutination Inhibition (HI) ≥ 4 เท่า หรือถ้า น้ำเหลืองเดี่ยว ต้องพบภูมิคุ้มกัน $>1:1,280$
 - ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด IgM ≥ 40 ยูนิต หรือการเพิ่มขึ้นของ IgG อย่างมีนัยสำคัญโดยวิธี Enzyme Immuno Assay (EIA)

ไข้เลือดออกช็อกถึง (Dengue Shock syndrome)

+ ประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบไหลเวียนโลหิตหรือมีภาวะความดันโลหิตลดต่ำลง

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

5. ไข้ปวดข้อขลุ่ย (Chikungunya fever)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้สูง มีผื่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกหรือข้อ ปวดกระบอกตา และมีเลือดออกตามผิวหนัง
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้
 - มีผลการตรวจเลือดทั่วไป ได้แก่ Complete Blood Count (CBC) อาจมีจำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำ, เกร็ดเลือดปกติ ซึ่งสามารถแยกจากไข้เด็งกีได้
 - มีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ตรวจพบแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อในน้ำเหลืองคู่ (paired sera) ด้วยวิธี Haemagglutination Inhibition (HI) >4 เท่าหรือถ้า น้ำเหลืองเดี่ยวนั้นต้องพบภูมิคุ้มกัน $>1: 1,280$
 - ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด IgM โดยวิธี ELISA
 - ตรวจพบเชื้อได้จากเลือดโดยวิธี PCR หรือการแยกเชื้อ (culture)

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

6. ไข้มาลาเรีย (Malaria)

+ ประเภทผู้ป่วย

มาลาเรียเป็นโรคหนึ่งที่ต้องคัดกรองอนามัยโลกร่วมกับประเทศสมาชิก มีเป้าหมายมุ่งสู่การกำจัดโรคมาลาเรียให้หมดไปในอนาคต ดังนั้นนิยามผู้ป่วยจึงแบ่งเป็นสองส่วน คือ ผู้ป่วยที่มีอาการและผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันและผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ

1. ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึง ผู้ที่มีอาการเข้าได้กับเกณฑ์ทางคลินิก และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นบวกอย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

- เกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ร่วมกับมีประวัติเดินทางเข้าป่า หรือแหล่งที่มีการรายงานของโรคมาลาเรีย หรือมีประวัติรับเลือด ในระยะ 2 สัปดาห์ถึง 2 เดือนก่อนมีอาการป่วย ร่วมกับมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

- ตับ หรือม้ามโต
- หนาวสั่น
- คลื่นไส้ อาเจียน
- ตาเหลือง
- ซีด

- เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลบวกข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

- การตรวจ Thick หรือ Thin film พบเชื้อมาลาเรียในเลือดจากกล้องจุลทรรศน์
- การตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อมาลาเรียในกระแสเลือดด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR)

2. ผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ ได้แก่ ผู้ที่ไม่มีอาการป่วย แต่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลบวก

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานทั้งผู้ป่วยยืนยันและผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ

7. ไข้ไม่ทราบสาเหตุ (Pyrexia of Unknown origin หรือ Fever of Unknown Origin)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ ผู้ที่มีไข้ $>38.3^{\circ}\text{C}$ วัดหลายครั้งทางรักแร้ โดยเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน นานอย่างน้อย 7 วัน โดยหลังจากซักประวัติการเจ็บป่วยและตรวจร่างกายแล้วไม่สามารถอธิบายสาเหตุของไข้ได้

- ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
- ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นแล้วยังไม่สามารถอธิบายสาเหตุของไข้ได้

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัย

8. ไข้สมองอักเสบชนิดญี่ปุ่น (Japanese Encephalitis)

+ ประเภทผู้ป่วย

- ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ อาจจะสูงหรือต่ำก็ได้ และมีการเปลี่ยนแปลงทางระดับความรู้สึกตัว อาจมีชัก
- ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
- ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - JE IgM ใน CSF >40 unit (โดยวิธี ELISA)
 - JE IgM ใน serum >40 unit และอัตราส่วนระหว่าง JE IgM/Dengue IgM >1 (โดยวิธี ELISA)

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยที่ยืนยันผล

9. ไข้สมองอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ (Unspecified encephalitis)

+ ประเภทผู้ป่วย

- ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ อาจจะสูงหรือต่ำก็ได้ และมีการเปลี่ยนแปลงทางระดับความรู้สึกตัว อาจมีชัก
- ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
- ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ ได้แก่ การตรวจเพาะเชื้อ การตรวจภูมิคุ้มกันวิทยา หรือการตรวจหาด้วยเทคนิคอนุชีวโมเลกุล

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

10. ไข้หวัดนก (Avian Influenza)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้
 - 1.1 ผู้ป่วยที่มีไข้ มากกว่าเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส ร่วมกับอาการใดอาการหนึ่ง ดังต่อไปนี้
ไอ ปวดกล้ามเนื้อ หายใจผิดปกติ (หอบเหนื่อย หรือหายใจลำบาก) หรือ
 - 1.2 แพทย์สงสัยว่าเป็นปอดบวม หรือไข้หวัดนก และมีประวัติเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้
 - ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้มีการสัมผัสกับสัตว์ปีก
 - ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกตายมากผิดปกติ หรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม
 - ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของไข้หวัดนก
 - ช่วง 14 วันก่อนป่วยได้ดูแล หรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่หรือปอดอักเสบ
 - 1.3 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรง หรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้
 - 1.4 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ
 - 1.5 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่มีการหายใจล้มเหลว (respiratory failure) หรือเสียชีวิต
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันติดเชื้อไข้หวัดนก เช่น H5 หรือ H7 หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่มีผลการตรวจสุดท้ายตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

3.1 ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไข้หวัดนก ด้วยวิธี RT-PCR ในสิ่งส่งตรวจตัวอย่างเดี่ยวแต่ต้องใช้ primer หรือ probe จำนวน 2 ชุด หรือตรวจจากสิ่งส่งตรวจอย่างน้อย 2 ตัวอย่าง ที่เก็บจากผู้ป่วยที่ตำแหน่งแตกต่างกัน (เช่น throat swab กับ nasopharyngeal aspirate) หรือตรวจจากสิ่งส่งตรวจอย่างน้อย 2 ตัวอย่างที่เก็บจากผู้ป่วยในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

3.2 เพาะเชื้อไวรัสไข้หวัดนกได้

3.3 ตรวจซีรัมคู่ให้ผลบวกด้วยวิธี Micro neutralization test พบระดับภูมิคุ้มกันจากเลือดในระยะพักฟื้นสูงขึ้น 4 เท่าจากระดับในระยะเฉียบพลัน (การตรวจด้วยวิธีทางซีโรโลยีไม่เหมาะสมสำหรับการตรวจวินิจฉัยเพื่อการรักษาหรือค้นหาผู้ป่วยที่กำลังติดเชื้อเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไข้หวัดนกจะตรวจพบได้อย่างเร็วสุดในวันที่ 14 - 21 หลังวันที่ผู้ป่วยติดเชื้อ)

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัยและนำมาจำแนกเป็น

- Patient Under Investigation (PUI) หมายถึง ผู้ป่วยที่ยังต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางคลินิกและ/หรือประวัติการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่และ/หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนที่จะสามารถสรุปจำแนกประเภทผู้ป่วยได้ชัดเจน
- Excluded หมายถึง ผู้ป่วยที่จากการสอบสวนโรคพบว่า ไม่เข้านิยามผู้ป่วยประเภทต่างๆ ข้างต้น

11. ไข้หวัดใหญ่ (Influenza)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ ($>38^{\circ}\text{C}$) และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร่วมกับอาการอื่นอย่างน้อยหนึ่งอาการดังต่อไปนี้ ปวดศีรษะ ไอรุนแรง เจ็บคอ อ่อนเพลีย คัดจมูก เยื่อบุตาอักเสบ
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่มีผลการตรวจสุดท้ายตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการพบด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 3.1 วิธี RT-PCR โดยพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่
 - 3.2 เพาะเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ได้
 - 3.3 ตรวจซีรัมคู่ให้ผลบวกด้วยวิธี Hemagglutination Inhibition assay (HI assay) โดยพบระดับภูมิคุ้มกันจากเลือดในระยะเวลาพักฟื้นสูงขึ้น 4 เท่าจากระดับในระยะเฉียบพลัน

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

12. ไข้หัด (Measles)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ ผื่นแดงขึ้นขณะยังมีไข้ ไอ ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ มีน้ำมูก ตาแดง ตรวจร่างกายพบ Koplik's spot หรือผู้ป่วยที่แพทย์สงสัยว่าเป็นโรคหัด
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับผู้ป่วยที่สงสัย และมีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยันไข้หัด
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - Measles specific IgM ให้ผลบวก
 - ตรวจพบเชื้อจากเลือด หรือสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก เสมหะ โดยวิธีการเพาะเชื้อ

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยพบผู้ป่วยสงสัย และให้เก็บตัวอย่างตรวจยืนยันเพื่อหาภูมิคุ้มกันชนิด IgM ต่อเชื้อหัดด้วยวิธี ELISA ที่ห้องปฏิบัติการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในผู้ป่วยสงสัยทุกราย

13. ไข้หัดเยอรมัน (Rubella)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ต่ำๆ ผื่นแดงขึ้นอย่างเฉียบพลัน ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่
 - ต่อมมน้ำเหลืองที่คอ หลังศีรษะ หรือหลังหูโต
 - ปวดข้อหรือข้อบวมแดง
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับผู้ป่วยที่สงสัย และมีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยันไข้หัด
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจ Rubella specific IgM ให้ผลบวก (โดยตัวอย่างควรเก็บภายใน 28 วันหลังจากมีผื่นขึ้น)

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัย และให้เก็บตัวอย่างตรวจยืนยันเพื่อหาภูมิคุ้มกันชนิด IgM ต่อเชื้อหัดเยอรมันด้วยวิธี ELISA ที่ห้องปฏิบัติการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในผู้ป่วยสงสัยทุกราย

14. ไข้เอนเทอริค (Enteric fever)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้อยู่นานกว่า 1 สัปดาห์ ร่วมกับอาการอื่นอย่างน้อยสองอาการดังต่อไปนี้ 1) ปวดศีรษะ 2) เบื่ออาหาร 3) หัวใจอาจเต้นช้ากว่าปกติ (โดยยังมีไข้สูง) 4) ท้องอืด ท้องผูก ปวดท้อง อาจมีท้องเสียได้ 5) บางรายอาจมีอาการรุนแรง โดยถ่ายเป็นเลือด ซึ่คเนื่องจากภาวะที่มีเลือดแข็งตัวกระจายไปทั่วร่างกาย (Disseminated Intravascular Coagulopathy Shock) เยื่อช่องท้องอักเสบจากลำไส้ทะลุ 6) อาจพบตับโต ม้ามโต
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยและพบลักษณะอย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังนี้
 - ตรวจเลือด CBC พบ WBC ต่ำกว่า 7,000/ลบมม.
 - Widal test ให้ผลบวก (ควรตรวจหลังการเริ่มมีอาการ 10 วัน)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับผลเพาะเชื้อจากอุจจาระ บั๊สสาวะ หรือเลือด พบเชื้อ Salmonella Typhi หรือ Salmonella Paratyphi A หรือ Salmonella Paratyphi B หรือ Salmonella Paratyphi C

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

15. ไข้เอนเทอโรไวรัส (Enterovirus)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่
 - 1.1 ผู้ป่วยมีไข้ร่วมกับอาการหอบเหนื่อยเฉียบพลัน และมีอาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้การติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง (CNS infection) อย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ได้แก่ ชัก/เกร็ง (seizure/convulsion) หรือ ตรวจร่างกายพบ meningeal sign หรือ encephalitis หรือสั่น (tremor) หรือแขน ขาอ่อนแรง (acute flaccid paralysis) หรือตรวจร่างกายพบ myoclonic jerk ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีหรือไม่มีอาการของโรคมือ เท้า ปาก (Hand-foot-mouth disease) หรืออาการของโรคแผลในคอกหอย (Herpangina) ซึ่งผู้ป่วยจะมีเฉพาะแผลในปากโดยไม่มีผื่นหรือตุ่มน้ำที่ฝ่ามือฝ่าเท้า
 - 1.2 ผู้ป่วยมีอาการของโรคมือเท้าปาก (Hand-foot-mouth disease) หรือโรคแผลในคอกหอย (Herpangina) ร่วมกับมีไข้สูง ≥ 39 องศาเซลเซียส และมีอาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ได้แก่ อาเจียน ท้องเสีย ชี้น หอบเหนื่อย หรืออาการทางระบบประสาทส่วนกลาง (ดังข้างต้น)
 - 1.3 ผู้ป่วยมีอาการของโรคมือ เท้า ปาก (Hand-foot-mouth disease) หรือมีโรคแผลในคอกหอย (Herpangina) ที่ไม่มีอาการรุนแรง (ไม่ครบตามเกณฑ์ข้อ 1 หรือข้อ 2)
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทาง คลินิกและข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ร่วมกับผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมต่อเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 หรือ ผลการตรวจซีรัมคู่ต่างกันอย่างน้อย 4 เท่าของระดับแอนติบอดีต่อไวรัสเอนเทอโร 71

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

16. คอตีบ (Diphtheria)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัยหมายถึง ผู้ที่มีอาการและอาการแสดงครบทั้ง 3 ข้อ ดังนี้
 - ไข้
 - เจ็บคอ
 - แผ่นฝ้าสีขาวปนเทา ติดแน่นที่บริเวณทอนซิล ช่องคอ และ/หรือโพรงจมูก กล่องเสียง

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ที่มีอาการแสดงครบ 3 ข้อ ร่วมกับ ลักษณะอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ดังต่อไปนี้
 - ทางเดินหายใจอุดตัน (airway obstruction)
 - กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบหรือปลายประสาทอักเสบ (myocarditis or neuritis 1 - 6 สัปดาห์ หลังเริ่มมีอาการ)
 - เป็นผู้สัมผัสต่อผู้ป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนมีอาการป่วย
 - กำลังมีการระบาดเกิดขึ้นในพื้นที่ในช่วงเวลานั้น
 - เสียชีวิต
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ ครบ 3 ข้อ ร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ตรวจ CBC เพื่อแยกจากโรคอื่น เช่น Infectious mononucleosis, Streptococcal Pharyngitis, โรคเลือดบางชนิด (Agranulocytosis)
 - Throat swab บริเวณแผ่นฝ้าป้ายลงแผ่นใสเพื่อย้อม Gram's stain อาจพบลักษณะเฉพาะของเชื้อ คือมีรูปร่างคล้ายกระบอกโค้งเล็กน้อยติดสีแกรมบวกไม่มีสปอร์เชื้อเรียงตัวคล้ายรูปตัว V ลักษณะการเรียงตัวดังกล่าวเมื่อรวมกันเป็นกลุ่มทำให้ดูคล้ายกับอักษรจีน
 - Throat swab พบเชื้อพบ *Corynebacterium diphtheria*

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

17. คางทูม (Mumps)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ต่ำ ปวดบวมอย่างเฉียบพลันบริเวณต่อมน้ำลาย บริเวณหน้าหู อักเสบอาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ โดยไม่มีสาเหตุอื่น บางครั้งอาจมีอาการเจ็บคอเวลากลืนน้ำลาย ปวดขากรรไกรเวลาเคี้ยวอาหาร มีอาการอักเสบของต่อมน้ำลาย อาจตรวจพบรอยแดงและอาการบวมบริเวณรูเปิดของท่อน้ำลายในช่องปาก
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ตรวจภูมิคุ้มกันวิทยาด้วยวิธี ELISA เพื่อหา Mumps IgM โดยการเจาะเลือดเพียงครั้งเดียวประมาณ 3 - 5 ซีซี ในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือนหลังเริ่มป่วย
 - ตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันในน้ำเหลืองคู่ (paired sera) ต่อไวรัสคางทูมต่างกัน >4 เท่า
 - แยกเชื้อไวรัสคางทูม (mumps virus) โดยการเก็บตัวอย่าง เช่น น้ำลาย เลือด ปัสสาวะ และ น้ำไขสันหลัง ในช่วงระยะแรกๆ ของการเจ็บป่วย

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

18. ซิฟิลิส (Syphilis)

18.1 ซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย (ไม่มี)
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ทารกหรือเด็กที่คลอดจากมารดาที่ไม่ได้รับการรักษาซิฟิลิส หรือได้รับการรักษาไม่ได้ตามมาตรฐานก่อนคลอด (รวมถึงรักษาได้ครบตามมาตรฐาน แต่น้อยกว่า 30 วันก่อนคลอด) ไม่ว่าจะทารกจะมีอาการแสดงหรือไม่ก็ตาม
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ทารกหรือเด็กที่คลอดจากมารดาที่ไม่ได้รับการรักษาซิฟิลิส หรือได้รับการรักษาไม่ได้มาตรฐานก่อนคลอด (รวมถึงรักษาได้ครบตามมาตรฐาน แต่น้อยกว่า 30 วันก่อนคลอด)

ร่วมกับมืออย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- ทารกอายุ < 2 ปี มี hepatosplenomegaly, rash, condylomata, snuffles, jaundice (non-viral hepatitis), pseudoparalysis, anemia, edema (nephrotic syndrome and/or malnutrition)
- เด็กโตพบ stigmata (e.g. interstitial keratitis, nerve deafness, anterior bowing of shins, frontal bossing, mulberry molars, Hutchinson teeth, saddle nose, rhagades, Clutton joints)
- ไม่มีอาการหรืออาการแสดง แต่ผลตรวจเลือดซิฟิลิสเป็นบวก (latent congenital syphilis โดยแบ่งเป็น early latent congenital syphilis ในเด็กอายุ < 2 ปี และ late latent congenital syphilis ในเด็กอายุ > 2 ปี)

ร่วมกับการตรวจ treponemal test ให้ผลบวก

ร่วมกับมืออย่างน้อยหนึ่งสิ่งดังต่อไปนี้

- ตรวจร่างกายพบลักษณะของโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด
- ภาพรังสีกระดูก (long bones) พบลักษณะของซิฟิลิสแต่กำเนิด
- การตรวจ VDRL ในน้ำไขสันหลังให้ผลบวก
- มีการเพิ่มขึ้นของ cerebrospinal fluid (CSF) cell count หรือ protein โดยปราศจากสาเหตุอื่น
- การตรวจ fluorescent treponemal antibody absorbed-19S-IgM antibody test หรือ IgM enzyme-linked immunosorbent assay ให้ผลบวก

รวมถึง ทารกหรือเด็กที่ไม่มีอาการหรืออาการแสดง แต่ผลตรวจเลือดซีฟิลิสเป็นบวกตามเกณฑ์ดังนี้

- ตรวจพบเชื้อ spirochete ในสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากรก สายสะดือ และสารคัดหลั่งหรือรอยโรคจากทารก เช่น น้ำไขสันหลัง สารคัดหลั่งจากโพรงจมูก และสารคัดหลั่งจากแผลที่ผิวหนังด้วยการตรวจวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้
 - Dark field microscopy พบเชื้อ Treponemapallidum
 - Direct fluorescent antibody test for T. pallidum ให้ผลบวก
 - Other specific stains ให้ผลบวกต่อเชื้อ T. pallidum
 - ตรวจทางพยาธิวิทยา (histopathology) โดยการตรวจรกหรือสายสะดือพบเชื้อ T.pallidum
- ตรวจแอนติบอดีต่อซีฟิลิสจากเลือด
 - ตรวจแอนติบอดีต่อซีฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี non-treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น RPR (rapid plasma reagin card test) หรือ VDRL (Venereal Disease Research Laboratory slide test) ให้ผลบวก (reactive) ในทารกและ >4 เท่าเมื่อเทียบกับมารดา
 - ตรวจแอนติบอดีต่อซีฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น FTA-ABS (fluorescent treponemal antibody-absorption test), TPHA (Treponemapallidum-hemagglutination assay), TP-PA (Treponemapallidum particle agglutination assay), ICT (immunochromatography test), EIA (enzyme immunoassay), CMIA (chemiluminescent immunoassay) หรือ immunoblot (western blot) เป็นต้น ให้ผลบวก (reactive) หลังทารกอายุ 18 เดือน

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

18.2 ซีฟิลิสระยะที่ 1 (primary syphilis)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์*ร่วมกับมีแผลบริเวณอวัยวะเพศหรืออวัยวะอื่นที่ใช้สำหรับเพศสัมพันธ์ เช่น ปาก ทวารหนัก มักมีแผลเดี่ยว แผลสะอาดไม่เจ็บ บริเวณก้นแผลแข็งคล้ายกระดูก
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยซีฟิลิสที่ยืนยันผลหรือมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยซีฟิลิส
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับ
 - ตรวจน้ำเหลืองจากก้นแผล ด้วย dark field microscope พบเชื้อ T.pallidum
 - Direct fluorescent antibody test for T.pallidum ให้ผลบวก

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

18.3 ซิฟิลิสระยะที่ 2 (secondary syphilis)

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- มีผื่น อาจพบได้ทั่วตัว มักพบที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ลักษณะผื่นส่วนใหญ่จะแดง อาจนูน มีสะเก็ดไม่คัน หรือผื่นเฉพาะ เช่น condylomata, mucous patch เป็นต้น
- ผมร่วงและ/หรือคิ้วร่วง
- ต่อมมน้ำเหลืองโต

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยสงสัย ร่วมกับมีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี non-treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น RPR หรือ VDRL ให้ผลบวก และ titer >1:8
- มีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยซิฟิลิสที่ยืนยันผลหรือมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยซิฟิลิส

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึงผู้ป่วยสงสัย ร่วมกับ

- ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี non-treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น RPR หรือ VDRL ให้ผลบวก และ titer >1:8 และ
- ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น FTA-ABS, TPHA, TP-PA, ICT, EIA, CMIA หรือ immunoblot เป็นต้น ให้ผลบวก (reactive)

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

18.4 ซิฟิลิสระยะแฝง (latent syphilis)

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* ร่วมกับตรวจพบโรคจากการตรวจเลือดโดยไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงใดๆ ของซิฟิลิสระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะอื่นๆ และไม่มีประวัติการรักษาซิฟิลิสมาก่อนแยกการวินิจฉัยซิฟิลิสระยะแฝงโดยพิจารณาจากระยะเวลาที่มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และประวัติการตรวจเลือดซิฟิลิส ดังนี้

- ซิฟิลิสระยะแฝงช่วงแรก/ต้น (early latent syphilis) มีประวัติเสี่ยงฯ ภายใน 2 ปีนี้ และอาจมีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เช่น เคยตรวจเลือดซิฟิลิสแบบ non-treponemal test ครั้งสุดท้ายไม่เกิน 2 ปี ผลเป็นปกติหรือผลการตรวจเลือดซิฟิลิสครั้งนี้มี titer สูงขึ้น >4 เท่าเมื่อเทียบกับการตรวจคราวก่อนหรือมีประวัติอาการภายใน 2 ปีที่เข้ากับซิฟิลิสระยะที่ 1 หรือระยะที่ 2 หรือมีคู่เพศสัมพันธ์ที่เข้าข่าย (probable) หรือได้รับการยืนยัน (confirm) เป็นซิฟิลิสระยะที่ 1 หรือระยะที่ 2 หรือซิฟิลิสระยะแฝงช่วงแรก/ต้น
- ซิฟิลิสระยะแฝงช่วงหลัง (late latent syphilis) ไม่มีประวัติเสี่ยงฯ ใน 2 ปีนี้ แต่เคยมีประวัติเสี่ยงฯ มาก่อนอาจมีประวัติเคยตรวจเลือดซิฟิลิสครั้งสุดท้ายเกิน 2 ปี โดยผลเป็นปกติ

- ซิฟิลิสระยะแฝงที่ไม่ทราบระยะเวลาที่เป็น (latent syphilis of unknown duration) มีประวัติเสี่ยงทั้งภายใน 2 ปีนี้ และเกิน 2 ปี ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่าเริ่มติดเชื้อซิฟิลิสตั้งแต่เมื่อไร และไม่เคยตรวจเลือดซิฟิลิสมาก่อน

ร่วมกับ

- ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น FTA-ABS, TPHA, TP-PA, ICT, EIA, CMIA หรือ immunoblot เป็นต้น ให้ผลบวก (reactive)

แต่

- ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี non-treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น RPR หรือ VDRL ให้ผลลบ (non-reactive) และไม่สามารถตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี treponemal test ที่แตกต่างจากวิธีแรก

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ไม่มี

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยสงสัย ร่วมกับ

- ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น FTA-ABS, TPHA, TP-PA, ICT, EIA, CMIA หรือ immunoblot เป็นต้น ให้ผลบวก (reactive)

และ

- ตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี non-treponemal test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น RPR หรือ VDRL ให้ผลบวก กรณีได้ผลลบ (non-reactive) ต้องมีการตรวจแอนติบอดีต่อซิฟิลิสจากเลือดด้วยวิธี treponemal test ที่แตกต่างจากวิธีแรกให้ผลบวก

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานเฉพาะผู้ป่วยซิฟิลิสระยะแฝงช่วงแรก/ต้นที่เข้าข่ายและผู้ป่วยซิฟิลิสระยะแฝงช่วงแรก/ต้นที่ยืนยันผล

19.บาดทะยัก (Tetanus)

กรณีบาดทะยักทั่วไป

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการกล้ามเนื้อหดเกร็งแบบเฉียบพลัน (muscular contractions) หรือกระตุก ขากรรไกรแข็ง คอแข็ง อ้าปากไม่ได้ กลืนลำบาก อาจมีอาการกล้ามเนื้อเกร็งทั่วร่างกาย (muscle spasms)

- ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยง เช่น มีประวัติถูกของมีคม ถูกสัตว์กัดมีบาดแผลหรือสัมผัสดิน
- ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยที่มีผลการตรวจเพาะเชื้อพบเชื้อ Clostridium tetani

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

กรณีบาดทะยักในเด็กแรกเกิด

+ ประเภทผู้ป่วย

- ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไม่ดูดนม คอแข็ง หลังแข็งชักเกร็งเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น ร่วมกับประวัติในระหว่างอายุ 2 วัน ร้องและดูดนมได้ปกติ และเริ่มป่วยเมื่ออายุได้ 3 - 28 วัน
- ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
- ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยที่มีผลการตรวจเพาะเชื้อพบเชื้อ Clostridium tetani

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

20. โปลิโอ (Poliomyelitis)

+ ประเภทผู้ป่วย

- ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี มีอาการมือขาอ่อนแอ อ่อนปวกเปียกอย่างเฉียบพลัน ไม่ว่าจะเกิดจากอะไรก็ตาม ยกเว้นอาการบาดเจ็บรุนแรง
- ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
- ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการโดยการแยกเชื้อไวรัสโพลิโอธรรมชาติ (Wild poliovirus) ได้จากอุจจาระของผู้ป่วย (แยกเชื้อ virus จากอุจจาระโดยเก็บตัวอย่างอุจจาระ 2 ตัวอย่าง ห่างกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมงขึ้นไป โดยทั้ง 2 ตัวอย่าง ต้องเก็บภายใน 14 วันหลังเริ่มมีอาการ และแต่ละตัวอย่างต้องมีปริมาณมากพอ (ไม่น้อยกว่า 8 กรัม) จากนั้นส่งไปที่ห้องปฏิบัติการของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (NIH) โดยระบบลูกโซ่ความเย็น

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

21. แผลริมอ่อน (Chancroid)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง มีแผลบริเวณอวัยวะเพศอาจมีแผลเดียว หรือหลายแผล ลักษณะแผลจะมีขอบนูนขึ้น แผลมีเศษเนื้ออยู่สีเหลือง แผลนี้หากสัมผัสจะรู้สึกเจ็บ อาจพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบบวมโตหรืออักเสบเป็นฝีร่วมด้วย และมีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายใน 3 เดือน
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ร่วมกับมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการย้อม gram's stain หรือ Unna Papenheim พบ gram negative coccobacilli ซึ่งเรียงตัวเป็นแนวยาวคล้ายฝูงปลา (school of fish)

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

22. พยาธิทริคิโนส่า (Trichinosis)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดกล้ามเนื้อ และเปลือกตาหรือหน้าบวมตัวบวม เท้าบวม ร่วมกับมีประวัติการรับประทานเนื้อสัตว์ (โดยเฉพาะสัตว์ป่า) ชนิดดิบๆ สุกๆ ภายใน 12 ชั่วโมง - 1 เดือน
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ผลการตรวจเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอซิโนฟิลเพิ่มสูงกว่าปกติ (10 - 90%)
 - มีค่า Creatinine kinase ในซีรัมสูงกว่าปกติ (มากกว่า 30 U/L)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ผลการตรวจซีรัมด้วยวิธี ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay) ให้ผลบวก
 - ผลการตรวจกล้ามเนื้ออ่อนงพบตัวอ่อนของพยาธิ

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

23. พยาธิโรติกอโมเนสของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ (Vaginal Trichomoniasis)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย (ไม่มี)
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ตกขาวสีขาวปนเทา หรือสีเหลืองออกเขียว อาจพบลักษณะเป็นฟองมีกลิ่นเหม็นมีอาการระคายเคืองบริเวณปากช่องคลอดและในช่องคลอดอาจเกิดการอักเสบของปากมดลูกทำให้มีจุดเลือดออกเป็นหย่อมๆ เรียกว่า strawberry spot หรือ flea bitten cervix อาจมีอาการปัสสาวะแสบขัดหรือปวดแสบร้อนบริเวณต้นขาด้านใน เจ็บขณะร่วมเพศ ผู้ชายจะมีปัสสาวะแสบขัด
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ตกขาวสีขาวปนเทา หรือสีเหลืองออกเขียว อาจพบลักษณะเป็นฟองมีกลิ่นเหม็นมีอาการระคายเคืองบริเวณปากช่องคลอดและในช่องคลอดอาจเกิดการอักเสบของปากมดลูกทำให้มีจุดเลือดออกเป็นหย่อมๆ เรียกว่า strawberry spot หรือ flea bitten cervix อาจมีอาการปัสสาวะแสบขัดหรือปวดแสบร้อนบริเวณต้นขาด้านใน เจ็บขณะร่วมเพศผู้ชายจะมีปัสสาวะแสบขัด ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อหรือผลบวกต่อ *T.vaginalis* ในสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากช่องคลอด หรือปัสสาวะด้วยการตรวจวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้
 - การเพาะเชื้อ *T.vaginalis*
 - Nucleic acid hybridization test
 - Nucleic acid amplification test เช่น PCR หรือ LCR หรือ TMA

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

24. เมลิออยโดสิส (Meloidosis)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย (ไม่มี)
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์สงสัยว่าเป็นโรคเมลิออยด์โดยไม่มีผลเพาะเชื้อยืนยัน หรือผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ผลการตรวจพบเชื้อด้วยวิธี PCR ให้ผลบวก
 - ผลตรวจ IHA หรือ IFA ให้ผลบวก
 - ผลตรวจ IHA หรือ IFA เพิ่มขึ้นสี่เท่า (Fourfold rising)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับผลการเพาะเชื้อจากเลือดหรือจากชิ้นส่วนของร่างกายพบเชื้อ *Burkholderiapseudomallei*

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

25. เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากพยาธิ (Eosinophilic meningitis)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และมีอาการปวดศีรษะเล็กน้อยในช่วงระยะเวลา 2 - 3 วัน ซึ่งอาการปวดจะกำเริบมากขึ้นอย่างเฉียบพลัน สายตาเสื่อม หลังและคอแข็ง ซึมหมดสติ ผิวหนังขา แขนและขาอ่อนแรง ใบหน้าและกล้ามเนื้อตาเป็นอัมพาต ชักกระตุก มีอาการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง และระดับความรู้สึกตัวอาจปกติจนถึงขั้นโคม่า ในกรณีเด็กอาจพบกระหม่อมหน้าโป่งตึง
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ผลการตรวจน้ำไขสันหลังพบเซลล์สูงขึ้นเท่ากับหรือมากกว่า 20% และมี eosinophil สูงเท่ากับหรือมากกว่า 10% หรือพบตัวพยาธิในน้ำไขสันหลัง
 - ผลการตรวจเลือด พบจำนวนเม็ดเลือดขาวค่อนข้างสูง และ eosinophil สูงด้วย
 - ผลการตรวจทางเคมีคลินิกของน้ำไขสันหลัง พบโปรตีนสูงกว่า 50 มิลลิกรัม น้ำตาลและคลอไรด์ปกติ

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

26. เยื่อหุ้มสมองอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ (Unspecified meningitis)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ ปวดศีรษะ อาเจียน และซึม ต่อมาอาจมีอาการชักร่วมด้วย เมื่อตรวจร่างกายขณะมีอาการไข้ ระดับความรู้สึกตัวอาจปกติจนถึงขั้นโคม่า ในกรณีเด็กอาจพบกระหม่อมหน้าโป่งตึง
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - เพาะเชื้อจากเลือด น้ำไขสันหลัง พบเชื้อแบคทีเรีย
 - ตรวจน้ำเหลือง น้ำไขสันหลัง ด้วยวิธี Latex agglutination ให้ผลบวกต่อเชื้อใดเชื้อหนึ่ง (S. pneumoniae, H. influenzae, S. agalactiae, N. meningitidis หรือ E. coli)

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

27. เริ่มของอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก (Anogenital Herpes)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* ร่วมกับมีอาการแสบๆ คันๆ แล้วมีตุ่มน้ำใสขึ้นอยู่เป็นกลุ่มๆ ต่อมาตุ่มแตกเป็นแผล ถ้าเป็นการติดเชื้อครั้งแรกมักมีรอยโรคหลายแห่ง แผลหายช้า และมีอาการตามระบบร่วมด้วย ถ้าเป็นการเกิดโรคซ้ำอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงน้อยกว่าครั้งแรกมาก ลักษณะรอยโรคเป็นตุ่มน้ำใสกลุ่มเล็กๆ และหายได้เองโดยไม่มีแผลเป็นในเวลา 7 - 10 วัน บริเวณที่พบบ่อย ได้แก่ อวัยวะเพศ ทวารหนัก ปากช่องคลอด ปากมดลูก บางครั้งพบรอยโรคที่ริมฝีปาก
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย ไม่มี
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยร่วมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้
 - Tzanck smear พบ multinucleated giant cell
 - พบเชื้อหรือผลบวกต่อ herpes simplex virus ในสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากแผลด้วยการตรวจวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้
 - เพาะเชื้อในเซลล์เลี้ยงเชื้อ
 - Direct fluorescence assay
 - Nucleic acid amplification test เช่น PCR หรือ LCR หรือ TMA

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย หากรักษาหายแล้วกลับเป็นโรคซ้ำใหม่ ไม่ต้องรายงาน

28. โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส ชนิด เอ บี ซี ดี และ อี (Viral hepatitis A, B, C, D and E)

28.1 Viral hepatitis A D และ E

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้เฉียบพลัน ครั่นเนื้อครั่นตัว คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด และจุกแน่นบริเวณใต้ชายโครงขวา ต่อมาจะมีปัสสาวะสีเข้ม ร่างกายและตาเหลือง โดยไม่มีประวัติได้รับยาหรือสารพิษที่เป็นสาเหตุของตับอักเสบเฉียบพลัน
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบค่า SGPT (ALT) ในน้ำเหลืองมากกว่า 100 U/L

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - Hepatitis A: พบ anti HAV IgM
 - Hepatitis D: พบ HBs ag ร่วมกับ anti HDV (IgG)
 - Hepatitis E: พบ anti HEV IgM

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

28.2 Viral hepatitis B และ C

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หมายถึงผู้มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี และมีอาการของตับอักเสบบี โดยยังไม่มีการตรวจยืนยันสาเหตุจากเชื้อไวรัส หรือไม่สามารถอธิบายสาเหตุของตับอักเสบบีจากการได้รับยา สารพิษ หรือการเจ็บป่วยอื่นได้ จำแนกตามระยะดำเนินโรคต่อไปนี้
 - 1.1 ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีระยะตับอักเสบบีเฉียบพลัน (Acute Hepatitis) หมายถึง ผู้มีอาการไข้ ครั่นเนื้อครั่นตัว อ่อนเพลีย และอาการแสดงการทำงานของตับผิดปกติ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ตัวเหลืองตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม ปวดจุดแน่น หรือกดเจ็บใต้ชายโครงขวา หรือ hepatic coma และ/หรือ มีค่า alanine aminotransferase (ALT) มากกว่า 400 U/L (10 เท่าของค่าปกติ)
 - 1.2 ผู้ติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรัง (Chronic Infection) หมายถึง ผู้มีอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรัง ได้แก่ ตับแข็ง หรือ Liver cell carcinoma
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึง ผู้ที่มีผลตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือซี ดังต่อไปนี้
 - 3.1 ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBV)
 - ผู้ป่วยตับอักเสบบีเฉียบพลัน (Acute Hepatitis B) หมายถึง ผู้มีอาการตับอักเสบบีเฉียบพลัน ร่วมกับมี positive IgM-specific antibodies ต่อ HBV core antigen (anti-HBcIgM)
 - ผู้ติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรัง (Chronic HBV Infection) หมายถึง ผู้ที่ตรวจพบ HBsAg positive โดยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของตับอักเสบบีเฉียบพลันในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา นับรวม ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ (HBV carrier) และผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรัง (HBV Chronic Hepatitis)
 - 3.2 ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซี (HCV)
 - ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยตับอักเสบบีซีเฉียบพลัน (Acute Hepatitis C) หมายถึง ผู้มีอาการตับอักเสบบีเฉียบพลัน ร่วมกับมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - seroconversion to hepatitis C virus antibodies (anti-HCV); หรือ
 - HCV ribonucleic acid (RNA) positive และ anti-HCV negative; หรือ

- Anti-HCV positive โดยมีผล anti-HBcIgM, anti-HAVIgM และ anti-HEV IgM เป็น negative (ยืนยันว่าไม่ป่วยจากไวรัสตับอักเสบนชนิดอื่น)
- ผู้ติดเชื้อตับอักเสบบีเรื้อรัง (Chronic HCV Infection) หมายถึงผู้ตรวจพบ HCV RNA หรือ HCVcore antigen

หมายเหตุ:

- กรณีผู้ที่ไม่มีอาการหรือไม่มีผลตรวจเข้าเกณฑ์ติดเชื้อเฉียบพลัน แต่ตรวจพบผล Anti-HCV positive ให้รายงานเป็นผู้เคยหรือยังคงมีการติดเชื้อตับอักเสบบี (Past or presence HCV Infection)
- ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อประกอบด้วย 1) มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน หรือมีปัญหาถุงยางอนามัยแตกรั่ว หลุดระหว่างมีเพศสัมพันธ์กับคู่เพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ (ได้แก่ผู้ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน คู่นอนชั่วคราว หญิงหรือชายให้บริการทางเพศ ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือซี หรือเอชไอวี หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ และเป็นชายมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับชายด้วยกัน), 2) มีประวัติฉีดยาเสพติด และใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น, 3) เป็นเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ, และ 4) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดอุบัติเหตุสัมผัสแผลเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อฯ หรือผู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ
- การติดเชื้อระยะเฉียบพลันในระยะที่เป็น seroconversion อาจยังไม่แสดงอาการของตับอักเสบบี

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่พบผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อ ผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อตามชนิดของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และทุกระยะการดำเนินโรค จนถึงเสียชีวิต

29.โรคตาแดงจากไวรัส (Viral conjunctivitis)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการเยื่อตาแดง อักเสบ ปวดตา มีขี้ตา อาจจะมีจุดเลือดออกใต้เยื่อตาขาว และมักเป็นสองข้าง
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ตรวจระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส Adenovirus หรือ Enterovirus หรือ Coxsackie virus A24 ใน paired sera เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 4 เท่า (four-fold rising)
 - แยกเชื้อไวรัสได้จากสารคัดหลั่งที่เก็บจาก conjunctival swab

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

30.โรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika virus disease)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง

ผู้ป่วยมี 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยทั่วไป ทารกที่มีศีรษะเล็ก และผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร

1.1 ผู้ป่วยสงสัย หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีผื่น (maculopapular rash) ร่วมกับมีอาการอย่างน้อย 2 ใน 4 อาการ ดังนี้ ไข้ ปวดข้อ ตาแดง หรือปวดศีรษะ

1.2 ผู้ป่วยทั่วไป หมายถึง

- ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอาการดังนี้มีผื่น (maculopapular rash) ร่วมกับมีอาการอย่างน้อย 2 ใน 4 อาการ ดังนี้ ไข้ ปวดข้อ ตาแดง หรือปวดศีรษะ

- ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี

• ผู้ป่วยรายเดียวที่พบทั้ง 3 อาการ ได้แก่ ไข้ ผื่น (maculopapular rash) และตาแดง หรือ

• ผู้ป่วยกลุ่มก้อนตั้งแต่สองรายขึ้นไปที่มีอาการ ดังนี้

• มีผื่น ร่วมกับอาการอย่างน้อย 1 ใน 3 อาการ ดังนี้ ไข้ ปวดข้อ ตาแดง หรือ

• ไข้ ร่วมกับอาการอย่างน้อย 2 ใน 3 อาการ ดังนี้ ปวดศีรษะ ปวดข้อ ตาแดง

ใน 2 สัปดาห์ ในหมู่บ้าน ชุมชน โรงเรียน หรือที่ทำงานเดียวกัน หรือทำกิจกรรมในสถานที่เดียวกัน

- มีผื่น (maculopapular rash) ที่อาศัยอยู่หรือมีประวัติเดินทางเข้าไปในตำบลที่พบผู้ป่วย ยืนยันและยังอยู่ในระยะเวลาควบคุมโรค

1.3 ทารกที่มีศีรษะเล็ก (Neonatal Microcephaly) และ/หรือ พบ brain calcification หมายถึง ทารกที่คลอดมาไม่เกิน 1 เดือน และวัดรอบศีรษะแล้วมีค่าความยาวเส้นรอบวงต่ำกว่า 3 Percentile ของค่าปกติในเพศและกลุ่มอายุครรภ์ของทารกนั้น (Fenton curve) โดยกุมารแพทย์ เป็นผู้วินิจฉัย และ/หรือ พบหินปูนในเนื้อสมอง (intracranial calcification) และมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

1.4 ผู้ป่วยกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain-Barre syndrome) ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทอักเสบ อื่นๆ ภายหลังการติดเชื้อ หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการอักเสบเฉียบพลันของเส้นประสาทหลายๆ เส้นพร้อมกัน demyelinating polyradiculoneuropathy จนก่อให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน ซึ่งในรายที่รุนแรงอาจถึงขั้นเป็นอัมพาต และอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือผู้ที่มาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง 2 ข้าง อาจจะมีขาหรือมือก็ตาม ทั้งนี้อาจจะหายใจไม่ได้ เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้น โดยแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยและมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

ในกรณีที่ผู้ป่วย GBS มีอาการ Acute Flaccid Paralysis ร่วมด้วยให้ดำเนินการเก็บตัวอย่างอุจจาระ ส่งตรวจปัสสาวะ ตามโครงการกวาดล้างโรคโปลิโอ นั้น เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของการเฝ้าระวังหาเชื้อที่เป็นสาเหตุของกลุ่มอาการดังกล่าว

ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่เข้าเกณฑ์ทางคลินิกใน 4 กลุ่ม ที่ไม่ได้เก็บตัวอย่างส่งตรวจหรือเก็บในเวลาที่ไม่เหมาะสม และมีผลการตรวจ IgM หัด, หัดเยอรมัน ให้ผลลบ

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่เข้าเกณฑ์ทางคลินิกใน 4 กลุ่ม ที่ไม่ได้เก็บตัวอย่างส่งตรวจหรือเก็บในเวลาที่ไม่เหมาะสม ร่วมกับมีผลการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ (เช่น มีวันเริ่มป่วย ภายใน 2 สัปดาห์ ก่อนหรือหลัง วันเริ่มป่วยของผู้ป่วยยืนยัน และอยู่ในหมู่บ้าน ชุมชน โรงเรียน หรือที่ทำงานเดียวกัน หรือทำกิจกรรมในสถานที่เดียวกัน)

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยที่เข้าเกณฑ์ทางคลินิกใน 4 กลุ่ม และผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- ตรวจพบสารพันธุกรรมของไวรัสซิกา โดยวิธี RT-PCR หรือ
- ผู้ป่วยทารกศีรษะเล็ก (อายุไม่เกิน 1 เดือน) ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด ZIKV IgM โดยวิธี ELISA

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

31. โรคติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสซูอิส (Streptococcus suis infection)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการไข้สูงเฉียบพลัน (มากกว่า 38 องศาเซลเซียส) โดยหลังจากซักประวัติการเจ็บป่วยและตรวจร่างกายแล้วไม่สามารถอธิบายสาเหตุของไข้ได้ ร่วมกับมีประวัติเสี่ยง คือ สัมผัส (เช่น เลี้ยงหมู และฆ่าแหละหมู) หรือรับประทานหมูหรือเลือดหมูดิบภายใน 1 สัปดาห์

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสซูอิสและมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยยืนยัน

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคไข้หูดับและมีผลการทางห้องปฏิบัติการยืนยัน พบเชื้อ Streptococcus suis

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

32. โรคเท้าช้าง (Elephantiasis Lymphatic Filariasis)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ ร่วมกับอาการปวด บวม แดงร้อน บริเวณต่อมและท่อทางเดินน้ำเหลือง อาจมีหรือไม่มีอวัยวะบวม โต เช่น แขน ขา อวัยวะเพศ ก็ได้
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัย ร่วมกับการมีประวัติอยู่ในพื้นที่ๆ มีโรคเท้าช้างเป็นโรคประจำถิ่น (endemic area)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยและมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ตรวจหาเชื้อ microfilaria ในกระแสโลหิต โดยวิธี thick film technique ส่วนใหญ่ต้องเจาะเลือด ตั้งแต่ 20.00 - 24.00 น.
 - ตรวจหาแอนติเจนของเชื้อ W. bancrofti โดยวิธี Immunochromatographic test (ICT)
 - Polymerase Chain Reaction (PCR) เพื่อตรวจสอบเชื้อพยาธิโรคเท้าช้าง W. bancrofti และ B. malayi ในเลือด โดยการเพิ่มจำนวนสารพันธุกรรม DNA ที่จำเพาะ โดยการทำปฏิกิริยาลูกโซ่ โพลีเมอร์เรส
4. ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic carrier) หมายถึง ผู้ที่ไม่มีอาการ และมีผลตามเกณฑ์ห้องปฏิบัติการ

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

เนื่องจากโรคนี้มีอุบัติการณ์ต่ำและอาจมีการนำเข้ามาจากแรงงานต่างชาติ จึงให้รายงานทั้งผู้ป่วยที่เข้าข่าย ผู้ป่วยที่ยืนยันผล และผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการด้วย เพื่อการควบคุมป้องกันโรคต่อไป

33. โรคบรูเซลโลสิส (Brucellosis)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้สูงหรือไข้เป็นๆ หายๆ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย เหงื่อออกมาก ตอนกลางคืน ร่วมกับอาการอื่นๆ อย่างน้อยหนึ่งอาการ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดข้อ หรือปวดหลัง อ่อนเพลียมาก น้ำหนักลด อ่อนหะบวม/โต แดง และมีประวัติบริโภคเนื้อหรือน้ำนมของสัตว์ที่ไม่ผ่าน ความร้อนอย่างถูกวิธี หรือมีประวัติสัมผัสกับสัตว์ติดเชื้อ เช่น โค กระบือ แพะ แกะ สุกร สุนัข
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ผลการเพาะเชื้อจากเลือด น้ำไขสันหลัง หนอง พบเชื้อ Brucella spp.
 - ELISA test for brucellosis ให้ผลบวก
 - PCR ให้ผลบวก

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

34. โสภบด (Dysentery)

กรณโสภบดจากเชอชเเกลา (Shigellosis dysentery หรือ Bacillary dysentery)

+ ประเภทผู้ปวย

1. ผู้ปวยที่สงสย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไขสูง (เกิน 38.5 °C) ถ่ายเป็นน้ำ และ/หรือ ตามด้วยถ่ายเป็นมูกเลือด อาจร่วมกับอาการอื่นๆ ดังนี้
 - ปวดเบ่ง (เหมือนถ่ายไม่สุด) ถ่ายกระปริดกระปรอย
 - คลื่นไส้ อาเจียน
 - ในเด็ก อาจมีชักร่วมด้วย
2. ผู้ปวยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ปวยที่สงสยร่วมกับการตรวจจุจจาาระพบ WBC >20 cells/HPF
3. ผู้ปวยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ปวยที่สงสยร่วมกับเพาะเชื้อจากอุจจาาระ หรือ rectal swab พบเชื้อ Shigella spp. (Group A หรือ B หรือ C หรือ D)

+ การรายงานผู้ปวยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ปวยที่เข้าข่าย

หมายเหตุ ในกรณีที่ผู้ปวยไม่เข้าเกณฑ์ทางคลินิกของบดชเเกลาโลชิสและบดอมบบา หรือไม่ได้ตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือตรวจไม่พบเชื้อสาเหตุทั้งบดชเเกลาโลชิสและบดอมบบา แต่มีอาการถ่ายเป็นมูกเลือด ให้รายงานเป็นบดไม่จำเพาะไปก่อน แต่ให้พยายามตรวจหาเชื้อตัวอื่นต่อไป

กรณโสภบดอมบบา (Amoebic Dysentery หรือ Amoebiasis)

+ ประเภทผู้ปวย

1. ผู้ปวยที่สงสย (ไม่มี)
2. ผู้ปวยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ที่มีอาการถ่ายเหลวมากกว่า 2 สัปดาห์ หรือถ่ายเป็นมูกปนเลือด (มีกลิ่นเหม็นรุนแรงคล้ายหัวกุ้งเน่า) โดยไม่พบสาเหตุอื่น ร่วมกับอาการอย่างน้อย 1 อาการ ดังต่อไปนี้
 - ไข้
 - ปวดเบ่ง (เหมือนถ่ายไม่สุด)
 - ถ่ายกระปริดกระปรอย
3. ผู้ปวยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ปวยที่เข้าข่าย ร่วมกับมีผลการตรวจข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ตรวจจุจจาาระสดพบ trophozoites form ของ Entamoebahistolytica หรือ
 - ทำ sigmoidoscope หรือ proctoscope เพื่อดูรอยโรค และเก็บอุจจาาระสด ตรวจพบ trophozoites ของ Entamoebahistolytica

+ การรายงานผู้ปวยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ปวยที่เข้าข่าย

กรณีโรคบิดไม่จำเพาะ (Non-specific dysentery)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่ถ่ายเป็นน้ำ หรือมูกปนเลือด ร่วมกับอาการอย่างน้อย 1 อาการ ดังต่อไปนี้
 - ไข้
 - ปวดท้องทั่วไป โดยเฉพาะบริเวณตรงกลาง หรือปวดมากที่บริเวณท้องน้อยด้านขวา (right iliac fossa)
 - อาเจียนมาก
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับ
 - การตรวจทั่วไป ตรวจจุลจากระพบ WBC >20 cells/HPF
 - การตรวจจำเพาะ ตรวจจุลจากระสดไม่พบ cyst หรือ trophozoite ของ Entamoebahistolytica หรือเพาะเชื้อจากอุจจาระไม่พบเชื้อ Shigella spp. หรือตรวจพบเชื้ออื่นๆ

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัย หากตรวจพบเชื้ออื่นๆ ให้รายงานในช่องอื่นๆ

35. โรคปอดอักเสบ (Pneumonitis หรือ Pneumonia)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ร่วมกับไอ และหายใจเร็วหอบเหนื่อย ตรวจร่างกายพบมีเสียง crepitation ในปอด หรือเสียง bronchial breath sound
 - โรคปอดอักเสบในเด็กอายุ 2 เดือน - 5 ปี แบ่งเกณฑ์ทางคลินิกเป็น 3 ระดับดังนี้
 - โรคปอดอักเสบไม่รุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการไอร่วมกับหายใจหอบเร็วกว่าปกติ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้
อายุ 2 เดือน - 1 ปี หายใจมากกว่า 50 ครั้ง/นาที
อายุ 1 ปี - 5 ปี หายใจมากกว่า 40 ครั้ง/นาที
 - โรคปอดอักเสบรุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการไออาจมีหายใจเร็วหรือไม่มีแต่มีชายโครงนูนเวลาหายใจเข้า
 - ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน ผู้ป่วยจะหายใจเร็วกว่า 60 ครั้ง/นาทีหรือมีชายโครงนูนมากถือว่าเป็นชนิดรุนแรง
 - สำหรับผู้ป่วยอายุมากกว่า 5 ปี อาการหายใจเร็ว ได้แก่ หายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาที และอาการหายใจหอบเหนื่อย คือ หายใจมีชายโครงนูน ซีดหรือเขียว
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ให้ผลบวกต่อเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส ได้แก่ เสมหะ tracheal suction nasopharyngeal swab น้ำจากช่องเยื่อหุ้มปอด หรือเลือด
 - ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อก่อโรคทางเดินหายใจด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction (PCR) จากตัวอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ให้ผลบวกต่อเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส ได้แก่ เสมหะ tracheal suction nasopharyngeal swab น้ำจากช่องเยื่อหุ้มปอด หรือเลือด
 - ตรวจพบว่ามี การเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อในซีรัมอย่างน้อย 4 เท่า ในระยะเฉียบพลันและระยะพักฟื้น

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

36.โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้ปวดศีรษะ ชา เจ็บเสียวบริเวณแผลที่ถูกสัตว์กัดรวมทั้งบริเวณใกล้เคียง เป็นอาการนำ รวมทั้งมีอาการคันอย่างรุนแรงบริเวณแผลที่ถูกกัดหรือตามลำตัว และอาการกลืนลำบาก ถ่มน้ำลาย ร่วมกับอาการอื่นๆ อย่างน้อยหนึ่งอาการ ได้แก่ มีอาการกลัวน้ำ กลัวลม พบ Myoedema หรือมีอาการอัมพาตของแขน ชา อย่างชัดเจน
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับการมีประวัติคลุกคลีหรือถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด ข่วน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - การตรวจหาแอนติเจนโดยวิธีอิมมูโนฟลูออเรสเซนซ์ (FAT) ให้ผลบวก
 - การแยกเชื้อไวรัสโดยการฉีดเข้าสมองหนูเซลล์เพาะเลี้ยง ให้ผลบวก
 - การตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันโดย Mouse Neutralization Test (MNT), Rapid Fluorescent Focus Inhibition Test (RFFIT) ให้ผลบวก
 - การตรวจสารพันธุกรรมโดยวิธี PCR/Nested PCR ให้ผลบวก

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

37. โรคมือเท้าปาก (Hand Foot and Mouth disease)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ มีอาการไข้ มีแผลเปื่อยหลายแผลในปาก และมีอาการเจ็บร่วมกับมีตุ่มน้ำพองขนาดเล็กที่ฝ่ามือ นิ้วมือ ฝ่าเท้า และบางครั้งอาจมีปรากฏที่ก้น
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมไวรัสเอนเทอโรหรือผลการตรวจซีรั่มคู่ต่างกันอย่างน้อย 4 เท่า ของระดับแอนติบอดีต่อไวรัสเอนเทอโร

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้าข่าย

38. โรคเรื้อน (Leprosy)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการและอาการแสดงดังนี้
 - 1.1 อาการและอาการแสดงที่สงสัยโรคเรื้อน
 - 1.1.1 โรคผิวหนังเรื้อรังที่เป็นมานานกว่า 3 เดือน ไม่คัน รักษาด้วยยากินหรือยาทาไม่ได้ขึ้น
 - 1.1.2 วงแบนราบสีจางหรือเข้มกว่าผิวหนังปกติ วงขอบนูนแดง มีอาการชา ผิวแห้ง เหงื่อไม่ออก ขนร่วงไม่คัน
 - 1.1.3 ผื่นนูนแดง ตุ่มผิวอิมุ่มจำเป็นมันเลื่อม ไม่คัน หูหนา
 - 1.1.4 ตุ่มแดงกดเจ็บตามใบหน้า แขน ขา ลำตัว
 - 1.1.5 มีอาการบวมที่หน้ามือ เท้า
 - 1.1.6 ฝ่ามือ ฝ่าเท้าชา
 - 1.1.7 เจ็บหรือกดเจ็บบริเวณเส้นประสาทที่ข้อศอก ข้อพับขา
 - 1.1.8 กล้ามเนื้อตา มือ เท้า อ่อนแรง ลีบ นิ้วงอ กุด ข้อมือ/ข้อเท้าตก หลับตาไม่สนิท
 - 1.1.9 แผลเรื้อรังที่ฝ่าเท้า
 - 1.2 อาการแสดงสำคัญ (Cardinal signs) ของโรคเรื้อนคือ
 - 1.2.1 ตรวจพบรอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน
 - 1.2.2 ตรวจพบอาการชาข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
 - ชาที่รอยโรคผิวหนังโดยจะใช้ควบคู่กับการตรวจพบรอยโรคที่ผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน (ข้อ 1.2.1)

- ขาบริเวณที่รับความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายที่ถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน ได้แก่ ที่บริเวณตา มือ เท้า ซึ่งจะต้องใช้ควบคู่กับการตรวจพบเส้นประสาทโตที่มาเลี้ยงบริเวณที่ตรวจพบอาการขา (ข้อ 1.2.3)

1.2.3 ตรวจพบเส้นประสาทโตจากการคลำบริเวณเส้นประสาทที่อยู่ตื้นๆ เช่น บริเวณคอ ข้อศอก ข้อพับขา หรือข้อเท้า เป็นต้น

1.2.4 ตรวจพบเชื้อรูปแท่งติดสีทนกรด (Acid fast bacilli) จากการกรีดผิวหนัง (Slit skin smear) หากพบอาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อจาก 3 ข้อแรก (ข้อ 1.2.1 - 1.2.3) หรือพบข้อ 1.2.4 เพียงข้อเดียว ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัย ร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่มีผลการตรวจวินิจฉัยยืนยันโรคเรื้อน

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับอาการแสดงสำคัญ (Cardinal signs) ของโรคเรื้อน โดยมีกรจำแนกผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็น 2 ประเภท เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนการรักษาและการดำเนินงานควบคุมโรค ดังนี้

3.1 ประเภทเชื้อน้อย (Paucibacillary leprosy : PB) คือผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ และมีรอยโรค 1 - 5 แห่ง หรือมีรอยโรคมมากกว่า 5 แห่ง แต่กระจายข้างเดียวของร่างกาย

3.2 ประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy : MB) คือ ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อทุกราย หรือผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ แต่มีรอยโรคมมากกว่า 5 แห่ง และกระจาย 2 ข้างของร่างกาย

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่ยืนยันผล

39. โรคไลชมาเนีย (Leishmaniasis)

กรณีโรคไลชมาเนียชนิดเกิดแผลที่ผิวหนัง

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีแผลลักษณะเป็นแผลแดงตื้น ขอบเขตชัดเจน ขอบแผลยกตรงกลางแผล มี granulation tissue (โดยแผลจะเป็นตรงที่รี้นฝอยทรายซึ่งเป็นพาหะนำโรคกัด รอยโรคเริ่มต้นจากมีตุ่มเล็กแดงกลมแข็ง ต่อมาตุ่มนี้มีขนาดใหญ่ขึ้น มีสะเก็ดน้ำเหลืองปกคลุมแตกออกเกิดเป็นแผลที่ขยายขนาดอย่างช้าๆ แผลแดงตื้นขอบเขตชัดเจน โดยแผลอาจเป็นจุดเดียว หรือเป็นหลายจุด และอาจเกิดขึ้นที่เยื่อต่างๆ เช่น เยื่อช่องปาก จมูก เป็นต้น

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)

กรณีโรคซิมาเนียชนิดก่อเกิดสภาพอวัยวะภายใน

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้เรื้อรังเป็นๆ หายๆ (Intermittent fever; chronically) ร่วมกับอาการต่อไปนี้ น้ำหนักลดอย่างต่อเนื่อง (Progressive weight loss) ร่วมกับซีด (Pale) ม้ามโต (Splenomegaly) และตับโต (Hepatomegaly) มีเลือดออกได้ง่าย (Bleeding tendency) เช่น เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน ต่อม้ำเหลืองโต (Lymphadenopathy) ผิวหนังสีคล้ำขึ้น (Hyperpigmented skin) อ่อนเพลีย (Fatigue)
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยซิมาเนียชนิดเกิดแผลที่ผิวหนัง หรืออวัยวะภายในร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - การแสดงและคัดแยกเชื้อซิมาเนีย (Demonstration & isolation parasites) โดยการดูผ่านกล้องจุลทรรศน์ (Microscopic examination) จากตัวอย่าง skin biopsy, skin aspiration, skin scraping, bone marrow aspiration, bone marrow biopsy, lymph node aspiration หรือ biopsy
 - ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้นพบเชื้อ Leishmania
 - ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อ Leishmania จากตัวอย่างข้างต้น
 - ตรวจพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อในซีรัมอย่างน้อย 4 เท่า ในระยะเฉียบพลัน และระยะพักฟื้น

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยยืนยัน

40. โรคเลปโตสไปโรสิส (Leptospirosis)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีไข้สูง หนาวสั่น และปวดศีรษะรุนแรง ร่วมกับอาการอื่นๆ อย่างน้อยหนึ่งอาการ ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อรุนแรง หรือกดเจ็บตามกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง ตาแดง (หลอดเลือดแดงแผ่ชานเป็นตาข่าย suffusion conjunctivitis หรือมีเลือดออก) อาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท เช่น คอแข็ง ความรู้สึกตัวผิดปกติ เป็นต้น ไอแห้งหรือไอมีเสมหะปนเลือด ไตวาย การหายใจล้มเหลว เลือดออกผิดปกติตามอวัยวะต่างๆ เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ ไอเป็นเลือดสด อาการตีชาน ความดันโลหิตต่ำ โดยไม่ทราบสาเหตุ และมีประวัติสัมผัสกับน้ำที่ขุ่นแฉะ หรือสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนสิ่งขับถ่ายของสัตว์ แม้ว่าจะไม่ได้เจาะเลือดผู้ป่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือถ้าหากเจาะเลือด

ผู้ป่วยในขณะแรกเริ่ม แล้วนำไปตรวจ Screening test แล้วให้ผลลบ และไม่สามารถติดตามเจาะเลือดผู้ป่วยครั้งที่สอง (10 - 14 วัน หลังจากเจาะครั้งแรก) ส่งตรวจได้ ก็ให้รายงานเป็นผู้ป่วยที่สงสัย

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- เพาะเชื้อจากเลือด หรือน้ำไขสันหลัง หรือปัสสาวะพบเชื้อ *Leptospira* spp.
- ตรวจ Microscopic agglutination test (MAT) ตรวจครั้งเดียว $>1:400$ หรือตรวจเลือดคู่ (paired sera) พบ four-fold rising
- ตรวจ Immunofluorescent antibody test (IFA) ตรวจครั้งเดียว IgM $>1:400$ หรือตรวจเลือดคู่ (paired sera) พบ four-fold rising ของ IgM หรือ IgG
- การตรวจสารพันธุกรรมโดยวิธี PCR/Nested PCR ให้ผลบวก
- ตรวจ Screening test ให้ผลบวก

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

41. โรคสครับไทฟัส (Scrub typhus)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ มีแผลเหมือนถูกบุหรี่จี้ (eschar) มีประวัติเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงร่วมกับอาการอื่นๆ อย่างน้อย 2 อาการ ดังนี้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัว ปวดกระบอกตา ตาแดง ไอแห้ง มีผื่นลักษณะเป็นตุ่มนูนสีแดง ต่อม่าน้ำเหลืองใกล้แผลโตและเจ็บ บางรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการซึมสมองอักเสบ ปอดบวม ตัวและตาเหลือง

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีประวัติเที่ยวหรือเข้าไปในทุ่งหญ้าหรือในป่า 6 - 21 วันก่อนมีอาการ

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคเกตเซียพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- ตรวจด้วยวิธี Immunofluorescent antibody test (IFA) ตรวจครั้งเดียว IgM หรือ IgG $>1:400$ หรือตรวจน้ำเหลืองคู่ (paired sera) พบระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 4 เท่า (four-fold rising)
- ตรวจด้วยวิธี Indirect Immuno Peroxidase Test (IIP) แปลผลเช่นเดียวกับวิธี IFA
- ตรวจด้วยวิธี Weil Felix to OX-K ให้ผลบวกเมื่อ titer $\geq 1:320$

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

42. โรคสุกใส หรืออีสุกอีใส (Varicella, Chickenpox)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ ร่วมกับผื่น/ตุ่มที่มีหลายระยะ
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ผู้ป่วยที่สงสัยและผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งข้อดังต่อไปนี้
 - Tzanck Smear โดยการเจาะตุ่มน้ำ แล้วขูดพื้นหรือฐานของตุ่มน้ำ (Basement of vesicle) จะพบ multinucleate giant cell (มีความไว้น้อยกว่าร้อยละ 60)
 - ตรวจน้ำเหลืองคูล์ ทหาระดับ Neutralizing antibody titer ต่อ Varicella Zoster Virus (VZV) ≥ 4 เท่า ถือว่าเป็นบวก
 - เจาะเลือดตรวจ Varicella IgM ด้วยวิธี ELISA

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

43. โรคอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน

(Acute Flaccid Paralysis : AFP)

+ บิยามการรายงาน

ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มีอาการดังนี้

- มีอาการอ่อนแรงของขา หรือแขน หรือทั้งแขนและขา ข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ซึ่งอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (Acute onset) ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บรุนแรง (trauma) ซึ่งนำไปสู่อาการอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนแรง
- มีการบันทึกผลการตรวจร่างกายของแพทย์ ยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง motor power ลดลงต่ำกว่า grade V และมี Deep tendon reflex น้อยกว่าปกติ คือ 0 ถึง 1+

+ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ผู้ป่วย AFP ทุกรายต้องเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาเชื้อโปลิโอ โดยเก็บ 2 ตัวอย่าง ภายใน 14 วัน
- ติดตามผู้ป่วยว่ามีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลงเหลืออยู่หรือไม่ เมื่อครบ 30 วัน และ 60 วัน

+ การรายงาน

- รายงาน Zero report ทุกสัปดาห์
- เมื่อพบผู้ป่วยรายงานทันที หรือภายใน 24 ชั่วโมง
- รายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

44. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการถ่ายอุจจาระเหลวอย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง หรือ ถ่ายเป็นน้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง อาจร่วมกับอาการอาเจียน อาการขาดน้ำ
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสที่เป็นสาเหตุของการถ่ายอุจจาระร่วง

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

45. โรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome : AIDS)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ที่สงสัยติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยยังไม่มีผลตรวจเลือดยืนยันการติดเชื้อ ร่วมกับมีอาการหรืออาการแสดงกรณีใดกรณีหนึ่งต่อไปนี้
 - มีอาการของการติดเชื้อระยะเฉียบพลัน (Acute HIV infection) คือ มีอาการ flu-like syndrome ได้แก่ ไข้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ มีผื่น หรือต่อมน้ำเหลืองโต ภายใน 2 - 6 สัปดาห์หลังมีประวัติเสี่ยง
 - มีอาการแสดงในระยะ WHO stage 1 หรือ 2 ของการติดเชื้อเอชไอวี ตามคำจำกัดความระยะการดำเนินโรคขององค์การอนามัยโลก
2. ผู้ที่เข้าข่ายติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ประกอบด้วย
 - เข้าข่ายติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่มีผลคัดกรองการติดเชื้อเป็นบวก โดยยังไม่ได้รับการยืนยันผลตามแนวทางมาตรฐาน
 - เข้าข่ายโรคเอดส์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย AIDS defining illnesses (หรือระยะ WHO stage 3 และ 4) หรือมีผล CD4 <500 cells/mm ในผู้มีอายุ 5 ปีขึ้นไป หรือ CD4 <25% ในเด็กอายุน้อยกว่า <5 ปี โดยไม่มีผลยืนยันโดยไม่มีผลยืนยันการติดเชื้อฯ และไม่สามารถอธิบายสาเหตุจากโรคหรือภาวะอื่นได้

3. ผู้ที่ยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ หมายถึง ผู้ที่เข้าข่ายฯ ในข้อ 2 ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยืนยันการติดเชื้อ กรณีใดกรณีหนึ่งต่อไปนี้

- ผล reactive จากชุดตรวจ HIV Ag/Ab ที่มีการยืนยันผลตรวจครบตามแนวทางมาตรฐานการวินิจฉัยของประเทศ ในกลุ่มผู้ใหญ่และเด็กอายุ ≥ 24 เดือน หรือในเด็กอายุ <24 เดือน ที่มารดา มีผล HIV nonreactive
- Positive HIV virologic test ได้แก่ Qualitative testing (NAT DNA, DNA PCR) หรือ Quantitative HIV (viral load assay) ทุกกลุ่มอายุไม่รวมเลือดที่ตรวจจากสายรก
- พบเชื้อหรือส่วนประกอบของเชื้อจากการตรวจพิเศษอื่นๆ ได้แก่ P24 Antigen, HIV isolation (viral culture) หรือ HIV nucleotide sequence (genotype)

หมายเหตุ

- ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อประกอบด้วย 1) มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน หรือมีปัญหาถุงยางอนามัย แตกฉีก หลุดระหว่างมีเพศสัมพันธ์กับคู่เพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ผู้ที่ไม่รู้จักกันมาก่อน คู่นอนชั่วคราว หญิงหรือชายให้บริการทางเพศ ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อเอชไอวี หรือติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับชายด้วยกัน, ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น หรือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อฯ หรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ
- WHO Case Definitions of HIV for Surveillance and Revised Clinical Staging and Immunological Classification of HIV-Related Disease in Adults and Children; 2007
- AIDS defining illnesses 28 โรค ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเอดส์สำนักกระบาดวิทยา (2014 CDC Classification for AIDS หรือ Nocardiosis, Penicilliosis และ Rhodococcosis

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์

ให้รายงานตั้งแต่พบผู้ป่วยที่สงสัย ผู้ที่เข้าข่ายการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ และผู้ที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีในทุกระยะการดำเนินโรคตั้งแต่ไม่มีอาการ จนถึงระยะเอดส์ และเสียชีวิต

46. โรคแอนแทรกซ์(Anthrax)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการและอาการแสดง ดังต่อไปนี้
 - Cutaneous Anthrax มีตุ่มใสแล้วเปลี่ยนเป็นตุ่มหนองตามผิวหนังและแตกเป็นแผลตรงกลางนูน สีดำ (Black eschar) คล้ายบุหรี่จี้ รอบๆ แผลจะบวมแดงแต่ไม่เจ็บ ถ้าไม่ได้รับการรักษา จะเกิดตุ่มใหม่รอบๆ แผล ตุ่มหนอง หรือแผลจะขยายวงกว้างออกไป มักพบบนอกร่มผ้า เช่น มือ แขน ขา

- Intestinal Anthrax ปวดท้องคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องเสีย มีไข้ หรือต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณลำคอบวม และลามไปถึงใบหน้า ในรายที่รุนแรงอาจมีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ตรวจพบมีน้ำในช่องท้อง (ascites)
- Pulmonary Anthrax มีไข้ ไอแห้ง เจ็บหน้าอก หายใจขัด หายใจลำบาก บางรายอาจมีอาการของเยื่อหุ้มสมองอักเสบแล้วเสียชีวิต

ร่วมกับประวัติเสี่ยงหรือการสัมผัสโรคข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- มีประวัติสัมผัสกับสัตว์ที่ป่วยหรือตายด้วยโรคนี้ภายใน 7 วันก่อนเริ่มมีอาการ
- มีประวัติการกินเนื้อสัตว์ชนิดดิบๆ สุกๆ ของสัตว์ที่ป่วยหรือตายด้วยโรคนี้ภายใน 7 วันก่อนเริ่มมีอาการ
- หายใจเอาสปอร์ของเชื้อเข้าไป จากการประกอบอาชีพในโรงงานทำผลิตภัณฑ์กระดาษกึ่งเปียก ขนสัตว์ ห้องปฏิบัติการหรืออาจเกิดจากการใช้สปอร์ของแอนแทรกซ์เป็นอาวุธชีวภาพ

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (ไม่มี)

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- ย้อมสีแกรมจากสิ่งส่งตรวจติดสีแกรมบวก พบเชื้อ Bacillus anthracis รูปสี่เหลี่ยม เป็นแท่ง ติดกันคล้ายปล้องไม้ไผ่ 3 - 5 แท่ง หรือพบสปอร์โดยการย้อมด้วยสี Methylene Blue
- เพาะเชื้อจากแผล หรืออุจจาระพบเชื้อ Bacillus anthracis

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

47. ไส้ท่อนอวัยวะเพศ (Pediculosis Pubis)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย ไม่มี
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย ไม่มี
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* หรือมีประวัติเพศสัมพันธ์ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น คันบริเวณหัวหน่าวและอวัยวะเพศ ตรวจร่างกายพบรอยโรคลักษณะตุ่มแดงคันกระจายอยู่บริเวณร่มผ้าและมักมีรอยเกา อาจเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนร่วมด้วย และเห็นตัวโลนเกาะที่โคนขนและอาจพบไข่ ร่วมกับมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ โดยตรวจพบตัวโลนจากการดูด้วยกล้องจุลทรรศน์

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่ยืนยันผล

48. วัณโรค (Tuberculosis)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ที่น่าจะเป็นวัณโรค (Presumptive TB) หมายถึง ผู้ที่มีอาการหรืออาการแสดงเข้าได้กับวัณโรค เช่น ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์ ไอเป็นเลือด น้ำหนักลดผิดปกติ มีไข้ เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน เป็นต้น
2. ผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Latent TB infection) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกาย แต่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสามารถต่อสู้กับเชื้อ สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อโรควัณโรคได้ ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ และไม่สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้
3. ผู้ป่วยวัณโรค (TB Disease) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกาย แต่ภูมิคุ้มกันไม่สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ เกิดพยาธิสภาพที่ทำให้ป่วยเป็นโรควัณโรค อาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้

+ การจำแนกตามผลการตรวจทางแบคทีเรีย

- (1) ผู้ป่วยที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรค (bacteriologically confirmed TB case : B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีสิ่งส่งตรวจ (specimen) ผลพบเชื้อ โดยวิธี smear microscopy หรือ culture หรือวิธีการอื่นๆ ที่ WHO รับรอง เช่น Xpert MTB/RIF, Line probe assay, TB-LAMP เป็นต้น
- (2) ผู้ป่วยที่มีผลตรวจไม่พบเชื้อวัณโรค (clinically diagnosed TB case: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีสิ่งส่งตรวจผลไม่พบเชื้อ หรือไม่ผลตรวจ แต่ผลการเอกซเรย์หรือผลการตรวจชิ้นเนื้อ (histology) ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับอาการแสดงทางคลินิก และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค

49. ไวรัสตับอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ (Hepatitis)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้เฉียบพลัน ครั่นเนื้อครั่นตัว คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด และจุดแค้นบริเวณใต้ชายโครงขวา ต่อมาจะมีปัสสาวะสีเข้ม ร่างกายและตาเหลือง โดยไม่มีประวัติได้รับยาหรือสารพิษที่เป็นสาเหตุของตับอักเสบเฉียบพลัน
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบค่า SGPT (ALT) ในน้ำเหลืองมากกว่า 100 U/L
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบ Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, Hepatitis D, Hepatitis E

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานผู้ป่วยที่สงสัยและผู้ป่วยที่เข้าข่ายเป็นไวรัสตับอักเสบไม่ระบุเชื้อสาเหตุ (Hepatitis) ส่วนผู้ป่วยที่ยืนยันผลให้รายงานเป็นไวรัสตับอักเสบบชนิดต่างๆ

50. หนองใน (Gonorrhea)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- หนองหรือมูกหนองจากท่อปัสสาวะ ปัสสาวะแสบขัด
- ตกขาวเป็นหนอง หรือมูกปนหนอง
- ปวดเบ่งคันรอบทวารหนัก มี discharge เป็นมูกปนหนอง
- มีประวัติใช้ช่องปากและ/หรือทวารหนักรับการสอดใส่โดยไม่ป้องกันกับคู่นอนที่ตรวจพบเป็นโรคหนองในที่ท่อปัสสาวะ

หรือมีอาการแสดงของการอักเสบและ/หรือฝีในอวัยวะต่างๆ ของระบบทางเดินปัสสาวะหรือระบบสืบพันธุ์อย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- Para urethral duct abscess
- Tyson's gland abscess
- Periuethral abscess
- Cowper's gland abscess
- Epididymitis
- Epididymo-orchitis
- Bartholin gland abscess
- Pelviperitonitis

หรือมีไข้และอาการหรืออาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- มีจุดเลือดออก (petechiae)
- ตุ่มหนอง (pustule) ที่ผิวหนัง
- ปวดข้อ (arthralgia)
- ข้ออักเสบติดเชื้อ (septic arthritis)
- เอ็นรอบข้ออักเสบ (tenosynovitis)
- Meningitis
- Endocarditis

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยร่วมกับ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

- Gram stain ของมูกหนอง หรือสิ่งที่เก็บจากท่อปัสสาวะหรือปากมดลูก ทอนซิล ฟาริงซ์ หรือทวารหนัก พบ Gram negative intracellular diplococci (GNID)
- Gram stain ของน้ำที่ดูดจากข้อ (synovial fluid) หรือน้ำไขสันหลัง (cerebrospinal fluid) พบ GNID

หรือมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยหนองในที่ยืนยันผล หรือมีประวัติมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยหนองใน

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึงผู้ป่วยสงสัยร่วมกับ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

- พบเชื้อหรือผลบวกต่อ *Neisseria gonorrhoeae* ในมูกหนอง หรือสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากท่อปัสสาวะ หรือปากมดลูก ทอนซิล ฟาริงซ์ หรือทวารหนัก (หนองในที่ไม่มีหรือมีภาวะแทรกซ้อน) จากน้ำที่ดูดจากข้อ (synovial fluid) หรือน้ำไขสันหลัง (cerebrospinal fluid) หรือเลือด (hemoculture) (หนองในที่มีภาวะแทรกซ้อนแพร่กระจาย) ด้วยการตรวจวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้
 - เพาะเชื้อใน modified Thayer Martin media หรือ media อื่นๆ ที่สามารถเพาะเชื้อ *N.gonorrhoeae*
 - Nucleic acid hybridization test เช่น gen-probe
 - Nucleic acid amplification test เช่น PCR หรือ LCR หรือ TMA

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

51. หนองในเทียม (Non Gonococcal Urethritis : NGU)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* ร่วมกับมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- มีมูกใส หรือมูกขุ่นจากท่อปัสสาวะ
- มูก หรือมูกหนองจากปากมดลูก
- มีปัสสาวะแสบขัด หรือคันในท่อปัสสาวะ
- มีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหนองในเทียม โดยไม่ได้ป้องกัน

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยร่วมกับ

ผลตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้โดยไม่พบ GNID และ/หรือการติดเชื้อ *N.gonorrhoeae*

- Gram stain จากมูกหรือสิ่งที่เก็บจากท่อปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาว PMN >5 ตัว/oil field (กำลังขยาย 1,000 เท่า)
- Gram stain จากมูกหรือสิ่งที่เก็บจากช่องทวารหนักพบเม็ดเลือดขาว PMN >1 ตัว/oil field (กำลังขยาย 1,000 เท่า)
- First void urine 10 - 15 cc. นำไปปั่นด้วยเครื่องปั่นตกตะกอนปัสสาวะนำตะกอนมาตรวจวิเคราะห์ด้วยกล้องจุลทรรศน์พบ WBC (PMNL) >10 ตัว/กำลังขยาย 400
- จุ่มแถบน้ำยาสำเร็จรูปที่มีแถบอ่าน leukocyte esterase ใน first void urine 10 - 15 cc. ให้ผลบวก

- ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึงผู้ป่วยสงสัยร่วมกับ
 - ผลตรวจพบเชื้อหรือผลบวกต่อ Chlamydia trachomatis ในมูกหนอง หรือสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากท่อปัสสาวะหรือปากมดลูก ทอนซิล ฟาริงซ์(คอหอย) หรือทวารหนัก ด้วยการตรวจวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้
 - เพาะเชื้อในเซลล์เลี้ยงเชื้อ เช่น McCoy cell
 - Nucleic acid hybridization test เช่น gen-probe
 - Nucleic acid amplification test เช่น PCR หรือ LCR หรือ TMA

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

52. หนองข้าวสุก (Genital Molluscum Contagiosum)

+ ประเภทผู้ป่วย

- ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์*หรือมีประวัติเพศสัมพันธ์ ร่วมกับมีตุ่มรูปโดม ผิวเรียบ เม็ดเล็ก ๆ มีสีขาว เมื่อตุ่มโตขึ้นจะเห็นรอยนูนตรงกลาง (umbilicated center) ขนาดตุ่มประมาณ 2 - 5 มม. ในเด็กโรคนี้ติดต่อกันโดยการสัมผัสทางผิวหนัง ตุ่มเกิดขึ้นที่หน้า ลำตัว และแขนขา ในผู้ใหญ่ติดต่อกันโดยการสัมผัสทางเพศเป็นส่วนใหญ่ ตุ่มเกิดที่อวัยวะเพศใช้เข็มฉีดยาสะกิดบริเวณตุ่มแล้วบีบออก จะได้เนื้อหูดสีขาวที่อยู่ภายใน
- ผู้ป่วยที่เข้าข่าย ไม่มี
- ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยร่วมกับนำเนื้อหูดสีขาวมาย้อม Giemsa พบ intracytoplasmic molluscum inclusion bodies

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัยหากรักษาหายแล้วกลับเป็นโรคซ้ำใหม่ ไม่ต้องรายงาน

53. หนองอวัยวะเพศและทวารหนัก (Condyloma Acuminata หรือ Venereal Warts)

+ ประเภทผู้ป่วย

- ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* ร่วมกับพบรอยโรคบริเวณอวัยวะเพศ หรือทวารหนัก เป็นก้อนหรือติ่งเนื้อ ลักษณะผิวอาจเรียบหรือขรุขระ สีอาจจะสีชมพู สีน้ำตาล สีเนื้อ

2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย ไม่มี
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยร่วมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้
 - ทำในรอยโรคที่สงสัยแต่มีลักษณะไม่เหมือนกับรอยโรคที่ได้กล่าวไว้แล้วในผู้ป่วยสงสัย
 - Biopsy ตรวจทางพยาธิวิทยาด้วยการย้อมสี hematoxylin-eosin พบ koilocytosis, papillomatosis and vascular distention
 - Exfoliative cytology (Pap smear) พบ koilocytes
 หรือ
 - ทำในรอยโรคที่สงสัยตามลักษณะรอยโรคที่ได้กล่าวไว้แล้วในผู้ป่วยสงสัย
 - พบผลบวกต่อ human papilloma virus ในสิ่งส่งตรวจที่เก็บจากรอยโรคด้วยการตรวจ nucleic acid amplification test วิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น PCR หรือ LCR หรือ TMA

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

54. อหิวาตกโรค (Cholera)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการถ่ายอุจจาระเหลวอย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง หรือ ถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากอย่างน้อย 1 ครั้ง อาจร่วมกับอาการอื่นๆ ที่สำคัญ คือ อาการขาดน้ำ อาเจียน
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีประวัติรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการอหิวาตกโรคร่วมกับตรวจพบเชื้อ *Vibrio cholerae* O1 หรือ O139 โดยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อจากอุจจาระ (rectal swab culture หรือ stool culture)

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่ยืนยันผล

55. อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Adverse Event Following Immunization : AEFI)

+ ผู้ป่วยที่ต้องรายงาน

ผู้ที่มีอาการหรือมีความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคภายในระยะเวลา

- 4 สัปดาห์

56.อาหารเป็นพิษ (Food poisoning)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่ประวัติการบริโภคอาหารที่สงสัย ร่วมกับมีอาการตามกรณีอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้
 - 1.1 กรณีได้รับสารพิษของเชื้อแบคทีเรียปนเปื้อนอยู่ในอาหาร เช่น *Staphylococcus aureus*, *Clostridium botulinum*, *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus* ส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มคนที่รับประทานอาหารร่วมกัน โดยมีอาการเฉียบพลัน นำด้วยอาการอาเจียน ส่วนใหญ่จะมีอาการภายใน 8 - 12 ชั่วโมง หลังรับประทานอาหาร ร่วมกับอาการปวดท้อง ท้องเสียรุนแรง อาจมีอาการปวดศีรษะรุนแรง หรือมีอาการทางประสาทร่วมด้วย ในกรณีได้รับสารพิษบางชนิด
 - 1.2 กรณีได้รับเชื้อแบคทีเรีย เช่น *Vibrio parahaemolyticus*, *Salmonella spp.*, *Campylobacter*, *Yersinia enterocolytica*, *Enteroinvasive E.Coli (EIEC)*, *Enterohemorrhagic E.Coli (EHEC)*, *Enterotoxigenic E. Coli (ETEC)* ปนเปื้อนในอาหาร ผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย 2 อาการดังต่อไปนี้
 - ไข้ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง
 - ปวดมวนท้อง (Abdominal cramps) ซึ่งอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเป็นน้ำ อาจมีมูกเลือด
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
3. ผู้ป่วยที่ยืนยัน หมายถึงผู้ป่วยที่สงสัยและมีผลการตรวจดังนี้
 - เพาะเชื้อจากอาหาร/อุจจาระ (stool culture) หรือ rectal swab culture หรืออาเจียนพบเชื้อก่อโรค
 - ทดสอบการสร้างสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

57.ไอสุ (Pertussis)

+ ประเภทผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยที่สงสัย หมายถึง ผู้ที่มีอาการไอมาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการใดอาการหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นชุด (paroxysms of coughing) มีเสียงหายใจดังวูบ (Inspiratory whooping) มีอาการอาเจียนหลังการไอ (post-tussive vomiting)
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับมีข้อมูลทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยันผล

3. ผู้ป่วยที่ยืนยันผล หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
- ผลการตรวจเพาะเชื้อจาก nasopharyngeal swab หรือ bronchial secretion aspiration หรือ nasopharyngeal aspiration หรือ cough plate พบเชื้อ Bordetella pertussis
 - ตรวจสารพันธุกรรมจาก nasopharyngeal swab หรือ bronchial secretion aspiration หรือ nasopharyngeal aspiration โดยวิธี PCR ให้ผลบวก

+ การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค

ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยที่สงสัย

แบบสอบถาม

โรคติดต่ออันตราย

แบบสอบถามเฉพาะรายการโรค

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ สกุล เพศ ชาย หญิง
อายุ ปี เดือน
ที่อยู่
อาชีพ สถานที่ทำงาน

2. การเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย วันรับรักษา สถานที่รักษา
อาการและอาการแสดง

2.1 ภาพโรคต่อม้าน้ำเหลือง

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หนาวสั่น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คลื่นไส้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เจ็บคอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ต่อม้าน้ำเหลืองบวมโต ระบุ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มีผื่น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ	

2.2 ภาพโรคของโลหิต

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คลื่นไส้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อาเจียน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หนาวสั่น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เยื่อหุ้มสมองอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ทอนซิลอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คอหอยอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีจ้ำเลือดตามผิวหนัง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ภาวะซีด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ	

2.3 ภาพโรคปอด

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไอปนเลือด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หอบเหนื่อย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หนาวสั่น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	CXR
อื่นๆ ระบุ	

ผลการรักษา ตาย วันที่ ยังรักษาอยู่ ส่งต่อไปรักษาที่

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในคน

ตัวอย่าง	วันที่ส่งตรวจ	ห้องปฏิบัติการ	ผล
<input type="checkbox"/> หนอง			
<input type="checkbox"/> น้ำไขสันหลัง			
<input type="checkbox"/> เลือด (Hemoculture)			
<input type="checkbox"/> น้ำเหลืองคู่ (Paired sera)			
<input type="checkbox"/> อื่นๆ			

3. ประวัติสัมผัสโรค

3.1 ในระยะ 7 วันก่อนป่วย เดินทางเข้าป่า หรือ สัมผัสสัตว์พื้นแทะต่างๆ

มี ระบุรายละเอียด (วันที่ ลักษณะการสัมผัส สถานที่ แหล่งที่มาของสัตว์) ไม่มี

3.2 ในระยะ 7 วันก่อนป่วย มีผู้ที่มีอาการคล้ายกันในละแวกบ้านหรือที่ทำงานหรือไม่

ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ รักษาที่

ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ รักษาที่

3.3 ในระยะ 7 วันหลังป่วย มีผู้ที่มีอาการคล้ายกันในละแวกบ้านหรือที่ทำงานหรือไม่

ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ รักษาที่

ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ รักษาที่

4. ผู้สัมผัสโรครายอื่นๆ

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล / โทร	ลักษณะการสัมผัสโรค	อาการป่วย	วันเริ่มป่วย
			<input type="checkbox"/> มี	
			<input type="checkbox"/> ไม่มี	
			<input type="checkbox"/> มี	
			<input type="checkbox"/> ไม่มี	
			<input type="checkbox"/> มี	
			<input type="checkbox"/> ไม่มี	
			<input type="checkbox"/> มี	
			<input type="checkbox"/> ไม่มี	
			<input type="checkbox"/> มี	
			<input type="checkbox"/> ไม่มี	

ผู้สอบสวน หน่วยงาน โทร.

แบบสอบถามเฉพาะรายไข้ทรพิษ (Smallpox)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ สกุล เพศ ชาย หญิง
 อายุ ปี เดือน
 เลขบัตรประชาชน
 ที่อยู่ อาชีพ
 สถานที่ทำงาน โทรศัพท์

2. การเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย วันรับรักษา สถานที่รักษา

2.1 อาการและอาการแสดง

ไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ้ามี วันที่เริ่มมีไข้
ผื่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ้ามี วันที่เริ่มมีผื่น
มีอาการไอ ก่อนมีผื่นขึ้นหรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	วันที่เริ่มไอ
อาการอื่นๆ ก่อนวันที่เริ่มมีผื่น		
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดหลัง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หนาวสั่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อาเจียน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาการอื่นๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	

2.2 ชนิดของรอยโรคที่พบในครั้งแรกของวันที่สัมภาษณ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- Papules Vesicles Papules Vesicles Hemorrhagic
 Scabs ไม่ทราบ

2.3 ลักษณะการแพร่กระจายของโรค :

- ทั่วไป โดยเฉพาะใบหน้า ปลายแขนขา (centrifugal)
 ทั่วไป โดยเฉพาะลำตัว (centripetal)
 เฉพาะที่ ไม่กระจายทั่วไป
 อื่นๆ ระบุ

2.4 การจำแนกผู้ป่วย

- ผู้ป่วยรายนี้มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการหรือไม่

ใช่ ไม่มี รอผลตรวจ ไม่ทราบ

ถ้าใช่, ระบุวิธีการตรวจ

- ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยันหรือผู้ป่วยเข้าข่ายหรือไม่

ใช่ ไม่มี รอผลตรวจ ไม่ทราบ

ถ้าใช่ ระบุประเภทของผู้ป่วยที่มีประวัติเชื่อมโยง ยืนยัน เข้าข่าย

สรุปรายนี้เป็นผู้ป่วย ยืนยัน เข้าข่าย ยืนยัน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไข้ทรพิษ มี ไม่มี ไม่ทราบ

วันที่ส่งตัวอย่าง ชนิดของตัวอย่างที่ส่งตรวจ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตัวอย่าง	วันที่ส่งตรวจ	ห้องปฏิบัติการ	ผล
<input type="checkbox"/> PCR			
<input type="checkbox"/> Culture			
<input type="checkbox"/> Electronic Microscopy:			
<input type="checkbox"/> IgM			
<input type="checkbox"/> IgG Acute			

สรุปสถานะผู้ป่วย: ยืนยัน เข้าข่าย สงสัย ไม่ใช่ผู้ป่วยไข้ทรพิษ

ถ้าไม่ใช่เกิดจากโรคไข้ทรพิษ โปรดระบุการวินิจฉัย :

ผลการรักษา ตาย วันที่ ยังรักษาอยู่ ส่งต่อไปรักษาที่

ผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน เบอร์โทรศัพท์

แบบสอบถามผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัสฮิบา/โรคไขเลือดออกโครเมียนคองโก/ โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ เลขที่ผู้ป่วย

อายุ ปี วันเดือนปีเกิด เพศ อาชีพ

ที่อยู่

ชื่อเจ้าของบ้าน ชื่อบิดา/มารดา (กรณีผู้ป่วยเด็ก)

เบอร์โทร อีเมล

โรงพยาบาล..... ที่อยู่

วันรับรักษา วันจำหน่าย

ทราบว่ามีผู้ป่วยรายนี้จากแหล่งใด

ข่าวลือ การเสียชีวิต ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. การเจ็บป่วย

ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก

มีชีวิต เสียชีวิต วันที่เสียชีวิต

มีไข้สูงอุณหภูมิแรกรับ °C อุณหภูมิสูงสุด °C ไม่มีไข้ ไม่ทราบ

วันที่ทำ post-mortem skin biopsy

นิยามผู้ป่วย: ผู้ป่วยสงสัย ผู้ป่วยเข้าข่าย ไม่เป็นผู้ป่วย

มีผู้ป่วยรายอื่นที่อาศัยอยู่ในละแวกใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ มี ไม่มี

พบผู้ป่วยรายใหม่ชื่อ นามสกุล

วันเริ่มป่วย อาการของผู้ป่วย

ระบุอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย

กลุ่ม	ไข้	อาการและอาการแสดง	วันที่ป่วย														ข้อสังเกตอื่นๆ		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
A		ปวดศีรษะ																	
		คลื่นไส้/อาเจียน																	
		เบื่ออาหาร																	
		ถ่ายเหลว																	
		อ่อนเพลีย																	
		ปวดท้อง																	
		ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ																	
		กลิ่นลำบาก																	
		หายใจลำบาก																	
		สระอึก																	
	อื่นๆ ระบุ																		
B	ไข้	อาการและอาการแสดง																	ข้อสังเกตอื่นๆ
		มีเลือดออกตามเหงือก																	
		ตาแดง																	
		มีจุดแดงที่ผิวหนัง																	
		อุจจาระมีเลือดปน																	
		อาเจียนมีเลือดปน																	
		เลือดกำเดา																	
		อื่นๆ																	

3. ประวัติสัมผัสภายใน 21 วันก่อนมีอาการป่วย

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola เนื่องจากเป็นสมาชิกในบ้าน

ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส
.....

ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย

ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola เนื่องจากเป็นบุคลากรทางการแพทย์

ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส
.....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย

และระยะเวลาของการสัมผัส

สถานพยาบาลที่สัมผัส จังหวัด อำเภอ

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola เนื่องจากเป็นผู้ร่วมเดินทาง

ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส
.....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย

และระยะเวลาของการสัมผัส

เส้นทางที่เดินทาง วันที่เดินทาง

สัมผัสกับสัตว์ป่วยหรือตาย (โดยเฉพาะ ลิง แอนติโลปป่า (สัตว์กึ่งคู่อยู่ในวงศ์วัวและควาย) หนู และค้างคาว)

ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ชนิดสัตว์ที่สัมผัส

วันที่สัมผัส

ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส

สถานที่ที่สัมผัส (เช่น ตอนเดินทางไปแอฟริกา หรือขณะอยู่ในประเทศไทย)

ชื่อแพทย์ผู้รักษา/ชื่อโรงพยาบาล วันที่

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตัวอย่างที่ 1 ชนิดตัวอย่าง วิธีการตรวจ

สถานที่ส่งตรวจ วันที่ ผล

ตัวอย่างที่ 2 ชนิดตัวอย่าง วิธีการตรวจ

สถานที่ส่งตรวจ วันที่ ผล

5. ข้อคิดเห็น

.....
.....

ผู้รายงาน หน่วยงาน โทร.

แบบสอบถามผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัสเอดส์/ไวรัสตับอักเสบบี/ไวรัสตับอักเสบดี

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ป่วยวินิจฉัย ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ไม่สมัครอยู่ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นระบุ

2. อาการและอาการแสดง

ประวัติการได้รับวัคซีนได้ข้อมูลจาก

JE ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไม่ได้รับ

ไม่ทราบ

DTP ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไม่ได้รับ

ไม่ทราบ

BCG ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไม่ได้รับ

ไม่ทราบ

อื่นๆ ระบุ ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไข้	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะรุนแรง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ชักแข็งเกร็ง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คอแข็ง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หลังแข็ง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ความรู้สึกลึกลับสน (confusion)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไม่รู้สึกร่างตัว	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ	.....	

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 เจาะเลือด (C.B.C.) วันที่ ผลจำนวนเม็ดเลือดขาว ต่อ ลบ.มม.

Neutrophil % (ค่าปกติ 55 - 75%) Lymphocyte % (ค่าปกติ 20 - 35%)

Eosinophil % (ค่าปกติ 1 - 3%) Monocyte % (ค่าปกติ 2 - 6%)

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากโลหิต ทำ วันที่ ผล

ไม่ได้ทำ

3.2 เจาะน้ำไขสันหลัง (C.S.F.) วันที่ ลักษณะของน้ำไขสันหลัง ขุ่น ใส

จำนวนเซลล์ (Blood Count) ต่อ ลบ.มม. (Neutrophil % Lymphocyte %)

น้ำตาล mg% protein mg%

ย้อมเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ทำ วันที่ ผล

ไม่ได้ทำ

ตรวจ Indian ink ทำ วันที่ ผล

ไม่ได้ทำ

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากน้ำไขสันหลัง ทำ วันที่ ผล

ไม่ได้ทำ

3.3 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา

• HI test เจาะเลือด ระยะ Acute เมื่อวันที่ ผล

เจาะเลือดระยะ Convalescence เมื่อวันที่ ผล

• ELISA IgM น้ำเหลือง ทำ วันที่ ผล

ไม่ได้ตรวจ

น้ำไขสันหลัง ทำ วันที่ ผล

ไม่ได้ตรวจ

• IFA น้ำเหลือง ทำ วันที่ ผล

ไม่ได้ตรวจ

น้ำไขสันหลัง ทำ วันที่ ผล

ไม่ได้ตรวจ

4. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับจากการตรวจรักษาครั้งแรก

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ ทำงานในโรงฆ่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา

ระบุสถานที่ที่ทำ ระบุสถานที่ที่ทำ

อื่นๆ (ระบุ)

5.2 ประวัติการสัมผัสโรค

• เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

- | | | | |
|-------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| หอยโข่ง | <input type="checkbox"/> สุก | <input type="checkbox"/> ดิบ | <input type="checkbox"/> ดิบ ๆ สุก ๆ |
| หอยเชอร์รี่ | <input type="checkbox"/> สุก | <input type="checkbox"/> ดิบ | <input type="checkbox"/> ดิบ ๆ สุก ๆ |
| | <input type="checkbox"/> สุก | <input type="checkbox"/> ดิบ | <input type="checkbox"/> ดิบ ๆ สุก ๆ |
| | <input type="checkbox"/> สุก | <input type="checkbox"/> ดิบ | <input type="checkbox"/> ดิบ ๆ สุก ๆ |
| | <input type="checkbox"/> สุก | <input type="checkbox"/> ดิบ | <input type="checkbox"/> ดิบ ๆ สุก ๆ |

• เกี่ยวกับการสัมผัส สัตว์เศรษฐกิจ และสัตว์อื่นๆ ภายใน 30 วันก่อนป่วย

- | | | | |
|------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| เลี้ยงสุกร | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ทำงานโรงฆ่าสัตว์ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ขายเนื้อสุกร | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ฆ่าสุกร | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ขนส่งสุกรมีชีวิต | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |

• ได้สัมผัสกับสัตว์

- | | | |
|---------|------------------------------|---------------------------------|
| หมู | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| ม้า | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| ค่างคาว | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |
| นกฟิราบ | <input type="checkbox"/> เคย | <input type="checkbox"/> ไม่เคย |

อื่นๆ ระบุ

5.3 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

- สภาพบ้าน มีมุ้งลวดรอบบ้านหรือไม่ มี ไม่มี
นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่ มี ไม่มี
- บริเวณรอบบ้าน มีทุ่งนาหรือไม่ มี ไม่มี
มีคอกสัตว์หรือไม่ มี ระบุชนิดสัตว์ ไม่มี
- ในหมู่บ้าน มีฟาร์ม/คอกสัตว์หรือไม่ มี ระบุชนิดสัตว์ ไม่มี
มีค่างคาวกินผลไม้ชุกชุมหรือไม่ มี ระบุบริเวณ ไม่มี
มีนกฟิราบ/นกเขาชุกชุมหรือไม่ มี ระบุบริเวณ ไม่มี
- เคยเดินทางไปที่ไหน (ภายใน 30 วันก่อนป่วย) หรือไม่
- ระบุ ตำบล อำเภอ จังหวัด
สภาพพื้นที่ ทุ่งนา คอกสัตว์ อื่นๆ (ระบุ)
- ระบุ ตำบล อำเภอ จังหวัด
สภาพพื้นที่ ทุ่งนา คอกสัตว์ อื่นๆ (ระบุ)

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

6.1 ผู้ป่วยรายอื่น ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย

- มีสมาชิกในบ้านที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ ไม่มี

ชื่อ อายุ เพศ

วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ

วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ

วันเริ่มป่วย รักษาที่

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่บ้านติดกันและละแวกบ้านเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ ไม่มี

ชื่อ อายุ เพศ

วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ

วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ

วันเริ่มป่วย รักษาที่

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่โรงเรียน/ที่ทำงาน เดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

มี ระบุ ไม่มี

ชื่อ อายุ เพศ

วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ

วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ

วันเริ่มป่วย รักษาที่

6.2 ผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

ชื่อ อายุ เพศ

ชื่อ อายุ เพศ

ชื่อ อายุ เพศ

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวนโรค ตำแหน่ง

ที่ทำงาน โทรศัพท์ วันที่สอบสวน

แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคไข้เหลือง

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ สกุล เพศ ชาย หญิง
 อายุ ปี เดือน ที่อยู่

อาชีพ สถานที่ทำงาน / สถานศึกษา

2. การเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย วันรับรักษา สถานที่รักษา

วัน สถานที่ทำการรักษา และการวินิจฉัย (กรณีไปรับการรักษาหลายครั้ง)

อาการและอาการแสดง

ไข้	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ซีฟวรเด่นชัด	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตาเหลือง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตัวเหลือง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาการเลือดออก ระบุ							
อื่นๆ							

ผลการรักษา ตาย วันที่ ยังรักษาอยู่ ส่งต่อไปรักษาที่

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

CBC	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
	วันที่ เวลา	วันที่ เวลา	วันที่ เวลา	วันที่ เวลา	วันที่ เวลา
Hematocrit %					
WBC ต่อ ลบ.มม.					
Lymphocyte%					
Atypical Lymphocyte %					
Platelet ต่อ ลบ.มม.					

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเฉพาะ

- ตัวอย่างเลือด หรือ ซีรัม ครั้งที่ 1 วันที่เก็บ วันที่ส่ง ผล
- ตัวอย่างเลือด หรือ ซีรัม ครั้งที่ 2 วันที่เก็บ วันที่ส่ง ผล
- การส่งเลือดตรวจ PCR วันที่เก็บ วันที่ส่ง ผล

ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันไข้เหลือง

ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ วันที่ได้รับ

3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

สถานที่

Index	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
HI						
CI						
BI						

สถานที่

Index	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
HI						
CI						
BI						

สถานที่

Index	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
HI						
CI						
BI						

4. แหล่งแพร่โรค

ในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย ผู้ป่วยเดินทางไปไหนบ้าง ระบุสถานที่ ระยะเวลาที่พักอยู่

1.1

1.2

1.3

ผู้สอบสวน หน่วยงาน โทร.

แบบสอบถามผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัสลาสซา (Lassa virus)

วันที่/...../.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ เลขที่ผู้ป่วย

อายุ วันเดือนปีเกิด เพศ อาชีพ

ที่อยู่

ชื่อเจ้าของบ้าน ชื่อบิดา/มารดา (กรณีผู้ป่วยเด็ก)

เบอร์โทร หรือวิธีการติดต่ออย่างอื่น เช่น อีเมล

โรงพยาบาล ที่อยู่

วันรับรักษา วันจำหน่าย

ทราบว่ามีผู้ป่วยรายนี้จากแหล่งใด

- ข่าวลือ การเสียชีวิต ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. การเจ็บป่วย

ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก มีชีวิต เสียชีวิต วันที่เสียชีวิต

มีไข้สูงอุณหภูมิแรกรับ °C อุณหภูมิสูงสุด °C ไม่มีไข้ ไม่ทราบ

นิยามผู้ป่วย: ผู้ป่วยสงสัย ผู้ป่วยเข้าข่าย ไม่เป็นผู้ป่วย

มีผู้ป่วยรายอื่นที่อาศัยอยู่ในละแวกใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ () มี () ไม่มี

พบผู้ป่วยรายใหม่ชื่อ นามสกุล

วันเริ่มป่วย อาการของผู้ป่วย

ระบุอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย

กลุ่ม	ไข้	อาการและอาการแสดง	วันที่ป่วย														ข้อสังเกตอื่นๆ	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
		ไข้/ไข้สูงเฉียบพลัน																
		ปวดศีรษะ																
		ไอ																
		อาเจียน																
		เจ็บหน้าอกหรือท้อง																
		ตาอักเสบ																
		คออักเสบเป็นหนอง																
		หน้าบวม คอบวม																
		หูหนวกจากพยาธิสภาพ																
		ที่เส้นประสาทสมองคู่ที่ 8																
		มีอาการเลือดออกตามผิวหนัง																
		อื่นๆ ระบุ																

3. ประวัติสัมผัสภายใน 21 วันก่อนมีอาการป่วย

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรคไข้วลาสา (Lassa) เนื่องจากเป็นสมาชิกในบ้าน

ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ชื่อผู้และผู้ป่วยสัมผัส
.....

ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
.....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย
.....

ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส
.....

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรคไข้วลาสา (Lassa) เนื่องจากเป็นบุคลากรทางการแพทย์

ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ชื่อผู้และผู้ป่วยสัมผัส
.....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย
.....

และระยะเวลาของการสัมผัส
.....

สถานพยาบาลที่สัมผัส จังหวัด อำเภอ

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรคไข้วลาสา (Lassa) เนื่องจากเป็นผู้ร่วมเดินทาง

ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ชื่อผู้และผู้ป่วยสัมผัส
.....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย
.....

และระยะเวลาของการสัมผัส
.....

เส้นทางที่เดินทาง วันที่เดินทาง

สัมผัสกับอุจจาระสัตว์ป่วยหรือตาย (โดยเฉพาะหนู)

ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

วันที่สัมผัส
.....

ระยะเวลาของการสัมผัส
.....

มีประวัติเดินทางไปพื้นที่ที่มีการรายงานโรค (เช่น แอฟริกาตะวันตก ได้แก่ ประเทศไลบีเรีย, เซียร์ราลีโอน และกินี)

ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ชื่อแพทย์ผู้รักษา/ชื่อโรงพยาบาล วันที่

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตัวอย่างที่ 1 ชนิดตัวอย่าง วิธีการตรวจ สถานที่ส่งตรวจ

วันที่ ผล

ตัวอย่างที่ 2 ชนิดตัวอย่าง วิธีการตรวจ สถานที่ส่งตรวจ

วันที่ ผล

5. ข้อคิดเห็น

.....
.....

ผู้รายงาน หน่วยงาน โทร.

แบบสอบถามผู้ป่วยสงสัยโรคซาร์ส/โรคเมอร์ส

ส่วนที่ 1

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล เพศ ชาย หญิง อายุ ปี

สัญชาติ เชื้อชาติ อาชีพ ... (ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น นักเรียน, นักบวช, ทหาร, นักโทษ เป็นต้น และหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าลักษณะการทำงานที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยอย่างไร)

สถานที่ทำงาน (ระบุชื่อ) ตำบล อำเภอ

จังหวัด โทรศัพท์ที่ทำงาน

ที่อยู่ขณะป่วย เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย ...

ถนน ... ตำบล ... อำเภอ ...

จังหวัด โทรศัพท์ บ้าน มือถือ ...

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ ระบุความสัมพันธ์ อื่นๆ ระบุ ...

2. ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

2.1 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสสัตว์ปีก (ฟาร์ม/เลี้ยง/ในธรรมชาติ) เช่น จับ ขำแหละ ผังกลบ หรือรับประทาน สุกๆ ดิบๆ เป็นต้น

ไม่มี มี ระบุลักษณะการสัมผัส ...

2.2 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสุกร หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ ที่ป่วย/ตาย ผิดปกติ หรือไม่ทราบสาเหตุ

ไม่มี มี ระบุ (วัน/เดือน/ปี ที่สัมผัส) ชนิดสัตว์ ...

2.3 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านพักอาศัยในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกป่วยตายมาก ผิดปกติหรือพบเชื้อในสัตว์ปีก หรือสิ่งแวดล้อม

ไม่มี มี

2.4 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้สัมผัสอูฐหรือคัมมอูฐ

ไม่มี มี ระบุลักษณะการสัมผัส ...

2.5 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านอาศัยอยู่ หรือมีการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด

ไม่มี มี ถ้ามีระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

ชื่อประเทศ เมือง/จังหวัด อำเภอ ...

วันที่ไป วันที่กลับ ...

เหตุผลของการเดินทางไปประเทศดังกล่าว ...

มีประวัติเข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลขณะอยู่ที่ประเทศดังกล่าวหรือไม่

ไม่มี มี ระบุวันที่เข้าโรงพยาบาล ชื่อโรงพยาบาล ...

- 2.6 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านให้การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก/ปอดอักเสบ หรือไม่
- ไม่มี มี ระบุความสัมพันธ์ ชื่อ (หากสามารถระบุได้) ...
- 2.7 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ไม่ใช่ ใช่
- 2.8 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ไม่ใช่ ใช่ ระบุ ...
- 2.9 ผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน
- ไม่ใช่ ใช่ ระบุรายละเอียดของผู้ป่วยปอดอักเสบรายอื่น
- ชื่อ-สกุล วันเริ่มป่วย ...
- อาการ ...
- การวินิจฉัย โรงพยาบาลที่วินิจฉัย ...
- ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ ...

3. ข้อมูลการเจ็บป่วย

- 3.1 วันเริ่มป่วยวันที่ เดือน พ.ศ. ...
- 3.2 สถานที่รักษา (ครั้งแรก) วันที่ ...
- เป็น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน สถานที่ Admit วันที่ ...
- 3.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือโรคประจำตัว ไม่มี มี (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)
- โรคปอดเรื้อรัง เช่น COPD, chronic bronchitis, chronic bronchiectasis, BPD หรือหอบ (asthma) ที่กำลังรักษา
- โรคหัวใจ เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด, โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ congestive heart failure
- โรคตับเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง (cirrhosis) โรคไต, ไตวาย
- เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โลหิตจาง (ธาลัสซีเมีย, sickle cell anemia)
- พิกัดทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ตังครรรค์ อายุครรรค์ สัปดาห์
- อ้วน ส่วนสูง เซนติเมตร น้ำหนัก กิโลกรัม (BMI =)
- มะเร็งที่กำลังรักษา ระบุประเภท อื่นๆ ...
- ประวัติการสูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบ ถ้าสูบ ยังสูบ ปริมาณ/วัน/สัปดาห์
- หยุดสูบ เล็กมานาน ...
- ประวัติการดื่มสุรา ไม่ดื่ม ดื่ม ถ้าดื่ม ยังดื่ม ปริมาณต่อ วัน/สัปดาห์
- หยุดดื่ม เล็กมานาน.
- 3.4 ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ ...
- 3.5 อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล
-
-

3.6 อาการผู้ป่วยตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน

อาการและ อาการแสดง	วันเริ่มป่วย		วันที่หลังวันเริ่มป่วย											
	0		1		2		3		4		5		6	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไข้ (ระบุ Temp °c)														
ไอ														
เจ็บคอ														
มีน้ำมูก														
มีเสมหะ														
หายใจลำบาก														
หอบเหนื่อย														
ปวดกล้ามเนื้อ														
ปวดศีรษะ														
ถ่ายเหลว														

อาการอื่นๆ ระบุ (ถ้ามี) ...

เครื่องช่วยหายใจ

ไม่ใช่

ใช้ ระบุวันที่ได้ ...

การรักษา ได้รับยาต้านไวรัส

ไม่ได้รับ

ได้รับ ระบุชื่อยา ...

ขนาดที่ได้รับ วันที่เริ่มให้ยา วันที่หยุดยา ...

4. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.1 CBC ครั้งที่ 1 : วันที่ ผล Hb% Hct % WBCcell/ml

Neutrophil% Lymphocyte% Atypical lymphocyte% Monocyte%

Eosinophil% Platelet countcell/ml

ครั้งที่ 2 : วันที่ผล Hb% Hct% WBCcell/ml

Neutrophil% Lymphocyte% Atypical lymphocyte% Monocyte%

Eosinophil% Platelet countcell/ml

4.2 Sputum gram stain : วันที่ ผล ...

4.3 Sputum AFB ครั้งที่ 1: วันที่ ผล ...

ครั้งที่ 2: วันที่ ผล ...

ครั้งที่ 3: วันที่ ผล ...

4.4 Sputum culture : วันที่ ผล ...

4.5 Hemo-culture : วันที่ ผล ...

ส่วนที่ 2 การติดตามลักษณะอากาศผู้ป่วยหลังการสอบสวน

อาการและ อาการแสดง	วันที่ตั้งนอนโรงพยาบาล													
	วันแรกรับ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไข้ (ระบุ Temp °c)														
ไอ														
เจ็บคอ														
มีน้ำมูก														
มีเสมหะ														
หายใจลำบาก														
หอบเหนื่อย														
ปวดกล้ามเนื้อ														
ปวดศีรษะ														
ถ่ายเหลว														
อุณหภูมิร่างกายสูงสุด														
อุณหภูมิร่างกายต่ำสุด														
ชีพจรสูงสุด														
Oxygen sat														

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่าผิดปกติ		
สิ่งที่ตรวจ	วันที่เก็บ	ผลการตรวจ
CBC		
CXR		
Sputum gram stain		
Sputum culture		
Hemoculture		
อื่นๆ		

การตรวจหาเชื้อปอดอักเสบ	วันที่เก็บ	ผลการตรวจ
Influenza A		
Influenza B		
Adeno virus		
Respiratory syncytial virus		
Corona virus ครั้งที่ 1		
Corona virus ครั้งที่ 2		
Chlamydia		
Mycoplasma		
Legionella		
อื่นๆ		

อาชีพก่อนป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 อาชีพ) ระบุ

อาชีพระหว่างป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 อาชีพ) ระบุ

ข้อมูลการป่วยและการรักษาครั้งนี้

น้ำหนักเมื่อเริ่มรักษา กก. ส่วนสูง ซม.

เริ่มมีอาการ: วันที่/เดือน..... เริ่มมีอาการไอ: วันที่/เดือน

วันที่วินิจฉัย: วันที่ วันที่เริ่มรักษา: วันที่

อวัยวะที่ป่วย () 1. Pulmonary () 2. Extra-pulmonary ระบุตำแหน่ง

ชนิดของผู้ป่วยวัณโรค () 1. Bacteriologically confirmed () 2. Clinical diagnosis

ประเภทของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค

- () 1. New () 2. Relapse () 3. Treatment after failure
- () 4. Treatment after loss to follow-up () 5. Transfer-in () 6. Other

ประเภทของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาด้วยยาแนวที่สอง

- () 1. RR/MDR-TB: New () 2. RR/MDR-TB : Relapse
- () 3. RR/MDR-TB : Treatment After loss to follow-up
- () 4. RR/MDR-TB : Treatment After failure of first treatment with FLDs
- () 5. RR/MDR-TB : Treatment After failure of retreatment regimen with FLDs
- () 6. MDR-TB : Transfer in () 7. RR/MDR-TB : Other

ผลการตรวจเสมหะ AFB stain ก่อนเริ่มรักษาวันที่/...../.....

- () 1. Neg () 2. scanty () 3. + () 4. ++ () 5. +++

ผลการตรวจทางอนุชีววิทยา

- () 1. MTB not detected () 2. MTB detected
- () 1. RR not detected () 2. RR detected
- () 1. INH Resist not detected () 2. INH Resist detected

ผลการเพาะเลี้ยงเชื้อก่อนเริ่มรักษา วันที่/...../.....

- () 1. No Growth () 2. Growth () 3. Contaminated () 4. pending

ผลการทดสอบความไวต่อยารักษาวัณโรค (DST results) ก่อนเริ่มรักษา วันที่/...../.....

วันที่		S	H	H	R	E	Z	Km	Ofx	Cs	Eto	PAS	Cm	Lfx	Mfx			
ส่งตรวจ	ได้รับผล		0.2	1.0														

S = Susceptible R = Resistant C = Contaminated

โรคร่วม

การรักษา สูตรยา () 1. 2HRZE/4HR () 2. 2SHRZE/1HRZE/5HRE
 () 3. MDR regimen () 4. XDR regimen () 5. อื่นๆ ระบุ

ขนาดยา mg/d..... mg/d..... mg/d..... mg/d
 mg/d..... mg/d..... mg/d..... mg/d

ผลการรักษาครั้งนี้

() 1.Cure () 2. Completed Rx () 3. Failure () 4. Death
 () 5. Loss to follow-up () 6. Transfer out to () 7. On Rx

ประวัติการรักษาวัณโรคในอดีต

() 1. ไม่เคยรักษา () 2. เคยรักษา () 3. ไม่ทราบ

ครั้งที่ 1 : วันที่เริ่มรักษา โรงพยาบาลที่รักษา

อวัยวะที่เป็น () 1. Pulmonary () 2. Extra-pulmonary

ผลเสมหะ AFB () 1. Neg () 2. scanty () 3. +
 () 4. ++ () 5. +++

สูตรยา () 1. 2HRZE/4HR () 2. 2SHRZE/1HRZE/5HRE
 () 3. MDR regimen () 4. XDR regimen
 () 5. อื่นๆ ระบุ

ผลการรักษา

() 1.Cure () 2. Completed Rx () 3. Failure
 () 4. Death () 5. Loss to follow-up () 6. Transfer out to

ครั้งที่ 2 : วันที่เริ่มรักษา โรงพยาบาลที่รักษา

อวัยวะที่เป็น () 1. Pulmonary () 2. Extra-pulmonary

ผลเสมหะ AFB () 1. Neg () 2. scanty () 3. +
 () 4. ++ () 5. +++

สูตรยา () 1. 2HRZE/4HR () 2. 2SHRZE/1HRZE/5HRE
 () 3. MDR regimen () 4. XDR regimen
 () 5. อื่นๆ ระบุ

ผลการรักษา

() 1.Cure () 2. Completed Rx () 3. Failure
 () 4. Death () 5. Loss to follow-up
 () 6. Transfer out to

ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

() ไม่เคยสัมผัส () เคยสัมผัสระบุ

(ใช้แบบฟอร์ม 3 สัมภาษณ์ต่อ)

ความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรม ความพึงพอใจ ผลกระทบ

- ความรู้ความเข้าใจในเรื่องวัณโรค () รู้และเข้าใจดี () ไม่รู้/ไม่เข้าใจ
- ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการรักษา () รู้และเข้าใจดี () ไม่รู้/ไม่เข้าใจ
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (พักผ่อน บุหรี่ เหล้า ยาเสพติด) () ปรับเปลี่ยนดีขึ้น () เหมือนเดิม
- การใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง () ใช้ประจำ () ใช้บ้าง () ไม่ใช่
- ความสม่ำเสมอในการกินยา/ฉีดยา () สม่ำเสมอตรงเวลา () ลืมบ้างแต่ไม่เคยขาดยา
() ลืม/ขาดยาบ่อย
- สถานที่กินยา/ฉีดยา (ตอบได้ >1 ข้อ) () รพ. () รพ.สต./ศปส. () บ้าน
() อื่นๆ ระบุ
- การกำกับกับการกินยา (DOT) () ได้รับทุกมือ () ได้รับบางมือ () ไม่ได้รับ
- ผู้กำกับกับการกินยา (ตอบได้ >1 ข้อ) () จนท.รพ. () จนท.รพ.สต./ศปส. () อสม.
() สมาชิกครอบครัว คือ
- () อื่นๆ ระบุ
- ความยอมรับผู้กำกับกับการกินยา () ยอมรับ () ไม่ยอมรับ
- ความพึงพอใจการกำกับกับการกินยา () พึงพอใจ () ไม่พึงพอใจ
- การเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ () ได้รับการเยี่ยมบ้าน ครั้ง
() ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน
- ความพึงพอใจการเยี่ยมบ้าน () พึงพอใจ () ไม่พึงพอใจ
- ความพึงพอใจบริการของรพ. () พึงพอใจ () ไม่พึงพอใจ
- ผลกระทบต่างๆ (ตอบได้ >1 ข้อ) () สูญเสีย/ขาดรายได้ () ถูกไล่ออกจากงาน/พักงาน
() ถูกให้ออกการเรียน/ห้ามสอบ
() วิตกกังวล เศร้า ร้องไห้
() ไม่ต้องการให้ รู้ว่าป่วยเป็นวัณโรค

แบบสอบถาม

โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

แบบสอบถามโรคใช้กาฬหลังแอ่น

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ป่วยวินิจฉัย ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ไม่สมัครอยู่ ย้ายไปโรงพยาบาล
อื่นระบุ

2. อาการและอาการแสดง

การตรวจร่างกายแกรับอุณหภูมิกาย °C ชีพจร ครั้ง/นาที หายใจ ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต มม./ปรอท

การรู้สึกตัว

ผิวหนัง

หู คอ จมูก

ปอด หัวใจ

ท้อง ตับ คล้ำได้ ขนาด คล้ำไม่ได้

ม้าม คล้ำได้ ขนาด คล้ำไม่ได้

คอแข็ง (stiff neck) มี ไม่มี

อื่นๆ

ไข้	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หนาวสั่น	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาเจียน	<input type="checkbox"/> ลักษณะอาเจียน ฟุ้ง	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่น (skin rash)	<input type="checkbox"/> มี ระบุลักษณะ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กระสับกระส่าย	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เพ้อ (delirium)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เขียว (cyanosis)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
จ้ำเลือด (purpura)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ซีด	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 CBC (วันที่) WBC = , N = % , L = % , Eo = %
 Mo = % Ba = % plt = RBC =
- 3.2 hemoculture (วันที่) ผล
- 3.3 ปัสสาวะ (วันที่) ผล
- 3.4 CSF Gram stain (วันที่) ผล
- 3.5 CSF culture (วันที่) ผล
- ผล serogroup
- 3.6 drug sensitivity ผล
- 3.7 อื่นๆ

4. การรักษา

- ซื้อยารับประทานเอง เมื่อวันที่ ได้แก่ยาอะไรบ้าง
- ไปคลินิก เมื่อวันที่ ได้แก่ยาอะไรบ้าง
- ไปโรงพยาบาล เมื่อวันที่ ได้แก่ยาอะไรบ้าง

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ประวัติการสัมผัสโรค (10 วันก่อนป่วย)

- การไปเที่ยวสถานเริงรมย์ เคย ที่ ไม่เคย
- การไปทำพิธีฮัจน์ (ตนเอง/บุคคลในครอบครัว) เคย ที่ ไม่เคย
- เคยเดินทางไปที่ไหน (10 วันก่อนป่วย) หรือไม่
- ระบุดำบล อำเภอ จังหวัด
- สภาพพื้นที่ ชุมชนแออัด ทุ่งนา อื่น ๆ ระบุดำบล
- มีผู้มาเยี่ยมหรือไม่ มี ระบุดำบล ไม่มี
- มีการสัมผัสใกล้ชิดกับชาวต่างชาติ ชาติ ไม่มี

5.2 บุคคลที่ผู้ป่วยไปสัมผัสก่อนป่วย

ผู้สัมผัสในบ้าน

อันดับ	ชื่อ	อายุ (ปี)	เพศ	กิจกรรมที่ทำ	วันที่	อาการป่วย	หมายเหตุ
1							
2							
3							
4							
5							

ผู้สัมผัสที่

อันดับ	ชื่อ	อายุ (ปี)	เพศ	กิจกรรมที่ทำ	วันที่	อาการป่วย	หมายเหตุ
1							
2							
3							
4							
5							

5.3 แหล่งโรค/สภาพแวดล้อม

สภาพบ้าน/โรงเรียน/เรือนจำ

1 ไปรุ่ง

2 แออัด

สภาพการถ่ายเทอากาศ

1 ถ่ายเท

2 ไม่ถ่ายเท

สภาพที่ทำงาน

1 ไปรุ่ง

2 แออัด

สภาพการถ่ายเทอากาศ

1 ถ่ายเท

2 ไม่ถ่ายเท

อื่น ระบุ

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น/ผู้สัมผัส

อันดับ	ชื่อ	อายุ (ปี)	เพศ	ทำกิจกรรมเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร	ทำ THROAT/ NASOPHARYNGEAL SWAB CULTURE	ผล	หมายเหตุ
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							

ชื่อผู้สอบสวน

ตำแหน่ง

ที่ทำงาน

วันที่สอบสวน

โทรศัพท์

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคไข้ดำแดง

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ป่วยวินิจฉัย ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ไม่สมัครอยู่

ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ

2. อาการและอาการแสดง

ไข้	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไอ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีผื่น	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปื้นขาวที่ลิ้น/ลิ้นมีลักษณะบวมแดง (strawberry tongue)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ต่อมน้ำเหลืองที่คอบวมโต	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

จำนวนเม็ดเลือดขาว มี ระบุผล วันที่ส่งตรวจ ไม่มี

เกล็ดเลือด มี ระบุผล วันที่ส่งตรวจ ไม่มี

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

การตรวจหาเชื้อจากบริเวณคอหอยและทอนซิล (Rapid strep test)

- มี ระบุผล วันที่ส่งตรวจ ไม่มี
PCR มี ระบุผล วันที่ส่งตรวจ ไม่มี
อื่น ๆ ระบุ

4. การรักษา

- ไปรับการรักษาที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- การวินิจฉัย
- การรักษา

5. ประวัติการสัมผัสโรค (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

5.1 ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย เคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไข้ดำแดงหรือไม่

- เคย ไม่เคย

1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย
2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย

5.2 ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไข้ดำแดงที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

- เคย ไม่เคย

1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย
2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย

5.3 ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคไข้ดำแดงที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

- เคย ไม่เคย

1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย
2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

6.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้ดำแดงในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

- มี ระบุ ไม่มี

1. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย
2. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย

6.2 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครู ป่วยเป็นโรคไข้ดำแดงในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

มี ระบุ ไม่มี

1. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

2. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

6.3 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้ดำแดงในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย

ของผู้ป่วยรายนี้

มี ระบุ ไม่มี

1. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

2. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

ชื่อผู้สอบสวน

ตำแหน่ง

ที่ทำงาน วันที่สอบสวน โทรศัพท์

แบบสอบสวนเฉพาะรายไข้เด็ก/ไข้เลือดออกเด็ก/ไข้เลือดออกช็อกเด็ก

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ สกุล เพศ () ชาย () หญิง อายุ ปี เดือน
 HN AN ที่อยู่ขณะป่วย โทร.
 อาชีพ สถานที่ทำงาน / สถานศึกษา

2. การเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย

การไปรับการรักษา (ระบุในตาราง)

ครั้งที่	วันรับรักษา	สถานที่รักษา	ผู้ป่วยนอก/ ใน	การวินิจฉัย
1				
2				
3				

3. อาการและอาการแสดง

ไข้	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ปวดกล้ามเนื้อ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ปวดข้อหรือกระดูก	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ผื่นแดง	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
เลือดออก	() มี ระบุ () ไม่มี () ไม่ทราบ	ตับโต	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
Tourniquet	() บวก () ลบ () ไม่ทราบ	ซีจอก BP	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ			

4. ผลการรักษา () หาย () ยังรักษาอยู่ () ส่งต่อไปรักษาที่ () เสียชีวิต วันที่

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

CBC	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา	เวลา
Hematocrit %					
WBC ต่อ ลบ.มม.					
Lymphocyte %					
Atypical Lymphocyte %					
Platelet ต่อ ลบ.มม.					

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเฉพาะ

- () ตัวอย่างเลือด หรือ ซีรัม ครั้งที่ 1 วันที่เก็บ วันที่ส่ง ผล
- () ตัวอย่างเลือด หรือ ซีรัม ครั้งที่ 2 วันที่เก็บ วันที่ส่ง ผล
- () การส่งเลือดตรวจ PCR วันที่เก็บ วันที่ส่ง ผล

5. **ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค** (ต้องสำรวจทั้งที่บ้านและสถานที่ที่เดินทางไปพักในช่วง 14 วันก่อนป่วย)
 สถานที่

Index	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
HI						
CI						
BI						

สถานที่

Index	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
HI						
CI						
BI						

6. **แหล่งแพร่โรค**

ในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย ผู้ป่วยเดินทางไปไหนบ้าง ระบุสถานที่ ระยะเวลาที่พำนักอยู่

- 1.4
- 1.5
- 1.6

ผู้สอบสวน หน่วยงาน โทร. วันที่สอบสวน

แบบสอบถามผู้ป่วยใช้ปวดข้อขลุยลย

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ (1) ชาย (2) หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ททำ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

(1) เขตเทศบาลนคร (2) เขตเทศบาลเมือง (3) เขตเทศบาลตำบล (4) เขตอบต.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

(1) เขตเทศบาลนคร (2) เขตเทศบาลเมือง (3) เขตเทศบาลตำบล (4) เขตอบต.

2. อาการและอาการแสดง

ไข้สูง	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้อ	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
ปวดกระดูกหรือข้อต่อ	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
บวมตามข้อ	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
ผื่นแดง	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกตามผิวหนัง	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

- จำนวนเม็ดเลือดขาว

(1) มี ระบุผล วันที่ส่งตรวจ (2) ไม่มี

- เกล็ดเลือด

(1) มี ระบุผล วันที่ส่งตรวจ (2) ไม่มี

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

- PCR (1) มี ระบุผล วันที่ส่งตรวจ (2) ไม่มี
- การแยกเชื้อ (1) มี ระบุผล วันที่ส่งตรวจ (2) ไม่มี
- HI ตรวจน้ำเหลืองคู่ (1) มี ระบุผล วันที่ส่งตรวจ (2) ไม่มี
- ตรวจน้ำเหลืองเดียว (1) มี ระบุผล วันที่ส่งตรวจ (2) ไม่มี
- EIA (1) มี ระบุผล วันที่ส่งตรวจ (2) ไม่มี
- อื่นๆ ระบุ

4. การรักษา

- ไปรับการรักษาที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- การวินิจฉัย
- การรักษา

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

• แหล่งเพาะพันธุ์ุงลาย

- ในบ้านผู้ป่วย CI = %
จำนวนภาชนะในบ้านที่สำรวจ ภาชนะพบลูกน้ำุงลาย ภาชนะ
จำนวนภาชนะนอกบ้านที่สำรวจ ภาชนะพบลูกน้ำุงลาย ภาชนะ
- รอบบ้านผู้ป่วยในรัศมี 100 เมตร CI = % HI = % BI = %
จำนวนภาชนะในบ้านที่สำรวจ ภาชนะพบลูกน้ำุงลาย ภาชนะ
จำนวนภาชนะนอกบ้านที่สำรวจ ภาชนะพบลูกน้ำุงลาย ภาชนะ
จำนวนบ้านที่สำรวจ หลังคาเรือนพบลูกน้ำุงลาย หลังคาเรือน
- ในโรงเรียนที่ผู้ป่วยเรียน CI = %
จำนวนภาชนะภายในอาคาร ภาชนะพบลูกน้ำุงลาย ภาชนะ
จำนวนภาชนะภายนอกอาคาร ภาชนะพบลูกน้ำุงลาย ภาชนะ
- ในวัด / ศูนย์เด็กเล็ก CI = %
จำนวนภาชนะทั้งหมดที่สำรวจ ภาชนะพบลูกน้ำุงลาย ภาชนะ
- แหล่งเพาะพันธุ์ุงลายอื่น ๆ นอกจากภาชนะที่มนุษย์ทำขึ้นเช่นน้ำขังบนกาบใบพืช CI = %
จำนวนแหล่งเพาะพันธุ์ทั้งหมดที่สำรวจ แหล่งพบลูกน้ำุงลาย แหล่ง

6. แหล่งรังโรค

6.1 ในช่วง 12 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปที่ไหนบ้าง

(1) เคย (2) ไม่เคย

1. ระบุ วันที่
2. ระบุ วันที่

- 6.2 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคช็อคกุนยาในช่วง 12 วันก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
 (1) มี ระบุ (2) ไม่มี
 1. ชื่อ อายุ ปี วันเริ่มป่วย
 2. ชื่อ อายุ ปี วันเริ่มป่วย
- 6.3 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครูป่วยเป็นโรคช็อคกุนยาในช่วง 12 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
 (1) มี ระบุ (2) ไม่มี
 1. ชื่อ อายุ ปี วันเริ่มป่วย
 2. ชื่อ อายุ ปี วันเริ่มป่วย
- 6.4 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคช็อคกุนยาในช่วง 12 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย
 ของผู้ป่วยรายนี้
 (1) มี ระบุ (2) ไม่มี
 1. ชื่อ อายุ ปี วันเริ่มป่วย
 2. ชื่อ อายุ ปี วันเริ่มป่วย

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

- 7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคช็อคกุนยาในช่วง 12 วันหลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
 (1) มี ระบุ (2) ไม่มี
 1. ชื่อ อายุ ปี วันเริ่มป่วย
 2. ชื่อ อายุ ปี วันเริ่มป่วย
- 7.2 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครูป่วยเป็นโรคช็อคกุนยาในช่วง 12 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
 (1) มี ระบุ (2) ไม่มี
 1. ชื่อ อายุ ปี วันเริ่มป่วย
 2. ชื่อ อายุ ปี วันเริ่มป่วย
- 7.3 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคช็อคกุนยาในช่วง 12 วัน หลังวันเริ่มป่วย
 ของผู้ป่วยรายนี้
 (1) มี ระบุ (2) ไม่มี
 1. ชื่อ อายุ ปี วันเริ่มป่วย
 2. ชื่อ อายุ ปี วันเริ่มป่วย

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

ที่ทำงาน วันที่สอบสวน โทรศัพท์

แบบสอบถามไข้มาลาเรีย

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ป่วยวินิจฉัย ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ไม่สมัครอยู่

ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ

ในอดีตเคยเจ็บป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียบ้างหรือไม่

2. อาการและอาการแสดง

ไข้	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
تبโต/ม้ามโต	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หนาวสั่น	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตาเหลือง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ซีด	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปัสสาวะสีดํา	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจ Thick film

1 มี ระบุผล วันที่ส่งตรวจ 2 ไม่มี

3.2 การตรวจ Thin film

1 มี ระบุผล วันที่ส่งตรวจ 2 ไม่มี

3.3 อื่นๆ ระบุ

4. การรักษา

4.1 การใช้ยารักษาขั้นต้น

Fansidar 1 ใช้ วันที่ให้การรักษา 2 ไม่ใช่

Primaquine 1 ใช้ วันที่ให้การรักษา 2 ไม่ใช่

4.2 การใช้ยารักษาขั้นหายขาด

Mefloquine 1 ใช้ วันที่ให้การรักษา 2 ไม่ใช่

Primaquine 1 ใช้ วันที่ให้การรักษา 2 ไม่ใช่

Quinine 1 ใช้ วันที่ให้การรักษา 2 ไม่ใช่

Tetracyclin 1 ใช้ วันที่ให้การรักษา 2 ไม่ใช่

Artemether 1 ใช้ วันที่ให้การรักษา 2 ไม่ใช่

Artesunate 1 ใช้ วันที่ให้การรักษา 2 ไม่ใช่

Chloroquine 1 ใช้ วันที่ให้การรักษา 2 ไม่ใช่

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

1 หางของป่า/ล่าสัตว์ 2 ทำป่าไม้
ทำมาเป็นระยะเวลา ทำมาเป็นระยะเวลา
ระบุสถานที่ที่ทำ ระบุสถานที่ที่ทำ

3 นักสำรวจป่า/ธรรมชาติ 3 ทหาร/ตำรวจตระเวนชายแดน
ทำมาเป็นระยะเวลา ทำมาเป็นระยะเวลา
ระบุสถานที่ที่ทำ ระบุสถานที่ที่ทำ

3 อื่นๆ (ระบุ)

5.2 งานอดิเรก

1 หางของป่า/ล่าสัตว์ 2 ท่องเที่ยว
ระบุสถานที่ที่ทำ ระบุสถานที่ที่ทำ

6. แหล่งรังโรค

- 6.1 ในช่วง 60 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง เคย ระบุ ไม่เคย
1. ระบุ วันที่
 2. ระบุ วันที่
- 6.2 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
- มี ระบุ ไม่มี
1. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย
 2. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย
- 6.3 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
- มี ระบุ ไม่มี
1. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย
 2. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย
- 6.4 มีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจากหมู่บ้านอื่นมาพักอาศัยร่วมบ้านหรือบ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ในช่วง 60 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
- มี ระบุ ไม่มี
1. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย
 2. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

- 7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
- มี ระบุ ไม่มี
1. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย
 2. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย
- 7.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
- มี ระบุ ไม่มี
1. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย
 2. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

ชื่อผู้สอบสวน

ตำแหน่ง ที่ทำงาน

วันที่สอบสวน โทรศัพท์

แบบสอบสวนกลุ่มอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ/ไขสันหลังอักเสบ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ป่วยวินิจฉัย ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ไม่สมัครอยู่

ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ

2. อาการและอาการแสดง

ประวัติการได้รับวัคซีนได้ข้อมูลจาก

JE ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไม่ได้รับ

ไม่ทราบ

DTP ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไม่ได้รับ

ไม่ทราบ

BCG ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไม่ได้รับ

ไม่ทราบ

อื่นๆ ระบุ ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไข้	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะรุนแรง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ชักแข็งเกร็ง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คอแข็ง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หลังแข็ง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ความรู้สึกลึกลับสน (confusion)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไม่รู้สึกรู้ตัว	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 เจาะเลือด (C.B.C.) วันที่

ผลจำนวนเม็ดเลือดขาว ต่อ ลบ.มม.

Neutrophil % (ค่าปกติ 55 - 75%) Lymphocyte % (ค่าปกติ 20 - 35%)

Eosinophil..... % (ค่าปกติ 1 - 3%) Monocyte % (ค่าปกติ 2 - 6%)

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากโลหิต 1 ทำ วันที่ ผล 2 ไม่ได้ทำ

3.2 เจาะน้ำไขสันหลัง (C.S.F.) วันที่

ลักษณะของน้ำไขสันหลัง 1 ขุ่น 2ใส

จำนวนเซลล์ (Blood Count) ต่อ ลบ.มม.

(Neutrophil % Lymphocyte %)

น้ำตาล mg% protein mg%

ย้อมเชื้อจากน้ำไขสันหลัง 1 ทำ วันที่ ผล 2 ไม่ได้ทำ

ตรวจ Indian ink 1 ทำ วันที่ ผล 2 ไม่ได้ทำ

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากน้ำไขสันหลัง 1 ทำ วันที่ ผล 2 ไม่ได้ทำ

3.3 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา

• HI test เจาะเลือด ระยะ Acute เมื่อวันที่ ผล

เจาะเลือดระยะ Convalescence เมื่อวันที่ ผล

• ELISA IgM น้ำเหลือง 1 ทำ วันที่ ผล

2 ไม่ได้ตรวจ

น้ำไขสันหลัง 1 ทำ วันที่ ผล

2 ไม่ได้ตรวจ

• IFA น้ำเหลือง 1 ทำ วันที่ ผล

2 ไม่ได้ตรวจ

น้ำไขสันหลัง 1 ทำ วันที่ ผล

2 ไม่ได้ตรวจ

4. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับจากการตรวจรักษาครั้งแรก

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

1 ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ 2 ทำงานในโรงฆ่าสัตว์

ทำมาเป็นระยะเวลา ทำมาเป็นระยะเวลา

ระบุสถานที่ที่ทำ ระบุสถานที่ที่ทำ

3 อื่นๆ (ระบุ)

5.2 ประวัติการสัมผัสโรค

- เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

หอยโข่ง	<input type="checkbox"/> 1 สูง	<input type="checkbox"/> 2 ดิบ	<input type="checkbox"/> 3 ดิบๆ สูงๆ
หอยเชอรี่	<input type="checkbox"/> 1 สูง	<input type="checkbox"/> 2 ดิบ	<input type="checkbox"/> 3 ดิบๆ สูงๆ
.....	<input type="checkbox"/> 1 สูง	<input type="checkbox"/> 2 ดิบ	<input type="checkbox"/> 3 ดิบๆ สูงๆ
.....	<input type="checkbox"/> 1 สูง	<input type="checkbox"/> 2 ดิบ	<input type="checkbox"/> 3 ดิบๆ สูงๆ
.....	<input type="checkbox"/> 1 สูง	<input type="checkbox"/> 2 ดิบ	<input type="checkbox"/> 3 ดิบๆ สูงๆ

- เกี่ยวกับการสัมผัส สัตว์เศรษฐกิจ และสัตว์อื่นๆ ภายใน 30 วันก่อนป่วย

เลี้ยงสุกร	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ
ทำงานโรงฆ่าสัตว์	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ
ขายเนื้อสุกร	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ
ฆ่าสุกร	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ
ขนส่งสุกรมิชิวิต	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 3 ไม่ทราบ

ได้สัมผัสกับสัตว์

หมู	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย
ม้า	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย
ค่างคาว	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย
นกพิราบ	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย
อื่นๆ ระบุ		

5.3 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

- สภาพบ้าน มีมุ้งลวดรอบบ้านหรือไม่ 1 มี 2 ไม่มี
นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่ 1 มี 2 ไม่มี
- บริเวณรอบบ้าน มีทุ่งนาหรือไม่ 1 มี 2 ไม่มี
มีคอกสัตว์หรือไม่ 1 มี ระบุชนิดสัตว์ 2 ไม่มี
- ในหมู่บ้าน มีฟาร์ม/คอกสัตว์หรือไม่ 1 มี ระบุชนิดสัตว์ 2 ไม่มี
มีค่างคาวกินผลไม้ชุกชุมหรือไม่ 1 มี ระบุบริเวณ 2 ไม่มี
มีนกพิราบ/นกเขาชุกชุมหรือไม่ 1 มี ระบุบริเวณ 2 ไม่มี
- เคยเดินทางไปไหน (ภายใน 30 วันก่อนป่วย) หรือไม่
- ระบุ ตำบล อำเภอ จังหวัด
สภาพพื้นที่ 1 ทุ่งนา 2 คอกสัตว์ 3 อื่นๆ (ระบุ)
- ระบุ ตำบล อำเภอ จังหวัด
สภาพพื้นที่ 1 ทุ่งนา 2 คอกสัตว์ 3 อื่นๆ (ระบุ)

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

6.1 ผู้ป่วยรายอื่น ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย

- มีสมาชิกในบ้านที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่บ้านติดกันและละแวกบ้านเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่โรงเรียน/ที่ทำงาน เดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

6.2 ผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

ชื่อ อายุ เพศ

ชื่อ อายุ เพศ

ชื่อ อายุ เพศ

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวนโรค

ตำแหน่ง ที่ทำงาน

โทรศัพท์ วันที่สอบสวน

แบบสอบถามผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดนก/ไข้หวัดใหญ่

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล เพศ ชาย หญิง อายุ ปี

สัญชาติ เชื้อชาติ อาชีพ.

(ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น นักเรียน, นักบวช, ทหาร, นักโทษ เป็นต้น และหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าลักษณะการทำงานที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยอย่างไร)

สถานที่ทำงาน (ระบุชื่อ) ตำบล อำเภอ

จังหวัด โทรศัพท์ที่ทำงาน ...

ที่อยู่ขณะป่วย เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด โทรศัพท์ บ้าน มือถือ

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ ระบุความสัมพันธ์ อื่นๆ ระบุ

2. ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

2.1 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสสัตว์ปีก (ฟาร์ม/เลี้ยง/ในธรรมชาติ) เช่น จับ ขำแหละ ฝังกลบ หรือรับประทาน สุกๆ ดิบๆ เป็นต้น

ไม่มี มีระบุลักษณะการสัมผัส

2.2 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสุกร หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ ที่ป่วย/ตาย ผิดปกติหรือไม่ทราบสาเหตุ

ไม่มี มี ระบุ (วัน/เดือน/ปี ที่สัมผัส) ชนิดสัตว์

2.3 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านพักอาศัยในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกป่วยตายมากผิดปกติหรือพบเชื้อในสัตว์ปีก หรือสิ่งแวดล้อม

ไม่มี มี

2.4 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้สัมผัสสุกรหรือคิงคอง

ไม่มี มีระบุลักษณะการสัมผัส

2.5 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านอาศัยอยู่ หรือ มีการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด

ไม่มี มีถ้ามีระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

ชื่อประเทศ เมือง/จังหวัด อำเภอ

วันที่ไป วันที่กลับ ...

เหตุผลของการเดินทางไปประเทศดังกล่าว

มีประวัติเข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลขณะอยู่ที่ประเทศดังกล่าวหรือไม่

ไม่มี มีระบุวันที่เข้าโรงพยาบาล ชื่อโรงพยาบาล

2.6 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านให้การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก/ปอดอักเสบหรือไม่

ไม่มี มีระบุความสัมพันธ์ ชื่อ (หากสามารถระบุได้)

2.7 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ไม่ใช่ ใช่

2.8 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ไม่ใช่ ใช่ ระบุ

2.9 ผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน

ไม่ใช่ ใช่ระบุรายละเอียดของผู้ป่วยปอดอักเสบรายอื่น

ชื่อ-สกุล วันเริ่มป่วย ...

อาการ ...

การวินิจฉัย ... โรงพยาบาลที่วินิจฉัย

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ ...

3. ข้อมูลการเจ็บป่วย

3.1 วันเริ่มป่วยวันที่ เดือน พ.ศ. ...

3.2 สถานที่รักษา (ครั้งแรก) วันที่ ...

เป็น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน สถานที่ Admit วันที่.

3.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือโรคประจำตัว ไม่มี มี (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)

โรคปอดเรื้อรัง เช่น COPD, chronic bronchitis, chronic bronchiectasis, BPD หรือหอบ (asthma) ที่กำลังรักษา

โรคหัวใจ เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด, โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ congestive heart failure

โรคตับเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง (cirrhosis) โรคไต, ไตวาย

เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง

โลหิตจาง (ธาลัสซีเมีย, sickle cell anemia)

พิกัดทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สัปดาห์

อ้วน ส่วนสูง เซนติเมตร น้ำหนัก กิโลกรัม (BMI =)

มะเร็งที่กำลังรักษา ระบุประเภท อื่นๆ

ประวัติการสูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบ ถ้าสูบ ยังสูบ ปริมาณมวน/ซอง ต่อวัน/สัปดาห์

หยุดสูบ เลิกมานาน

ประวัติการดื่มสุรา ไม่ดื่ม ดื่ม ถ้าดื่ม ยังดื่ม ปริมาณต่อวัน/สัปดาห์

หยุดดื่ม เลิกมานาน

3.4 ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ

3.5 อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล

3.6 อาการผู้ป่วยตั้งแต่วันเริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน

อาการและ อาการแสดง	วันเริ่มป่วย		วันที่หลังวันเริ่มป่วย											
	0		1		2		3		4		5		6	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไข้ (ระบุ Temp °c)														
ไอ														
เจ็บคอ														
มีน้ำมูก														
มีเสมหะ														
หายใจลำบาก														
ทอบเหนื่อย														
ปวดกล้ามเนื้อ														
ปวดศีรษะ														
ถ่ายเหลว														

อาการอื่นๆ ระบุ (ถ้ามี) ...

เครื่องช่วยหายใจ

ไม่ใช่

ใช่ ระบุวันที่ใส่ ...

การรักษา ได้รับยาต้านไวรัส

ไม่ได้รับ

ได้รับ ระบุชื่อยา ...

ขนาดที่ได้รับ วันที่เริ่มให้ยา วันที่หยุดยา ...

4. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.1 CBC ครั้งที่ 1 : วันที่ ผล Hb % Hct % WBC cell/ml Neutrophil % Lymphocyte %

Atypical lymphocyte % Monocyte % Eosinophil % Platelet count cell/ml

ครั้งที่ 2 : วันที่ผล Hb % Hct % WBC cell/ml Neutrophil % Lymphocyte %

Atypical lymphocyte % Monocyte % Eosinophil % Platelet count cell/ml

4.2 Sputum gram stain : วันที่ ผล ...

4.3 Sputum AFB ครั้งที่ 1 : วันที่ ผล ...

ครั้งที่ 2 : วันที่ ผล ...

ครั้งที่ 3 : วันที่ ผล ...

4.4 Sputum culture : วันที่ ผล ...

4.5 Hemo-culture : วันที่ ผล ...

4.6 CXR ครั้งที่ 1 : วันที่ ผล ...

ครั้งที่ 2 : วันที่ ผล ...

ครั้งที่ 3 : วันที่ ผล ...

4.7 Rapid test (สำหรับไข้หวัดใหญ่) : ระบุชื่อชุดทดสอบ.
วันที่ ผล ...

4.8 Renal function test : วันที่ ผล BUN Cr GFR...

4.9 Liver function test : วันที่ ผล SGOT SGPT ALP.

Total Bilirubin Direct Bilirubin.

Total Protein Albumin Globulin.

5. การเก็บวัสดุตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่เก็บ เก็บ ระบุตัวอย่างที่เก็บ
- Nasopharyngeal swab วันที่เก็บ ...
- Throat swab/Oropharyngeal swab วันที่เก็บ ...
- Nasopharyngeal swab + Throat swab/Oropharyngeal swab ใน VTM วันที่เก็บ ...
- Nasopharyngeal aspirate ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ ...
- Nasopharyngeal wash ในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ ...
- เสมหะในภาชนะเก็บตัวอย่างปลอดเชื้อ วันที่เก็บ ...
- Tracheal suction วันที่เก็บ ...
- ตัวอย่างเลือด ครั้งที่ 1 วันที่เก็บ ... ครั้งที่ 2 วันที่เก็บ ...

(กรณีส่งตรวจหา MERS-CoV ควรเก็บตัวอย่างเลือด 8 มล. และการเก็บตัวอย่างครั้งที่สองต้องห่างจากครั้งแรก 14 - 21 วัน)

ส่งตรวจที่ วันที่ส่ง เพื่อตรวจหา ...

6. การวินิจฉัยเบื้องต้น

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย ...

7. กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ได้ทำการผ่าพิสูจน์ศพหรือไม่ ไม่ทำ ทำ ผล.

ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน หน่วยงาน

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ วันที่สอบสวน

ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ เมื่อวันที่

ส่งรายงานสอบสวนให้กับสำนักระบาดวิทยาเมื่อวันที่

สำนักระบาดวิทยา โทรศัพท์ 061-6639101, 02-5901882, 02-5901779, 02-5903839

โทรสาร 02-5918579, 02-5903308

Email: outbreak@health.moph.go.th, satmers@ddc.mail.go.th

ส่วนที่ 2 การติดตามลักษณะอาการผู้ป่วยหลังการสอบสวน

อาการและ อาการแสดง	วันแรกจับ		วันที่ถึงนอนโรงพยาบาล											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
ไข้ (ระบุ Temp °c)	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไอ														
เจ็บคอ														
มีน้ำมูก														
มีเสมหะ														
หายใจลำบาก														
ทอนเทิน้อย														
ปวดกล้ามเนื้อ														
ปวดศีรษะ														
ถ่ายเหลว														
อุณหภูมิร่างกายสูงสุด														
อุณหภูมิร่างกายต่ำสุด														
ชีพจรสูงสุด														
Oxygen sat														

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่าผิดปกติ		
สิ่งที่ตรวจ	วันที่เก็บ	ผลการตรวจ
CBC		
CXR		
Sputum gram stain		
Sputum culture		
Hemoculture		
อื่นๆ		

การตรวจหาเชื้อปอดอักเสบ	วันที่เก็บ	ผลการตรวจ
Influenza A		
Influenza B		
Adeno virus		
Respiratory syncytial virus		
Corona virus ครั้งที่ 1		
Corona virus ครั้งที่ 2		
Chlamydia		
Mycoplasma		
Legionella		
อื่นๆ		

แบบสอบถามใช้หัด

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ในกรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น โรงเรียน

ตั้งอยู่หมู่ที่ ... ตำบล อำเภอ จังหวัด

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ป่วยวินิจฉัย ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ไม่สมัครอยู่

ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นระบุ

2. ประวัติการเจ็บป่วยในครั้งนี้

ไข้	<input type="checkbox"/> มี เริ่มวันที่	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ไอ	<input type="checkbox"/> มี เริ่มวันที่	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ตาแดง	<input type="checkbox"/> มี เริ่มวันที่	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ผื่น	<input type="checkbox"/> มี เริ่มวันที่	<input type="checkbox"/> ไม่มี
น้ำมูกไหล	<input type="checkbox"/> มี เริ่มวันที่	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ขณะมีผื่นยังมีไข้หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี เริ่มวันที่	<input type="checkbox"/> ไม่มี
อาการแทรกซ้อน	ปอดอักเสบ <input type="checkbox"/> มี เริ่มวันที่	<input type="checkbox"/> ไม่มี
	อุจจาระร่วง <input type="checkbox"/> มี เริ่มวันที่	<input type="checkbox"/> ไม่มี
	หูน้ำหนวก <input type="checkbox"/> มี เริ่มวันที่	<input type="checkbox"/> ไม่มี
	สมองอักเสบ <input type="checkbox"/> มี เริ่มวันที่	<input type="checkbox"/> ไม่มี

3. ปัจจัยเสี่ยง

3.1 เคยป่วยเป็นโรคหัดหรือไม่ เคย เมื่อ สถานที่รักษา

ไม่เคย

3.2 เคยรับการฉีดวัคซีนหัดหรือไม่ เคย จำนวน เข็ม ครั้งสุดท้ายเมื่อ

สถานที่ฉีดวัคซีน

ไม่เคย

3.3 นำหนัก

- 3.4 ผู้ป่วยมีภาวะขาดอาหารหรือไม่ 1 ขาดอาหารระดับที่ 1 2 ขาดอาหารระดับที่ 2
 3 ขาดอาหารระดับที่ 3 4 ปกติ

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.1 เพื่อแยกเชื้อ () Heparinized blood () Nasal swab/Throat swab
() อื่นๆ ระบุ

4.2 เพื่อตรวจแอนติบอดี () Serum () CSF
เจาะครั้งแรก วันที่
เจาะครั้งที่ 2 วันที่

5. แหล่งรังโรค / ผู้ป่วยรายอื่น

5.1 ในช่วง 1 - 2 สัปดาห์ สัมผัสกับผู้สงสัยป่วยเป็นโรคหัดหรือไม่ () ไม่มี () มี ระบุ

1. ชื่อ อายุ เพศ ที่อยู่

2. ชื่อ อายุ เพศ ที่อยู่

5.2 มีผู้ป่วยโรคหัดรายอื่นๆ ในละแวกบ้านหรือไม่ () ไม่มี () มี ระบุ

1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย

ประวัติการได้รับวัคซีน ที่อยู่

2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย

ประวัติการได้รับวัคซีน ที่อยู่

6. ผู้สัมผัส

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ชื่อ อายุ เพศ ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ เพศ ประวัติการรับวัคซีน

6.2 ผู้สัมผัสในชุมชน

1. ชื่อ อายุ เพศ ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ เพศ ประวัติการรับวัคซีน

6.3 ผู้สัมผัสในโรงเรียน

นักเรียนชั้น จำนวน คน

นักเรียนชั้น จำนวน คน

นักเรียนชั้น จำนวน คน

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

ที่ทำงาน วันที่สอบสวน โทรศัพท์

แบบสอบถามไข้หัดเยอรมัน

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ในกรณีเป็นผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น โรงเรียน

ตั้งอยู่หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ป่วยวินิจฉัย ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ไม่สมัครอยู่

ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นระบุ

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

สถานที่รักษาในปัจจุบัน H.N.

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

ไข้ ไม่มี มี องศา ณ วันที่เริ่มมีไข้

ผื่นแดงเฉียบพลัน ไม่มี มี

ตำแหน่งที่มีผื่น ทั้งหมด ที่บริเวณ (ระบุ) ระยะเวลาที่ผื่นขึ้นจนถึงผื่นหาย

ต่อมน้ำเหลืองโต หลังหู ท้ายทอย ไม่มีโต

ปวดข้อ ไม่มี มี

ข้ออักเสบ ไม่มี มี

เยื่อตาอักเสบ ไม่มี มี

กรณีเป็นผู้ป่วยเพศหญิง ขณะนี้ตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ ไม่ ใช่ ระบุอายุครรภ์ สัปดาห์

3. ประวัติโรคหัดเยอรมัน

เมื่อป่วยด้วยหัดเยอรมันครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

ไป ระบุชื่อสถานบริการ วันที่ ไม่เคยไป

MMR 1 ได้ เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ

MMR 2 ได้ เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ

มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ มี ไม่มี

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกันด้วยวิธี HI TEST

	วันที่เจาะ	วันที่ส่ง	titer
เจาะเลือดครั้งที่ 1	.....	.....	.....
เจาะเลือดครั้งที่ 2	.....	.....	.....
การตรวจเพื่อหา Specific Rubella IgM Antibody			
วันที่เจาะเลือด	.....	ผลการตรวจ	.....
การแยกเชื้อไวรัสหัดเยอรมันจาก	<input type="checkbox"/> สิ่งส่งตรวจจากช่องคอ	<input type="checkbox"/> น้ำกั้วคอ	ผลการตรวจ

5. ประวัติการสัมผัสโรค (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

5.1 ในช่วง 23 วันก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันหรือไม่

เคย ไม่เคย

1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

5.2 ในช่วง 23 วันก่อนป่วยมีผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

มี ไม่มี

1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

5.3 ในช่วง 23 วันก่อนป่วยมีผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

มี ไม่มี

1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

6. มีผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายนี้ในช่วง 7 วันก่อนมีผื่นขึ้น และ 4 วันหลังมีผื่นขึ้น

มี ไม่มี

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

6.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน

1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

6.3 ผู้สัมผัสในชุมชน

1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

ที่ทำงาน วันที่สอบสวน โทรศัพท์

แบบสอบถามใช้หัตถเยอรมันในครรภ์มารดา

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น โรงเรียน

ตั้งอยู่หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ป่วยวินิจฉัย ไม่ป่วย

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ไม่สมัครอยู่

ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นระบุ

2. ประวัติการรักษา

เมื่อป่วยด้วยหัตถเยอรมันครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

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

แบบสอบถามไข้เอนเทอริค/ไข้ทัยฟอยด์/ไข้พาราทัยฟอยด์

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

สถานที่ทำงาน (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง)

ชื่อผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น โรงเรียน ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

วันเริ่มอาการ วันที่มาโรงพยาบาล

ผลการรักษา กำลังรักษา ที่ หาย เสียชีวิต วันที่

ไม่สมัครใจอยู่ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ

ประวัติการรับวัคซีนป้องกันไข้ทัยฟอยด์ ไม่เคยได้รับ เคยได้รับเมื่อ ไม่ทราบ

2. อาการและอาการแสดง

ไข้สูงลอย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดท้อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ท้องอืด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หนาวสั่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ท้องผูก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เบื่ออาหาร	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาการช็อค	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ่ายเหลว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เยื่อช่องท้องอักเสบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถ่ายเป็นน้ำสีเขียว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตับโต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ม้ามโต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ห้องปฏิบัติการที่ตรวจระบุ
- CBC วันที่ตรวจ ผล WBC ลบ./มม.
- Widal test วันที่ตรวจ ผล
- เพาะเชื้อจาก :

สิ่งส่งตรวจ	วันที่ส่งเพาะเชื้อ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						อื่นๆ ระบุ
			Ampi	Tetra	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro	
อุจจาระ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อระบุ							
		<input type="checkbox"/> ไม่พบ							
ปัสสาวะ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อระบุ							
		<input type="checkbox"/> ไม่พบ							
เลือด		<input type="checkbox"/> พบเชื้อระบุ							
		<input type="checkbox"/> ไม่พบ							
น้ำไขสันหลัง		<input type="checkbox"/> พบเชื้อระบุ							
		<input type="checkbox"/> ไม่พบ							
ไขกระดูก		<input type="checkbox"/> พบเชื้อระบุ							
		<input type="checkbox"/> ไม่พบ							
อื่นๆ ระบุ		<input type="checkbox"/> พบเชื้อระบุ							
		<input type="checkbox"/> ไม่พบ							

ส่งตรวจตัวอย่างอาหาร น้ำดื่ม นม อาหารอื่นๆ ที่สงสัย

ชนิดของตัวอย่างส่งตรวจ	แหล่ง	วันที่เก็บ	ผลการเพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						อื่นๆ ระบุ
				Ampi	Tetra	Norflox	Cotri	Doxy	Cipro	
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อระบุ							
			<input type="checkbox"/> ไม่พบ							
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อระบุ							
			<input type="checkbox"/> ไม่พบ							
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อระบุ							
			<input type="checkbox"/> ไม่พบ							
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อระบุ							
			<input type="checkbox"/> ไม่พบ							

4. การรักษา

รับการตรวจรักษาที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ได้พบแพทย์ พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่นๆ ระบุ

ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Typhoid Paratyphoid อื่นๆ ระบุ

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ x ครั้ง วัน

ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ

5. ปัจจัยเสี่ยง

ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยเดินทางไปที่ไหนบ้าง

เดินทาง

1. ไปสถานที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด วันที่

2. ไปสถานที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด วันที่

ไม่ได้เดินทาง จำไม่ได้

ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้มีผู้มาเยี่ยมเยียนหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่

มีผู้มาเยี่ยม มีผู้มาพักอาศัย ไม่มี

ผู้ที่มาเยี่ยมเยียนหรือมาพักอาศัย มีใครมีอาการป่วยเหมือนผู้ป่วย

มีอาการป่วย ไม่มีอาการป่วย ไม่ทราบ

พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม) ภายใน 3 สัปดาห์ก่อนการป่วยครั้งนี้ โดยปกติรับประทานอาหารหรือน้ำดื่มที่ไหน

มื้ออาหาร	สถานที่					
	บ้าน	โรงเรียน	ร้านอาหาร	รถเข็น	หาบเร่	อื่นๆ ระบุ
เช้า						
กลางวัน						
เย็น						
น้ำดื่ม ระบุประเภท	<input type="checkbox"/> ดื่ม <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม		<input type="checkbox"/> กรอง <input type="checkbox"/> ขวดปิดสนิท			
แหล่งน้ำดื่มระบุ						

โอกาสสัมผัส/แพร่โรค

ผู้ประกอบอาหารในครอบครัว มีอาการป่วยเช่นเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่

ไม่มีอาการป่วย มีอาการป่วยก่อนผู้ป่วย วัน ป่วยหลังผู้ป่วย

ไปรับการรักษาที่ ไม่ได้รักษา

ในการสอบสวนโรคได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ rectal swab ในผู้ประกอบอาหารหรือไม่

ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ ทำการเพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ

ไม่พบเชื้อ

หมายเหตุ "ในครอบครัว" ให้หมายถึงสถานเลี้ยงดูเด็ก สถานสงเคราะห์หรืออื่นๆ ซึ่งมีการอยู่อาศัยร่วมกันจำนวนมาก

6. การค้นหาผู้ป่วยทัยฟอยด์, พาราทัยฟอยด์รายอื่น

การเพาะเชื้อจากอุจจาระของคนในครอบครัว หรือในสถานที่ที่อยู่อาศัยร่วมกันจำนวนมาก

เพื่อตรวจหาเชื้อ S.Typhi, S.Paratyphi

ชื่อ - สกุล	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	วันที่เก็บ อุจจาระ	ผลการ เพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						อาการป่วย	
				Ampi	Tetra	Nokiflox	Cotri	Doxy	Cipro	มี	ไม่มี
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อระบุ <input type="checkbox"/> ไม่พบ								
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อระบุ <input type="checkbox"/> ไม่พบ								
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อระบุ <input type="checkbox"/> ไม่พบ								
			<input type="checkbox"/> พบเชื้อระบุ <input type="checkbox"/> ไม่พบ								

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวนโรค ตำแหน่ง

ที่ทำงาน โทรศัพท์ วันที่สอบสวน

หมายเหตุ ระยะพักตัวขึ้นกับจำนวนเชื้อที่ได้รับ ตั้งแต่ 3 วัน - 3 เดือน ปกติ 1 - 3 สัปดาห์
 สำหรับ paratyphoidal gastroenteritis 1 - 10 วัน

แบบสอบถามโรคผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยคอตีบ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ป่วย นามสกุล เพศ ชาย หญิง อายุ ปี
 ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ บ้าน ตำบล
 อำเภอ จังหวัด
 อาชีพ สถานที่ทำงาน กรณีโรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก
 เบอร์โทรศัพท์ จำนวนสมาชิกครอบครัวในบ้านเดียวกัน คน

2. ประวัติวัคซีน เคยได้รับ กรณีเด็กวัคซีน ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบ ครั้งล่าสุด วันที่
กรณีผู้ใหญ่ จำนวน เข็ม ครั้งล่าสุดวันที่
 ไม่เคยได้รับ

3. อาการและอาการแสดงเบื้องต้น

ไม่มีข้อมูล

ประวัติ/อาการ	ผลการตรวจร่างกายแรกพบ (กรณีมาโรงพยาบาล)
<input type="checkbox"/> ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> Temp °C, BP mmHg,
<input type="checkbox"/> เจ็บคอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	PR /min, RR /min
<input type="checkbox"/> กินได้น้อย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> Tonsil <input type="checkbox"/> Patch <input type="checkbox"/> Exudates <input type="checkbox"/> Injected
<input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> Enlargement <input type="checkbox"/> Pharynx <input type="checkbox"/> injected <input type="checkbox"/> Notinjected
<input type="checkbox"/> แผ่นฝ้าขาว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> Lung <input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Abnormal
<input type="checkbox"/> ตำแหน่งที่พบ <input type="checkbox"/> ทอนซิลซ้าย <input type="checkbox"/> ทอนซิลขวา	
<input type="checkbox"/> ลิ้นไก่ <input type="checkbox"/> คอหอยส่วนหลัง	
<input type="checkbox"/> คอบวม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	

วันเริ่มป่วย (อาการแรก)
 รับการรักษาคั้งแรกที่ รพ.สต. วันที่ วินิจฉัย
 รพ. วันที่ วินิจฉัย
 นอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอก
 ภาวะแทรกซ้อน แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก กลืนลำบาก สำลักน้ำ แขนขาอ่อนแรง
 วินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ วินิจฉัยทางเดินหายใจอุดตัน วินิจฉัยเส้นประสาทอักเสบ

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ CBC: Hct mg%, WBC, PMN %, L %, Platelet

การเพาะเชื้อ

- Throat swab ครั้งที่ 1 วันที่เก็บ ผลตรวจที่ รพ. Growth Nogrowth ใน 2 วัน
- ผลตรวจจากกรมวิทย์ฯ ผลตรวจ Toxin บวก ลบ
- Throat swab ครั้งที่ 2 วันที่เก็บ ผลตรวจที่ รพ. Growth Nogrowth ใน 2 วัน
- ผลตรวจจากกรมวิทย์ฯ ผลตรวจ Toxin บวก ลบ

- 5. ประวัติแพ้ยา แพ้ยาในกลุ่มเพนนิซิลิน แพ้ยาในกลุ่ม Erythromycin เคยแพ้เซรุ่มมาก่อน
- แพ้ยาในกลุ่มอื่นๆ ระบุ
- ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา

- 6. การรักษา DAT วันที่ ขนาด หน่วย
- dT/DPT วันที่
- Roxithromycin Erythromycin PGS
- ใส่ท่อช่วยหายใจ(ET-tube) เจาะคอ (Tracheostomy)

7. ประวัติเสี่ยง

- โรคประจำตัว ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อื่นๆ
- มีประวัติตี๋มสุราเป็นประจำ
- มีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำ ประวัติสารเสพติด ระบุ
- ประวัติเดินทางใน 14 วันก่อนป่วย สถานที่ วันที่ไป
- สัมผัสผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคคอตีบในระยะ 14 วันก่อนป่วย ระบุชื่อ

ลักษณะการสัมผัส

- งานเลี้ยงหรืองานเทศกาลในระยะ 14 วันก่อนป่วย ระบุสถานที่ วันที่

ชื่อผู้สอบสวน หน่วยงาน

เบอร์โทร

แบบสอบถามโรคคางทูม

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ (1) ชาย (2) หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

(1) ในเขตเทศบาลนคร (2) ในเขตเทศบาลเมือง (3) ในเขตเทศบาลตำบล (4) ในเขตอบต.

ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

(1) ในเขตเทศบาลนคร (2) ในเขตเทศบาลเมือง (3) ในเขตเทศบาลตำบล (4) ในเขตอบต.

ในกรณีและผู้ป่วยเป็นนักเรียนเรียนอยู่ชั้น โรงเรียน

ตั้งอยู่หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ (1) ป่วยวินิจฉัย (2) ไม่ป่วย

2. ประวัติการเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา (1) กำลังรักษา (2) หาย (3) เสียชีวิตวันที่

(4) ไม่สมัครอยู่ (5) ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นระบุ

สถานที่รักษาในปัจจุบัน H.N.

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

ปวดบวมที่บริเวณต่อมน้ำลาย (1) มี วันที่ ระบุข้าง (2) ไม่มี

ประเภทของต่อมน้ำลายที่บวมปวด

() ต่อมน้ำลายหน้าหู (parotid gland)

() ต่อมน้ำลายใต้ลิ้น (sublingual gland)

() ต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกร (submaxillary gland)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

() อذنอักเสบ () รั้งไข่อักเสบ () เยื่อหุ้มสมองอักเสบ () สมองอักเสบ

() ภาวะหูหนวกข้าง () เส้นประสาทอักเสบ () ข้ออักเสบ () ไทรอยด์อักเสบ

() เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ () ตับอ่อนอักเสบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกัน

	วันที่เจาะ	วันที่ส่ง	titer
เจาะเลือดครั้งที่ 1
เจาะเลือดครั้งที่ 2

การตรวจด้วยวิธี ELISA TEST

วันที่เจาะเลือด ผลการตรวจ

การแยกเชื้อไวรัสคางทูม

เก็บตัวอย่างจาก () น้ำลาย () เลือด () ปัสสาวะ () น้ำไขสันหลัง

วันที่เก็บตัวอย่าง

ผลการตรวจ

4. ประวัติการได้รับวัคซีน

MMR 1 () ได้ () ไม่ได้ () ไม่ทราบ วันที่ได้รับวัคซีน

MMR 2 () ได้ () ไม่ได้ () ไม่ทราบ วันที่ได้รับวัคซีน

มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ () มี () ไม่มี

5. แหล่งรังโรค (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบเป็นจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

5.1 ในช่วง 25 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยมีผู้ที่ป่วยด้วยโรคคางทูมที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

() มี ระบุ () ไม่มี

1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่ โทร.

2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่ โทร.

5.2 ในช่วง 25 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยมีผู้ที่ป่วยด้วยโรคคางทูมที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

() มี ระบุ () ไม่มี

1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่ โทร.

2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่ โทร.

6. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ก่อนที่ผู้ป่วยรายนี้จะมีอาการปวดบวมที่ต่อมน้ำลายหรือ 9 วันหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการปวดบวมที่ต่อมน้ำลายหรือไม่

() มี ระบุ () ไม่มี

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่ โทร.
2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่ โทร.

6.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน

1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่ โทร.
2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่ โทร.

6.3 ผู้สัมผัสในชุมชน

1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่ โทร.
2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่ โทร.

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่นๆ (จุดมุ่งหมายเพื่อทราบว่าผู้ป่วยรายอื่นในชุมชนหรือไม่)

1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่ โทร.
2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
ที่อยู่ โทร.

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

ที่ทำงาน วันที่สอบสวน โทรศัพท์

แบบสอบถามโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิด (อายุไม่เกิน 28 วัน)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง HN AN

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา () กำลังรักษา () หาย () ตาย () ส่งต่อระบุ

2. การเจ็บป่วย

2.1 วันเริ่มป่วย วันรับรักษา สถานที่รักษา

2.2 ทารกร้องและดูคนไม่ได้ในช่วง 2 วันแรกเกิด () ใช่ () ไม่ใช่ระบุรายละเอียด

.....

2.3 แขนขาเหยียดเกร็ง () ใช่ () ไม่ใช่

2.4 ชัก () ใช่ () ไม่ใช่

2.5 คอแข็ง () ใช่ () ไม่ใช่

2.6 อื่นๆ ระบุ

2.7 ผลการรักษา () หาย () ยังรักษาอยู่ () ส่งต่อไปรักษาที่ () เสียชีวิต วันที่

3. ปัจจัยเสี่ยง

3.1 สถานที่คลอด ระบุที่ตั้ง คลอดวันที่

3.2 ชื่อผู้ทำคลอด

3.3 ตำแหน่งผู้ทำคลอด () พยาบาล () ผดุงครรภ์ () หมอตำแย () อื่นๆ ระบุ

3.4 ตำแหน่งของแผลที่สงสัยว่าติดเชื้อ () สะดือ () อื่นๆ ระบุ

3.5 อุปกรณ์และวิธีการตัดสายสะดือรวมทั้งการฆ่าเชื้อ () กรรไกร () มีด () ไม้รวก () อื่นๆ ระบุ ...
(อธิบายรายละเอียด)

3.6 ใช้สมุนไพร หรือสิ่งอื่นใด พอก ทา บ้ายแผลที่สะดือ () ไม่ใช่ () ใช่ ระบุ

เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ (อธิบายรายละเอียด)

.....

3.7 การทำความสะอาดแผลที่สะดือทารกหลังคลอด (อธิบายรายละเอียด)

3.8 ผู้ทำความสะอาดแผลสะดือเด็กเป็นประจำ () พยาบาล () ผดุงครรภ์ () หมอตำแย
() อื่นๆ ระบุ

4. ประวัติวัคซีนของมารดา

มารดาเคยได้รับการฉีดท็อกซอยด์ป้องกันบาดทะยักหรือไม่

() เคย จำนวน ครั้ง () เคยแต่ไม่ทราบจำนวนครั้ง () ไม่เคย () ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

หากเคยได้รับ เข็มล่าสุดเมื่อวันที่ สถานที่ฉีด

เข็มก่อนหน้านั้นเมื่อวันที่ สถานที่ฉีด

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

ที่ทำงาน วันที่สอบสวน โทรศัพท์

พยาธิกรีกินเวลา

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล

เลขที่บัตรประชาชน เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ

ถ้าเป็นนักเรียนชั้น โรงเรียน ที่ตั้งโรงเรียน

ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา () กำลังรักษา () หาย () เสียชีวิต วันที่

() ไม่สมัครใจอยู่ () ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ

2. อาการและอาการแสดง

ไข้	() มี เริ่มเมื่อวันที่	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ปวดท้อง	() มี เริ่มเมื่อวันที่	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
คลื่นไส้	() มี เริ่มเมื่อวันที่	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
อาเจียน	() มี เริ่มเมื่อวันที่	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ท้องเสีย	() มี เริ่มเมื่อวันที่	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ปวดเข้าตา	() มี เริ่มเมื่อวันที่	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
เปลือกตาบวม	() มี เริ่มเมื่อวันที่	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
หน้าบวม	() มี เริ่มเมื่อวันที่	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ตัวบวม	() มี เริ่มเมื่อวันที่	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยตามตัว	() มี เริ่มเมื่อวันที่	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ปวดบวมกล้ามเนื้อ	() มี เริ่มเมื่อวันที่	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
มีจุดเลือดออกใต้ตา	() มี เริ่มเมื่อวันที่	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
มีจุดเลือดออกใต้เล็บ	() มี เริ่มเมื่อวันที่	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
หายใจขัด หายใจลำบาก	() มี เริ่มเมื่อวันที่	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
อาการอื่นๆ (ระบุ)			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในคน

- () WBC (วันแรกรับ) วันที่ตรวจ ผล
- () Eosinophile วันที่ตรวจ ผล
- () Creatinine Kinase วันที่ตรวจ ผล
- () การตรวจทางซีรัม (ระบุ) :
..... วันที่ตรวจ ผล
- วันที่ตรวจ ผล
- () การตรวจกล้ามเนื้อน้องวันที่ตรวจ () พบตัวอ่อน () ไม่พบ () อื่นๆ ระบุ

4. การรักษา (ระบุยาที่ใช้) : ขนาดที่ให้ จำนวน วัน
..... ขนาดที่ให้ จำนวน วัน
..... ขนาดที่ให้ จำนวน วัน

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ชนิดเนื้อสัตว์ที่สงสัย เช่น อาหารดิบ ไม่สุกพอ หรือรมควัน (ภายใน 1 เดือนก่อนหน้าที่จะแสดงอาการ)

- () เนื้อสุกรขาวเขา () เนื้อสุกรป่า () เนื้อสุกรฟาร์ม
() เนื้อสัตว์ป่า (ระบุ)
() เนื้อสัตว์อื่นๆ (ระบุ)
() ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ เช่น แฮม (ระบุชนิดสัตว์)
() ไม่ทราบ

5.2 แหล่งที่มาของเนื้อ

- () จากการล่า () ได้รับมาจากเพื่อนบ้าน () เลี้ยงไว้เอง
() ซื้อจากตลาด/ผู้ขาย (ระบุ) () ได้รับโดยตรงจากฟาร์ม (ระบุ)
() ได้จากพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ (ระบุ)
() ไม่ทราบ

5.3 ชนิดของอาหารที่ปรุงจากเนื้อสัตว์

- () ลาบ รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่
- () ลู๋ รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่
- () ยำ รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่
- () ปิ้งและย่าง รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่
- () แกง รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่
- () แหนม รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่
- () อื่นๆ (ระบุ) รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่

หมายเหตุ กรณีมีอาหารที่สงสัยหลายชนิด ให้ระบุชนิดเนื้อที่สงสัย แหล่งที่มา วิธีปรุงอาหาร และวันที่รับประทานในแต่ละครั้งแต่ละชนิดของเนื้อ แยกตามชนิดอาหารที่สงสัย

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

มีผู้เข้าร่วมรับประทานเนื้อสัตว์ตัวเดียวกัน หรือมีบุคคลที่ได้รับแจก/ซื้อเนื้อสัตว์ตัวเดียวกันด้วยหรือไม่

() มี ระบุ () ไม่มี

ลำดับ	ชื่อ	บ้านเลขที่	อายุ	เพศ	อาการป่วย			หมายเหตุ
					มี		ไม่มี	
					ระบุอาการ	วันเริ่มป่วย		
1								
2								
3								
4								

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวนโรค ตำแหน่ง

ที่ทำงาน โทรศัพท์

แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคเมลิออยโดสิส

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุปี เพศ () ชาย () หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขตอบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขตอบต.

ชื่อ - สกุลผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา ณ วันที่ () กำลังรักษา () หาย () ตาย () ส่งต่อระบุ

2. อาการและอาการแสดงก่อนไปโรงพยาบาล

ไข้	() มี	() มี	()	()	ต่อมน้ำลาย	() มี	() มี	()	()
	<2 เดือน	>2 เดือน	ไม่มี	ไม่ทราบ	พาริติดอกเสบ	<2 เดือน	>2 เดือน	ไม่มี	ไม่ทราบ
ไอ มีเสมหะ	() มี	() มี	()	()	มีแผล	() มี	() มี	()	()
	<2 เดือน	>2 เดือน	ไม่มี	ไม่ทราบ	เป็นหนอง	<2 เดือน	>2 เดือน	ไม่มี	ไม่ทราบ
เหนื่อยหอบ	() มี	() มี	()	()	มีฝีในตับ	() มี	() มี	()	()
	<2 เดือน	>2 เดือน	ไม่มี	ไม่ทราบ	หรือม้าม	<2 เดือน	>2 เดือน	ไม่มี	ไม่ทราบ
บัสสาวะ แสบขัด	() มี	() มี	()	()	มีฝีที่อื่นๆ	() มี	() มี	()	()
	<2 เดือน	>2 เดือน	ไม่มี	ไม่ทราบ		<2 เดือน	>2 เดือน	ไม่มี	ไม่ทราบ
ข้ออักเสบ	() มี	() มี	()	()	ข้อ	() มี	() มี	()	()
	<2 เดือน	>2 เดือน	ไม่มี	ไม่ทราบ		<2 เดือน	>2 เดือน	ไม่มี	ไม่ทราบ
ต่อมน้ำเหลืองโต	() มี	() มี	()	()	อื่นๆ	() มี	() มี	()	()
	<2 เดือน	>2 เดือน	ไม่มี	ไม่ทราบ	ระบุ	<2 เดือน	>2 เดือน	ไม่มี	ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 โดยการเพาะเชื้อพบเชื้อเมลิออยด์ จาก () เลือด () เสมหะ () ปัสสาวะ () หนอง () อื่นๆ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 ระบุ จาก () เลือด () เสมหะ () ปัสสาวะ () หนอง () อื่นๆ
ผลการตรวจ

4. การรักษา

- 4.1 ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- 4.2 ได้รับยาปฏิชีวนะโดย () ฉีด () รับประทาน
- () Cefazidime เป็นเวลา วัน
- () Meropenem เป็นเวลา วัน
- () อื่นๆ ระบุ เป็นเวลา วัน
- () กินเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ () รับประทาน
- () Co-trimoxazole เป็นเวลา วัน
- () Co-amoxycylav เป็นเวลา วัน
- () อื่นๆ ระบุ เป็นเวลา วัน

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 โรคเรื้อรัง/พฤติกรรมที่พบก่อนที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

เบาหวาน () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	โรคไต () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ทาลัสซีเมีย () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	มะเร็ง () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ติดเหล้า () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	สูบบุหรี่ () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ

5.2 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนวันเริ่มป่วย

() ทำนา	ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ	() ทำงานใน ฟาร์มเลี้ยงสัตว์	ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ
() ทำสวน	ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ	() ทำงานใน โรงฆ่าสัตว์	ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ
() ทำไร่	ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ	() สัมผัสสัตว์ป่วย	
() ขุดลอก ท่อระบายน้ำ/ สระ/คู/คลอง	ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ	() มักมีบาดแผลจากการประกอบอาชีพ	
() จับสัตว์น้ำ	ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ	() ดื่มน้ำที่ไม่ผ่านการต้มสุก	
() เดินลุยน้ำ	ระบุสถานที่ที่ทำ	() กินอาหารสุกๆ ดิบๆ หรือเครื่องในดิบ	
		() กินอาหารที่ล้างไม่สะอาดหรืออาจมีดินปนเปื้อน	

6. การค้นหาผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสเฉียบพลันรายอื่น

6.1 ในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกันหรือสถานที่ประกอบอาชีพที่เดียวกันหรือไม่

() มีระบุ () ไม่มี

ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย รักษาที่

6.2 ในระยะ 2 สัปดาห์หลังวันเริ่มป่วยมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกันหรือสถานที่ประกอบอาชีพที่เดียวกันหรือไม่

() มีระบุ () ไม่มี

ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวนโรค ตำแหน่ง

ที่ทำงาน โทรศัพท์ วันที่สอบสวน

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรครายเฉียบพลัน อยู่ระหว่าง 1 - 21 วันแต่ถ้าติดเชื้อแบบเรื้อรังจะนานเป็นเดือนจนถึงหลายปี

แบบสอบถามกลุ่มอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากพยาธิ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ป่วยวินิจฉัย ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ไม่สมัครอยู่

ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นระบุ

2. อาการและอาการแสดง

ประวัติการได้รับวัคซีนได้ข้อมูลจาก

JE ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไม่ได้รับ

ไม่ทราบ

DTP ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไม่ได้รับ

ไม่ทราบ

BCG ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไม่ได้รับ

ไม่ทราบ

อื่นๆ ระบุ ได้รับ ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ

ไข้	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะรุนแรง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ชักแข็งเกร็ง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คอแข็ง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หลังแข็ง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ความรู้สึกสับสน (confusion)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไม่รู้สึกรู้ตัว	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ			

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

- 1 ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ 2 ทำงานในโรงฆ่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา
ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ ระบุสถานที่ที่ทำ
- 3 อื่นๆ (ระบุ)

5.2 ประวัติการสัมผัสโรค

- เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

หอยโข่ง	<input type="checkbox"/> 1 สุก	<input type="checkbox"/> 2 ดิบ	<input type="checkbox"/> 3 ดิบๆ สุกๆ
หอยเชอรี่	<input type="checkbox"/> 1 สุก	<input type="checkbox"/> 2 ดิบ	<input type="checkbox"/> 3 ดิบๆ สุกๆ
.....	<input type="checkbox"/> 1 สุก	<input type="checkbox"/> 2 ดิบ	<input type="checkbox"/> 3 ดิบๆ สุกๆ
.....	<input type="checkbox"/> 1 สุก	<input type="checkbox"/> 2 ดิบ	<input type="checkbox"/> 3 ดิบๆ สุกๆ
.....	<input type="checkbox"/> 1 สุก	<input type="checkbox"/> 2 ดิบ	<input type="checkbox"/> 3 ดิบๆ สุกๆ

- เกี่ยวกับการสัมผัส สัตว์เศรษฐกิจ และสัตว์อื่นๆ ภายใน 30 วันก่อนป่วย

เลี้ยงสุกร	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ทำงานโรงฆ่าสัตว์	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ขายเนื้อสุกร	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ฆ่าสุกร	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ขนส่งสุกรมีชีวิต	<input type="checkbox"/> 1 มี	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ

ได้สัมผัสกับสัตว์

หมู	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย
ม้า	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย
ค่างคาว	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย
นกพิราบ	<input type="checkbox"/> 1 เคย	<input type="checkbox"/> 2 ไม่เคย
อื่นๆ ระบุ		

5.3 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

- สภาพบ้าน มีมุ้งลวดรอบบ้านหรือไม่ 1 มี 2 ไม่มี
นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมุ้งลวดหรือไม่ 1 มี 2 ไม่มี
- บริเวณรอบบ้าน มีทุ่งนาหรือไม่ 1 มี 2 ไม่มี
มีคอกสัตว์หรือไม่ 1 มี ระบุชนิดสัตว์ 2 ไม่มี
- ในหมู่บ้าน มีฟาร์ม/คอกสัตว์หรือไม่ 1 มี ระบุชนิดสัตว์ 2 ไม่มี
มีค่างคาวกินผลไม้ซุกซุมหรือไม่ 1 มี ระบุบริเวณ 2 ไม่มี
มีนกพิราบ/นกเขาซุกซุมหรือไม่ 1 มี ระบุบริเวณ 2 ไม่มี

- เคยเดินทางไปไหน (ภายใน 30 วันก่อนป่วย) หรือไม่

- ระบุ ตำบล อำเภอ จังหวัด

สภาพพื้นที่ 1 ทุ่งนา 2 คอกสัตว์ 3 อื่นๆ (ระบุ)

- ระบุ ตำบล อำเภอ จังหวัด

สภาพพื้นที่ 1 ทุ่งนา 2 คอกสัตว์ 3 อื่นๆ (ระบุ)

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

6.1 ผู้ป่วยรายอื่น ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย

- มีสมาชิกในบ้านที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่บ้านติดกันและละแวกบ้านเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่โรงเรียน/ที่ทำงาน เดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

1 มี ระบุ 2 ไม่มี

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย รักษาที่

6.2 ผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

ชื่อ อายุ เพศ

ชื่อ อายุ เพศ

ชื่อ อายุ เพศ

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวนโรค ตำแหน่ง

ที่ทำงาน โทรศัพท์ วันที่สอบสวน

แบบสอบสวนกลุ่มอาการไวรัสตับอักเสบเฉียบพลัน

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี วันเดือนปีเกิด/...../..... เพศ (1) ชาย (2) หญิง

อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ สถานที่

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น โรงเรียน ที่ตั้งของโรงเรียนถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

(1) ในเขตเทศบาลนคร (2) ในเขตเทศบาลเมือง (3) ในเขตเทศบาลตำบล (4) ในเขต อบต.

ภูมิลำเนาบ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

(1) ในเขตเทศบาลนคร (2) ในเขตเทศบาลเมือง (3) ในเขตเทศบาลตำบล (4) ในเขต อบต.

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา (1) กำลังรักษา (2) หาย (3) เสียชีวิตวันที่ สาเหตุการเสียชีวิต

(4) ไม่สมัครใจอยู่ (5) ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นระบุ

ประวัติการเจ็บป่วย/การรับวัคซีน/ปัจจัยเสี่ยง

- เคยป่วยเป็นโรคดีซ่าน (1) เคย (2) ไม่เคย
- ประวัติการตรวจเลือดเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบ
 - (1) ไม่ได้ตรวจ (2) ตรวจเมื่อวันที่ ผลการตรวจ
 - พบ anti HAV IgM พบ anti HCV พบ anti HBs Ag
 - พบ anti HB IgM พบ anti HDV IgG พบ anti HCV RNA
 - พบ anti HB IgG พบ anti HEV IgM อื่นๆ ระบุ
- ประวัติการรับวัคซีนป้องกันตับอักเสบนิดเอ
 - (1) ไม่ได้รับ (2) ได้รับเมื่อวันที่
- ประวัติการรับวัคซีนป้องกันตับอักเสบนิดบี
 - (1) ไม่ได้รับ (2) ได้รับเข็ม 1 เมื่อวันที่
 - ได้รับเข็ม 2 เมื่อวันที่
 - ได้รับเข็ม 3 เมื่อวันที่
- ประวัติการรับเลือด (1) เคยเมื่อไร (2) ไม่เคย
- ประวัติการสักหรือเจาะหูเจาะฝังเครื่องประดับร่างกาย
 - (1) เคยสัก (2) เคยเจาะหู (3) ไม่เคยสัก (4) ไม่เคยเจาะหู

2. อาการและอาการแสดง

ตัวเหลืองตาเหลือง	(1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ	ซีมีลง	(1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ
ไข้	(1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ	อาเจียน	(1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ
อ่อนเพลีย	(1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ	ปวดแน่นท้อง/ท้องอืด	(1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ
ครั่นเนื้อครั่นตัว	(1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ	บัสสภาวะสีเหลืองเข้ม	(1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ
เบื่ออาหาร	(1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ	จุดเน้นบริเวณใต้ชายโครงขวา	(1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ
คลื่นไส้	(1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ	บวม ท้องมาน	
เอะอะ โวยวาย	(1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ	Prothrom time >4 วินาที	(1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ
สับสน	(1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ	อื่นๆ	

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ห้องปฏิบัติการที่ตรวจระบุ

- ซีรั่มเจาะเลือดครั้งแรก วันที่ ผลการตรวจ ทราบผลวันที่
- เจาะเลือดครั้งสอง วันที่ ผลการตรวจ ทราบผลวันที่
- ผลการตรวจตัวอย่างน้ำ

ชนิดตัวอย่างน้ำ	แหล่งที่เก็บ	วันที่เก็บ	ผลการตรวจเพาะเชื้อ	วันที่ทราบผล
			() พบเชื้อ	
			() ไม่พบ	
			() พบเชื้อ	
			() ไม่พบ	
			() พบเชื้อ	
			() ไม่พบ	

3. การรักษา

- รับการตรวจรักษา วันที่ เดือน พ.ศ.
- (1) ได้พบแพทย์ (2) พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (3) อื่นๆ ระบุ
- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค

4. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- ร่วมงานเลี้ยง/เทศกาล (1) ร่วม ระบุงาน สถานที่ วันที่/...../.....
- (2) ไม่ร่วม
- ประวัติการรับประทานอาหาร นม และน้ำโดยปกติหรือในช่วง 1 เดือน

- | | |
|--|--------------------------------------|
| (1) ดื่มนมสดระบุชนิดของนม | แหล่งผลิตนมระบุ |
| (1) ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ | |
| (2) ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี (1) ต้ม (2) พาสเจอร์ไรส์ (3) สเตอริไลซ์ | |
| (2) กินผักดิบระบุ | (3) กินไอศกรีมแหล่งที่ซื้อระบุ |

• โดยปกติรับประทานอาหารที่ไหน

มื้ออาหาร	สถานที่					
	บ้าน	โรงเรียน	ร้านอาหาร	รถเข็น	ทาบเร่	อื่นๆ ระบุ
มือเช้า						
มือกลางวัน						
มือเย็น						

5. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่นๆ และผู้สัมผัส

• ผู้สัมผัสร่วมบ้าน : ผู้ปรุงอาหาร, คนในครอบครัวมีอาการตาเหลืองตัวเหลืองหรือไม่

(1) ไม่มี (2) มีระบุชื่อ อายุ เพศ
 ระบุชื่อ อายุ เพศ

• ผู้สัมผัสในโรงเรียน : เพื่อนในโรงเรียนมีอาการตาเหลืองตัวเหลืองหรือไม่

(1) ไม่มี (2) มีระบุชื่อ อายุ เพศ ชั้นเรียน
 ระบุชื่อ อายุ เพศ ชั้นเรียน

• ผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงดูเด็กหรือสถานสงเคราะห์ฯมีอาการตาเหลืองตัวเหลืองหรือไม่

(1) ไม่มี (2) มีระบุชื่อ อายุ เพศ ทำหน้าที่
 ระบุชื่อ อายุ เพศ ทำหน้าที่

• ผู้สัมผัสในชุมชนเพื่อนบ้านใกล้เคียงที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำมีอาการตาเหลืองตัวเหลืองหรือไม่

(1) ไม่มี (2) มีระบุชื่อ อายุ เพศ ที่อยู่
 ระบุชื่อ อายุ เพศ ที่อยู่

หมายเหตุ ระยะเวลาที่กักตัว

- Viral Hepatitis A 15 - 50 วัน โดยเฉลี่ย 28 - 30 วัน
- Viral Hepatitis B 45 - 180 วัน เฉลี่ย 60 - 90 วัน สิ้นสุด 2 สัปดาห์ ยาวที่สุด 6 - 9 เดือน (ที่ตรวจพบ HBs Ag)
- Viral Hepatitis C 2 สัปดาห์ - 6 เดือน ปกติ 6 - 9 สัปดาห์ การติดเชื้อเรื้อรังอาจยาวนานถึง 20 ปี ก่อนเริ่มมีอาการตับแข็งหรือมีเนื้องอกที่ตับ
- Viral Hepatitis D หรือ Delta hepatitis ประมาณ 2 - 8 สัปดาห์
- Viral Hepatitis E 15 - 64 วัน หรือระหว่าง 26 - 42 วัน ในการระบาดในที่ต่างกัน

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

ที่ทำงาน วันที่สอบสวน โทรศัพท์

แบบสอบถามโรคเยื่อตาอักเสบจากเชื้อไวรัส

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง อาชีพ ศาสนา

ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อดี

กรณีเป็นนักเรียน โรงเรียน หมู่ที่

ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

2. อาการและอาการแสดง

ตาแดง () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ขี้ตา () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
เลือดออกที่เยื่อตา () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ปวดตา () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
กล้ามเนื้ออ่อนแรง () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	วันที่ส่ง	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
น้ำเหลืองครั้ง 1				
น้ำเหลืองครั้ง 2				
Conjunctival swab	Virus isolation			

4. การรักษา

สถานที่รักษา	ยาที่ให้	วันที่เริ่มให้	ผลการรักษา

5. ปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยง

- 5.1 อาศัยอยู่กับผู้ป่วยตาแดง () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
- 5.2 ใช้ของร่วมกัน () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ

6. ประวัติการสัมผัสโรค/ผู้ป่วยรายอื่น

ในระยะ 12 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยมีคนที่อยู่ในบ้าน ละแวกบ้านเดียวกันหรือโรงเรียน และมีอาการคล้ายกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ที่อยู่	วันเริ่มป่วย

7. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด

ในระยะเวลา 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย มีคนที่อยู่ในบ้านเดียวกัน สัมผัสกับผู้ป่วยหรือไม่

มี ไม่มี

ชื่อ-นามสกุล	อายุ	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	มีอาการหรือไม่ (บรรยาย)	วันเริ่มป่วย

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
 ที่ทำงาน วันที่สอบสวน โทรศัพท์

แบบสอบถามผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

1. **ข้อมูลทั่วไป** () PUI ไข่ออกผื่น () PUI หญิงตั้งครรภ์ () PUI ทารกศีรษะเล็ก () PUI GBS
- ชื่อ นามสกุล เพศ () ชาย () หญิง อายุ ปี เดือน
- อาชีพ (OCC) ลักษณะงานที่ทำ (OCC2) โรคประจำตัว (UD) โทร.
- ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด
- โรงเรียน/สถานที่ทำงาน อำเภอ จังหวัด
- ประวัติเดินทางก่อนป่วย 14 วัน และหลังป่วย 5 วัน (นอกเหนือจากโรงเรียนและที่ทำงาน)
- (1) สถานที่ วันที่เดินทาง
- (2) สถานที่ วันที่เดินทาง
- (3) สถานที่ วันที่เดินทาง
- จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่จริง คน ผู้ที่มีอาการไข้/ผื่น จำนวน คน (ระบุ)
- (1) ชื่อ ความเกี่ยวข้อง วันที่มีอาการ
- (2) ชื่อ ความเกี่ยวข้อง วันที่มีอาการ
2. **อาการและอาการแสดง**
- วันเริ่มป่วยของอาการแรก (ONSET) วันที่ เดือน พ.ศ.
- 1) ผื่น (RASH) (1) มี (2) ไม่มี วันเริ่มออกผื่น/...../.....
- ชนิดผื่น - ระยะเวลาของผื่น วัน
- บริเวณที่พบผื่น (ใส่ตัวเลขเรียงลำดับก่อน-หลัง) () ใบหน้า () ไหล่ () แขน () ขา () ลำตัว () อื่นๆ
- 2) ไข้ (FEVER) (1) มี (2) ไม่มี วันเริ่มมีไข้/...../.....
- 3) ตาแดง (CONJ) (1) มี (2) ไม่มี วันเริ่มตาแดง/...../.....
- 4) ปวดข้อ (ARTHRI) (1) มี (2) ไม่มี วันเริ่มปวดข้อ/...../.....
- 5) ข้อบวม/แดง/ร้อน (JTSWE) (1) มี (2) ไม่มี วันเริ่มข้อบวม/แดง/ร้อน/...../.....
- 6) ต่อมน้ำเหลืองโต (LYMP) (1) มี (2) ไม่มี ตำแหน่งที่ต่อมน้ำเหลืองโต
- 7) ปวดกล้ามเนื้อ (MYAL) (1) มี (2) ไม่มี
- 8) ปวดศีรษะ (HEADAC) (1) มี (2) ไม่มี
- 9) อ่อนเพลีย (FATIQ) (1) มี (2) ไม่มี
- 10) กลุ่มอาการทางเดินหายใจส่วนบน (URI) (1) มี (2) ไม่มี
- 11) กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (GBS) (1) มี (2) ไม่มี
- 12) อื่นๆ ระบุ
- **ข้อ 13) และ 14) ตอบเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์**
- 13) คลอดทารกแรกเกิดศีรษะเล็ก (BABYMICRO) (1) มี (2) ไม่มี (3) ยังไม่ทราบ
- 14) ทารกในครรภ์ศีรษะเล็ก (FETUSMICRO) (1) มี (2) ไม่มี (3) ยังไม่ทราบ

3. ปัจจัยเสี่ยงในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย

- 1) สัมผัสผู้ป่วยไข้ ออกผื่นก่อนป่วย (RISK1) (1) ใช่ (2) ไม่ใช่
 - 2) ไปทำงานกับคนที่มีอาการไข้ ออกผื่น (RISK2) (1) ใช่ (2) ไม่ใช่
 - 3) มีคนในครอบครัวมีอาการไข้ ออกผื่น (RISK3) (1) ใช่ (2) ไม่ใช่
 - 4) ท่านเดินทางไปในพื้นที่ที่มีประวัติเสี่ยงโรคชิก้า (RISK4) (1) ใช่ (2) ไม่ใช่
 - 5) บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคชิก้า (RISK5) (1) ใช่ (2) ไม่ใช่
- โดยอยู่ในรัศมี (1) 0 - 25 เมตร (2) 26 - 50 เมตร (3) 51 - 100 เมตร (4) เกิน 100 เมตร

4. การเก็บตัวอย่างตรวจ Zika

รายการส่งตรวจ	ระบุวันที่หากมีการส่งตัวอย่างตรวจ	การส่งตรวจ
1) Zika PCR จากปัสสาวะ (ZURIDATE)	...../...../.....	( ) ส่ง () ไม่ส่ง
2) Zika PCR จากเลือด (ZPCRDAT)	...../...../.....	( ) ส่ง () ไม่ส่ง
3) Zika PCR ตัวอย่างอื่นๆ (OTHPCR) โปรดระบุ.....	...../...../.....	( ) ส่ง () ไม่ส่ง
4) Zika IgM (ZIGMDATE) เฉพาะเด็กทารก และ GBS	...../...../.....	( ) ส่ง () ไม่ส่ง
5) Zika IgG (ZIGGDATE) เฉพาะเด็กหัวเล็กที่ Zika IgM negative	...../...../.....	( ) ส่ง () ไม่ส่ง

5. สรุปผลการสอบสวน

- 1) สรุปผู้ป่วย (CASE) () 1. PUI () 2. Suspected () 3. Confirmed () 4. Asymptomatic infection
- 2) วันที่ยืนยันการติดเชื้อ เฉพาะกรณีผู้ป่วยยืนยันหรือติดเชื้อไม่มีอาการ (CONFDATE)/...../.....
- 3) ที่มาของผู้ป่วย (TYPE) () 1. มารับการรักษา () 2. หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ () 3. ค้นหาย้อนหลังจากโรงพยาบาล () 4. ค้นหาเพิ่มเติมจากกลุ่มอื่นๆ ระบุ
- () 5. ผู้สัมผัส (กรณีตอบข้อ 5 โปรดระบุ)
เป็นผู้สัมผัสของผู้ป่วยยืนยัน ชื่อ
- () 5.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน () 5.2 ผู้สัมผัสร่วมโรงเรียน/ที่ทำงาน () 5.3 ผู้ที่อยู่ในรัศมี 100 เมตร
- () 5.4 ผู้ที่อยู่นอกรัศมี 100 เมตร () 5.5 หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เป้าหมาย
- () 5.6 หญิงตั้งครรภ์นอกพื้นที่เป้าหมาย () 5.7 อื่นๆ ระบุ

6. เฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้ถามเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

- 1) ตั้งครรภ์หรือไม่ (PREG) (1) ใช่ (2) ไม่ใช่ (3) ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- 2) เดือนที่กำหนดคลอด (DELIVER)/..... ระบุเดือน/ปี
- 3) อายุครรภ์เมื่อพบครั้งแรก (GAMEET) สัปดาห์
- 4) อายุครรภ์เมื่อพบหรือสงสัยว่าติดเชื้อ (GAINFECT) สัปดาห์
- 5) ผลการตั้งครรภ์ (PREGOUT)
(1) คลอดทารกปกติ (2) คลอดทารกผิดปกติ (3) ทารกเสียชีวิตเมื่อแรกเกิด
(4) ทารกตายในครรภ์ (GA 28 wk เป็นต้นไป) (5) แท้งบุตร (GA น้อยกว่า 28 wk) (6) ยังไม่คลอด

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
 ที่ทำงาน วันที่สอบสวน โทรศัพท์

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสซูอิส

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ ศาสนา

มีอาการป่วยหรือไม่ มี ไม่มี (ถ้าไม่มีข้ามไปตอบข้อ 5 และ ข้อ 6)

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย ตาย ส่งต่อ ระบุ

2. อาการและอาการแสดง

2.1 กลุ่มอาการติดเชื้อกระแสโลหิต

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดท้อง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อาเจียน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อุจจาระร่วงเฉียบพลัน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ (ระบุ)
จำเลือด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	.....

2.2 กลุ่มอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ทรงตัวลำบาก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	การได้ยินลดลง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คอแข็ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หูหนวก
ชักเกร็ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ (ระบุ)

2.3 กลุ่มอาการอื่นๆ

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อุจจาระร่วง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ลิ้นหัวใจอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
จำเลือด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ม่านตาอักเสบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ (ระบุ)
ส่วนบน	.....

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 ย้อมสีกรัม ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ตรวจ ผล ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 เพาะเชื้อแบคทีเรีย ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ตรวจ ผล ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- ทำ เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง วันที่ตรวจ ผล ไม่ทำ
- ทำ เพาะเชื้อจากน้ำไขข้อ วันที่ตรวจ ผล ไม่ทำ
- 3.3 อนุชีววิทยา (PCR) ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ตรวจ ผล ไม่ทำ
- 3.4 ตรวจทางซีโรโลยี โดยวิธี ระบุ
 ทำ สิ่งส่งตรวจ วันที่ตรวจ ผล ไม่ทำ

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	Glubulin	Total Billrubin	Triglyceride	Cholesterol

3.7 ผลการตรวจน้ำไขสันหลัง

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

4. การรักษา

- ซื้อยากินเอง ชื่อยา
- ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล ที่ วันที่ เดือน ปี
ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่า
- ยาปฏิชีวนะที่ใช้ ขนาด เริ่มวันที่
- ยาปฏิชีวนะที่ใช้ ขนาด เริ่มวันที่

5. ประวัติการสัมผัสโรค

- 5.1 ในระยะ 7 วัน ก่อนมีการ สัมผัสซาก เนื้อ หรือผลิตภัณฑ์ของสัตว์ที่สงสัยว่าตายด้วยโรคแอนแทรกซ์ หรือไม่
 มี ระบุ ไม่มี

- เลี้ยงสุกร
สถานที่เลี้ยง ลักษณะการสัมผัส
- หม่าหรือฆ่าและสุกร จำนวน ครั้ง สถานที่ฆ่าและ
- ในโรงฆ่าสัตว์ นอกโรงฆ่าสัตว์
ชื่อและที่อยู่เจ้าของสุกร
- หั่นเนื้อประกอบอาหาร ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เดือน ปี เวลา
- แหล่งที่มาของเนื้อสุกร
- ขายหรือขนส่งสุกรมีชีวิตหรือซากสุกร
- แหล่งที่มาของเนื้อสุกร
- อื่นๆ ระบุ

5.2 ในระยะ 7 วัน ก่อนเริ่มมีอาการ รับประทานอาหารจากเนื้อหรือเลือดสุกรดิบที่ปรุงดิบหรือไม่สุกพอ หรือไม่

- รับประทาน
 ลาบ หลู้ ยำ ปิ้งและย่าง แกง แหนม อื่นๆ ระบุ
- รับประทานเมื่อวันที่ แหล่งที่มาของอาหาร
- ไม่รับประทาน

6. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

6.1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หรือโรคประจำตัว

เบาหวาน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มะเร็ง ระบุ...	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตัดม้าม/ไตออก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไขมันในเส้นเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตับแข็ง/ พิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผิติดปกติ			
อื่นๆ (ระบุ)			

6.2 ประวัติการดื่มสุรา

- ดื่มมานาน ปี เดือน ชนิดสุราที่ดื่ม
- ดื่มเฉลี่ย ครั้งต่อสัปดาห์ ปริมาณการดื่มเฉลี่ยต่อครั้ง (แก้ว/ขวดกลม/แบน)
- ไม่ดื่ม

6.3 ประวัติบาดแผลในช่วง 7 วันก่อนป่วย

- มีบาดแผล ระบุตำแหน่ง
- ไม่มีบาดแผล

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

รายชื่อผู้ร่วมสัมผัส เช่น ผู้เลี้ยงคนอื่น ผู้ร่วมฆ่าเหาะ ผู้รับประทานอาหาร

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

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

ที่ทำงาน วันที่สอบสวน โทรศัพท์

แบบสอบถามเฉพาะรายโรคเท้าช้าง

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง อาชีพ เชื้อชาติ

กรณีผู้ป่วยต่ำกว่า 15 ปี ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ () ป่วยวินิจฉัย () ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา () กำลังรักษา () หาย () เสียชีวิต ระบุ ว.ด.ป.

() ไม่สมัครอยู่ () ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ

2. อาการและอาการแสดง

ไข้	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ปวดบวมแดงร้อนบริเวณต่อม และทางเดินน้ำเหลือง	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
อวัยวะบวมโต	() มี ระบุ	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ขาบวมโต	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจ Thick film
() มี ระบุผล วันที่ส่งตรวจ () ไม่มี
- 3.2 การตรวจหาแอนติเจนของเชื้อ Wuchereria bancrofti ด้วยวิธี Immunochromatography (Dipstick)
() มี ระบุผล วันที่ส่งตรวจ () ไม่มี
- 3.4 อื่นๆ ระบุ

4. การรักษา

- 4.1 ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ Diethylcarbamazine () ใช้ วันที่ให้การรักษา () ไม่ใช่
Albendazole () ใช้ วันที่ให้การรักษา () ไม่ใช่
- 4.2 การรักษาอื่นๆ

5. แหล่งรังโรค

5.1 ในช่วง 1 เดือน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปที่ไหนบ้าง () เคย ระบุ () ไม่เคย

1. ไปที่ วันที่

2. ไปที่ วันที่

5.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกันป่วยเป็นโรคเท้าช้างภายในระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

() มี ระบุ () ไม่มี

1. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

2. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

5.3 มีผู้ป่วยโรคเท้าช้างจากหมู่บ้านอื่นมาพักอาศัยร่วมบ้านหรือบ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกันภายในระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

() มี ระบุ () ไม่มี

1. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

2. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

5.4 มีคนต่างชาติอยู่ในละแวกใกล้เคียงบ้านผู้ป่วยเป็นโรคเท้าช้างภายในระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

() มี ระบุ () ไม่มี

1. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

2. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

6.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคเท้าช้างภายในระยะเวลา 1 เดือน หลังวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

() มี ระบุ () ไม่มี

1. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย

2. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย

6.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคเท้าช้างภายในระยะเวลา 1 เดือน หลังวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

() มี ระบุ () ไม่มี

1. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

2. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรค (Incubation period) ประมาณ 3 - 9 เดือน เชื้ออาจมีอายุได้นาน 4 - 6 ปี

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
ที่ทำงาน วันที่สอบสวน โทรศัพท์

แบบสอบถามเฉพาะรายโรคบรูเซลโลสิส

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง อาชีพ ศาสนา

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขตอบต.

ชื่อ - สกุลผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย.....

ผลการรักษา () กำลังรักษา () หาย () ตาย () ส่งต่อระบุ

2. อาการและอาการแสดง

ไข้สูง () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ไข้เป็นระยะๆ/ เป็นๆ หายๆ () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	เหงื่อออกตอนกลางคืน () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ปวดข้อ () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
อ่อนเพลียมาก () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	
น้ำหนักลด () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ดับและม้ามโต () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
อัมตะบวมแดงปวด () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	อื่นๆ ระบุ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 ย้อมสีแกรม () ไม่ทำ
() ทำ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ ผล

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.2เพาะเชื้อแบคทีเรีย () ไม่ทำ
() ทำ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ ผล

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.3 ตรวจทางซีโรโลยีโดยวิธี ระบุ () ไม่ทำ
() ทำ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ ผล

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.4 ตรวจสอบสารพันธุกรรมด้วยวิธี PCR () ไม่ทำ
 () ทำ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ ผล
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

() ซ้ำยากินเองซึ่อย่า () รักษาด้วยยาสมุนไพรซึ่อย่า
 () ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล วันที่ เดือน ปี
 ยาปฏิชีวนะที่ใช่
 (ครั้งที่ 1) เริ่มวันที่ (ครั้งที่ 2) เริ่มวันที่
 () ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

5. ประวัติการสัมผัสโรคในระยะ 6 เดือนก่อนเริ่มมีอาการ

5.1 ได้สัมผัสเลือด รกสัตว์
 () มี ระบุ () ไม่มี

5.2 หายใจเอาฝุ่นละอองที่อยู่ภายในคอกสัตว์
 () มี ระบุ () ไม่มี

5.3 บริโภคน้ำนมหรือน้ำอสุจิ หรือไม่
 () มี ระบุ () ไม่มี

5.4 ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อโรคนี้
 () มี ระบุ () ไม่มี

5.5 สัมผัสสัตว์ที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีอื่นๆ เช่น ท้องเทียมในฟาร์มหรือสวนสัตว์หรือล่าสัตว์
 () มี ระบุ () ไม่มี

6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

6.1 ลักษณะบ้านพักอาศัย
 บริเวณบ้านพักอาศัย () พักในฟาร์มหรือเขตเลี้ยงสัตว์ () นอกฟาร์ม
 ในกรณีที่พักในฟาร์ม
 - การเลี้ยงสัตว์
 () มี ระบุชนิดสัตว์ () ไม่มี
 อื่นๆ อธิบาย

6.2 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ
 น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ () มี () ไม่มี
 การเลี้ยงสัตว์ () มีระบุชนิดสัตว์ () ไม่มี
 อื่นๆ อธิบาย

6.3 พุทธิกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อจุลินทรีย์ที่ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่เมื่ออยู่ในเขตเลี้ยงสัตว์ในช่วง 6 เดือนก่อนป่วย

- การสัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นแฉะ สัมผัส ระบุ ไม่มีการสัมผัส
- การสัมผัสเลือด บัสสาวะ สิ่งคัดหลั่ง สัมผัส ระบุ ไม่มีการสัมผัส
จากช่องคลอด ช่วยทำคลอดสัตว์
- การป้องกันตนเอง สวมรองเท้าแตะ สวมรองเท้าหุ้มส้นหรือบูทยาว
 สวมถุงมือสั้น สวมถุงมือช่วยคลอด
 ไม่สวมถุงมือ ไม่สวมรองเท้า
- การเกิดบาดแผล มีบาดแผลระบุ ไม่มีบาดแผล
ตำแหน่งบาดแผล มือ แขน ขา เท้า ลำตัว
ลักษณะบาดแผล มีเลือดออก ไม่มีเลือดออก
- ข้ำแหละซากสัตว์ มี ไม่มี
ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เดือน ปี เวลา
สถานที่ข้ำแหละ
ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์
- เป็นสัตว์ในท้องที่ นำมาจาก
- หนัเนื้อประกอบอาหาร มี ไม่มี
ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เดือน ปี เวลา
- รับประทานเนื้อสัตว์ดิบ มี ไม่มี
ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เดือน ปี เวลา
ระบุวิธีประกอบอาหาร
- บริโภคน้ำนมที่ไม่ผ่านความร้อนอย่างถูกวิธี มี ไม่มี
ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เดือน ปี เวลา
ระบุแหล่งที่มา
- เหตุผล
- เข้าไปรีดนมสัตว์ หรือทำความสะอาดในคอกปศุสัตว์ มี ไม่มี
ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เดือน ปี เวลา
ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์
- เป็นสัตว์ในท้องที่ นำมาจาก

ชื่อ - สกุลผู้สอบสวนโรค ตำแหน่ง

ที่ทำงาน โทรศัพท์ วันที่สอบสวน

แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคบิด

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

เชื้อชาติ สถานที่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อกันได้

(กรณีผู้ป่วยต่ำกว่า 15 ปี ให้ระบุอาชีพผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น โรงเรียน ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.
ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

วันเริ่มอาการ วันที่มาโรงพยาบาล

ผลการรักษา () กำลังรักษา () หาย () เสียชีวิต วันที่

() ไม่สมัครใจอยู่ () ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ

2. อาการและอาการแสดง

ไข้	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	ถ่ายเหลว	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ปวดท้องทั่วไป	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	ถ่ายเป็นน้ำ	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ปวดท้องมากบริเวณ ท้องน้อยด้านขวา	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	ถ่ายเป็นมูกเลือด	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
				คลื่นไส้, อาเจียน	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ปวดแบ่งเวลากถ่าย อุจจาระ	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	ซັก	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ถ่ายกระปริบ กระปรอย	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	หนาวสั่น	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ห้องปฏิบัติการที่ตรวจระบุ
 ตรวจอุจจาระ (stool examination)
 () ตรวจวันที่ ผล WBC cell/HPF () ไม่ได้ตรวจ
 ตรวจอุจจาระสด
 () พบ trophozoites ของ Entamoeba histolytica () ตรวจแต่ไม่พบ () ไม่ได้ตรวจ
 ทำ sigmoidoscope หรือ proctoscope เพื่อดูรอยโรคและเก็บอุจจาระสดตรวจหา trophozoites ของ
 Entamoeba histolytica
 () ทำ พบ trophozoites () ไม่ได้ทำ () ทำแต่ไม่พบ
 เพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ rectal swab ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ
 () พบเชื้อ Shigella () พบเชื้อ E.coli () พบเชื้ออื่นๆ ระบุ
 () ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ
 กรณีพบเชื้อ Shigella ได้ทดสอบเชื้อดื้อต่อยาปฏิชีวนะหรือไม่
 () ไม่ได้ทำการทดสอบ () ทำการทดสอบพบว่าเชื้อดื้อต่อยา
 กรณีเพาะเชื้อจากอุจจาระ/rectal swab และพบเชื้อ Shigella ได้ทดสอบการตอบสนองของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ
 หรือไม่

() ผลการทดสอบการตอบสนองของเชื้อที่เพาะขึ้นต่อยาปฏิชีวนะ

Tetra.	Cotri.	Ampi.	Norflor.	Doxy.	Cipro.	อื่นๆ ระบุ

() ไม่ได้ทำการทดสอบ

- การตรวจตัวอย่างน้ำ () ส่งตรวจ () ไม่ได้ส่งตัวอย่างน้ำตรวจ

ชนิด ตัวอย่างน้ำ	แหล่ง	วันที่ เก็บ	ผลการ เพาะเชื้อ	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อที่เพาะขึ้น						
				Ampi	Tetra	Norflor	Cotri	Doxy	Cipro	อื่นๆ ระบุ
			() พบเชื้อ ระบุ							
			() ไม่พบ							
			() พบเชื้อ ระบุ							
			() ไม่พบ							
			() พบเชื้อ ระบุ							
			() ไม่พบ							

4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
- () ได้พบแพทย์ () พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่นๆ ระบุ
- ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค () บิด Amoebiasis () บิด Shigellosis (bacillary dysentery)
- () โรคอื่นๆ
- ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ ระบุ
- () ขนาดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ x ครั้ง x วัน
- () ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ
- ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่ () ได้รับ () ไม่ได้รับ
- ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ () ได้รับ () ไม่ได้รับ
- ได้ซื้อยามาซื้อ (ปฏิชีวนะ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่
- () ซื้อยากินเอง ระบุ
- () ไม่ได้ซื้อยากินเอง

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- ช่วง 1 วัน - 1 เดือน ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีการเดินทางไปที่ไหนบ้าง
 - () เดินทาง
 - ไปสถานที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด ระหว่างวันที่
 - ไปสถานที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด ระหว่างวันที่
 - () ไม่ได้เดินทาง () จำไม่ได้
- ในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้มีผู้มาเยี่ยมเยียนหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่
 - () มีผู้มาเยี่ยม () มีผู้มาพักอาศัย () ไม่มี
- ผู้ที่มาเยี่ยมเยียนหรือมาพักอาศัย มีใครมีอาการป่วยเหมือนผู้ป่วย
 - () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ

พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม) ภายในช่วง 1 สัปดาห์ (ระยะฟักตัวของ Shigellosis) จนถึง 4 เดือน (ระยะฟักตัวของ Amoebiasis) ก่อนการป่วยครั้งนี้ โดยปกติรับประทานอาหารหรือน้ำดื่มที่ไหน

มื้ออาหาร	สถานที่					
	บ้าน	โรงเรียน	ร้านอาหาร	รถเข็น	ทาบเร่	อื่นๆ ระบุ
เช้า						
กลางวัน						
เย็น						
น้ำดื่ม	ระบุประเภท แหล่งน้ำดื่ม ระบุ () ดื่ม () ไม่ดื่ม () กรอง () ขวดปิดสนิท					

โอกาสสัมผัส/แพร่โรค

- ผู้ประกอบอาหารในครอบครัว มีอาการป่วยเช่นเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่
 - () ไม่มีอาการป่วย () มี ป่วยก่อนผู้ป่วย วัน () มี ป่วยหลังผู้ป่วย วัน
 - () ไปรับการรักษาที่ () ไม่ได้รักษา
- ในการสอบสวนโรคได้ทำการเพาะเชื้อจากอุจจาระหรือ rectal swab ในผู้ประกอบอาหารหรือไม่
 - () ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อ () ทำการเพาะเชื้อ พบเชื้อ ระบุ
 - () ไม่พบเชื้อ

หมายเหตุ “ในครอบครัว” ให้หมายรวมถึงสถานเลี้ยงดูเด็ก สถานสงเคราะห์หรืออื่นๆ ซึ่งมีคนอาศัยร่วมกันจำนวนมาก

6. การค้นหาผู้ป่วยโรคบิด

โดยเก็บอุจจาระสดตรวจเพื่อหาเชื้อ E.histolytica หรือเพาะเชื้อจากอุจจาระ หรือ rectal swab เพื่อหาเชื้อ Shigella spp.

ชื่อ - สกุล	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันเก็บอุจจาระ	พบ cysts	พบ trophozoites	พบเชื้อ Shigella	พบเชื้ออื่น ระบุ	อาการป่วย	
							มี	ไม่มี

หมายเหตุ ระยะฟักตัวของบิด ขึ้นกับชนิด และปริมาณของเชื้อ Amoebiasis จาก Entamoeba histolytica ประมาณ 2 - 3 วัน จนถึงหลายเดือนหรืออาจเป็นปี ปกติ 2 - 4 เดือน Shigellosis จาก Shigella ปกติ 1 - 3 วัน โดยทั่วไป 12 - 96 ชั่วโมง หากเป็น S.dysenteriae 1 อาจนานถึง 1 สัปดาห์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

ที่ทำงาน

วันที่สอบสวน โทรศัพท์

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล เพศ ชาย หญิง อายุ ปี

สัญชาติ เชื้อชาติ อาชีพ

(ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น นักเรียน, นักบวช, ทหาร, นักโทษ เป็นต้น และหากเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าลักษณะการทำงานที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยอย่างไร)

สถานที่ทำงาน (ระบุชื่อ) ตำบล อำเภอ ...

จังหวัด โทรศัพท์ที่ทำงาน ...

ที่อยู่ขณะป่วย เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย ...

ถนน ... ตำบล ... อำเภอ ...

จังหวัด โทรศัพท์ บ้าน มือถือ ...

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย ญาติ ระบุความสัมพันธ์ อื่นๆ ระบุ ...

2. ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

2.1 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสสัตว์ปีก (ฟาร์ม/เลี้ยง/ในธรรมชาติ) เช่น จับ ขำแหละ ฝังกลบหรือรับประทาน สุกๆ ดิบๆ เป็นต้น

ไม่มี มี ระบุลักษณะการสัมผัส ...

2.2 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้มีการสัมผัสโดยตรงกับสุกร หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ ที่ป่วย/ตายผิดปกติหรือไม่ทราบสาเหตุ

ไม่มี มี ระบุ (วัน/เดือน/ปี ที่สัมผัส)ชนิดสัตว์ ...

2.3 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านพักอาศัยในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกป่วยตายมากผิดปกติหรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม

ไม่มี มี

2.4 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านได้สัมผัสสุกรหรือดีมนมสุกร

ไม่มี มีระบุลักษณะการสัมผัส.

2.5 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านอาศัยอยู่ หรือ มีการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด

ไม่มี มีถ้ามีระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

ชื่อประเทศ เมือง/จังหวัด อำเภอ ...

วันที่ไป วันที่กลับ ...

เหตุผลของการเดินทางไปประเทศดังกล่าว ...

มีประวัติเข้ารับการรักษาหรือเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลขณะอยู่ที่ประเทศดังกล่าวหรือไม่

ไม่มี มีระบุวันที่เข้าโรงพยาบาล ชื่อโรงพยาบาล ...

2.6 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านให้การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่/ไข้หวัดนก/ปอดอักเสบหรือไม่

ไม่มี มีระบุความสัมพันธ์ ชื่อ (หากสามารถระบุได้) ...

2.7 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้ ไม่ใช่ ใช่

2.8 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ไม่ใช่ ใช่ ระบุ

2.9 ผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน

ไม่ใช่ ใช่ระบุรายละเอียดของผู้ป่วยปอดอักเสบรายอื่น

ชื่อ-สกุล วันเริ่มป่วย ...

อาการ ...

การวินิจฉัย โรงพยาบาลที่วินิจฉัย ...

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้ ...

3. ข้อมูลการเจ็บป่วย

3.1 วันเริ่มป่วยวันที่ เดือน พ.ศ. ...

3.2 สถานที่รักษา (ครั้งแรก) วันที่ ...

เป็น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน สถานที่ Admit วันที่ ...

3.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือโรคประจำตัว ไม่มี มี (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้านล่าง)

โรคปอดเรื้อรัง เช่น COPD, chronic bronchitis, chronic bronchiectasis, BPD หรือหอบ (asthma) ที่กำลังรักษา

โรคหัวใจ เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด, โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ congestive heart failure

โรคตับเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง (cirrhosis) โรคไต, ไตวาย

เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง

โลหิตจาง (ธาลัสซีเมีย, sickle cell anemia)

พิการทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สัปดาห์

อ้วน ส่วนสูง เซนติเมตร น้ำหนัก กิโลกรัม (BMI =)

มะเร็งที่กำลังรักษา ระบุประเภท อื่นๆ ...

ประวัติการสูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบ ถ้าสูบ ยังสูบ ปริมาณมวน/ซอง ต่อ วัน/สัปดาห์

หยุดสูบ เลิกมานาน

ประวัติการดื่มสุรา ไม่ดื่ม ดื่ม ถ้าดื่ม ยังดื่ม ปริมาณต่อ วัน/สัปดาห์

หยุดดื่ม เลิกมานาน

3.4 ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ไม่เคยได้รับ เคยได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ

3.5 อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล

.....
.....
.....

3.6 อาการผู้ป่วยตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน

อาการและ อาการแสดง	วันเริ่มป่วย		วันที่หลังวันเริ่มป่วย											
	0		1		2		3		4		5		6	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไข้ (ระบุ Temp °c)														
ไอ														
เจ็บคอ														
มีน้ำมูก														
มีเสมหะ														
หายใจลำบาก														
หอบเหนื่อย														
ปวดกล้ามเนื้อ														
ปวดศีรษะ														
ถ่ายเหลว														

อาการอื่นๆ ระบุ (ถ้ามี) ...

เครื่องช่วยหายใจ ไม่ใช่ ใช่ ระบุวันที่ได้

การรักษา ได้รับยาต้านไวรัส ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุชื่อยา

ขนาดที่ได้รับ วันที่เริ่มให้ยา วันที่หยุดยา

4. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.1 CBC ครั้งที่ 1 : วันที่ ผล Hb% Hct % WBCcell/ml

Neutrophil% Lymphocyte% Atypical lymphocyte ...% Monocyte%

Eosinophil% Platelet countcell/ml

ครั้งที่ 2 : วันที่ผล Hb% Hct% WBCcell/ml

Neutrophil% Lymphocyte% Atypical lymphocyte% Monocyte

Eosinophil% Platelet countcell/ml

4.2 Sputum gram stain : วันที่ ผล ...

4.3 Sputum AFB ครั้งที่ 1 : วันที่ ผล ...

ครั้งที่ 2 : วันที่ ผล ...

ครั้งที่ 3 : วันที่ ผล ...

4.4 Sputum culture : วันที่ ผล ...

4.5 Hemo-culture : วันที่ ผล ...

ส่วนที่ 2 การติดตามลักษณะอาการผู้ป่วยหลังการสอบสวน

อาการและ อาการแสดง	วันที่ตั้งนอนโรงพยาบาล													
	วันแรกรับ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ไข้ (ระบุ Temp °c)	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไอ														
เจ็บคอ														
มีน้ำมูก														
มีเสมหะ														
หายใจลำบาก														
ทอนเทิน้อย														
ปวดกล้ามเนื้อ														
ปวดศีรษะ														
ถ่ายเหลว														
อุณหภูมิร่างกายสูงสุด														
อุณหภูมิร่างกายต่ำสุด														
ชีพจรสูงสุด														
Oxygen sat														

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่ามีผิดปกติ		
สิ่งที่ตรวจ	วันที่เก็บ	ผลการตรวจ
CBC		
CXR		
Sputum gram stain		
Sputum culture		
Hemoculture		
อื่นๆ		

การตรวจหาเชื้อปอดอักเสบ	วันที่เก็บ	ผลการตรวจ
Influenza A		
Influenza B		
Adeno virus		
Respiratory syncytial virus		
Corona virus ครั้งที่ 1		
Corona virus ครั้งที่ 2		
Chlamydia		
Mycoplasma		
Legionella		
อื่นๆ		

แบบสอบถามเฉพาะรายผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- ชื่อ - สกุล อายุ ปี เลขที่บัตรประชาชน
(กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี กรุณาระบุชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง) โทร.
- เพศ ชาย หญิง
- เชื้อชาติ ไทย พม่า ลาว อื่น (ระบุ)
- ศาสนา พุทธ อิสลาม อื่นๆ ระบุ
- อาชีพ เกษตรกรรม รับจ้าง ระบุ ข้าราชการ ค้าขาย
 นักเรียน/นักศึกษา ระบุ ชื่อสถานศึกษา ระดับชั้น อื่นๆ ระบุ
- ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน ชุมชน ซอย
ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
เป็นพื้นที่ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล ในเขต อบต.
- ภูมิลำเนา ที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วย หากอยู่คนละที่กับที่อยู่ขณะป่วย โปรดลงรายละเอียด
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน ชุมชน ซอย
ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
เป็นพื้นที่ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล ในเขต อบต.
- เบอร์โทรศัพท์ของญาติ/เพื่อนบ้าน/ผู้นำสง ที่สามารถติดต่อได้

ส่วนที่ 2 ประวัติการถูกสัตว์กัด/อาการและอาการแสดง

- วันเริ่มมีอาการ เข้ารับการรักษาที่ รพ./สอ./คลินิก วันที่
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน
- ผลการรักษา กำลังรักษา ระบุสถานที่ เสียชีวิต วันที่
- อาการและอาการแสดง

ไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตื่นเต้นกระวนกระวาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อาละวาด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ต่อสิ่งเร้า แสง/เสียง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ผุดลุกผุดนั่ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลืนลำบาก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซึม ไม่รู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
งมน้ำลายตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	นอนหายใจเป็นพักๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลัวลม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ขนลุกบางส่วนหรือทั้งตัว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลัวน้ำ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	สูญเสียความทรงจำชั่วคราว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รูม่านตาไม่ตอบสนองต่อแสง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	แขน ขาอ่อนแรง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่นๆ ระบุ			

ส่วนที่ 3 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในคน

1. เนื้อสมอง ไม่ได้ส่ง ส่ง วันที่ส่งตรวจ

สถานที่ส่งตรวจ ผล Positive Negative
2. น้ำลาย ไม่ได้ส่ง ส่ง วันที่ส่งตรวจ

สถานที่ส่งตรวจ ผล Positive Negative
3. น้ำไขสันหลัง ไม่ได้ส่ง ส่ง วันที่ส่งตรวจ

สถานที่ส่งตรวจ ผล Positive Negative
4. ปัสสาวะ ไม่ได้ส่ง ส่ง วันที่ส่งตรวจ

สถานที่ส่งตรวจ ผล Positive Negative
5. ปมจากนม ไม่ได้ส่ง ส่ง วันที่ส่งตรวจ

สถานที่ส่งตรวจ ผล Positive Negative
6. ผิวหนังบริเวณท้ายทอย ไม่ได้ส่ง ส่ง วันที่ส่งตรวจ

สถานที่ส่งตรวจ ผล Positive Negative
7. เซลล์กระจกตา ไม่ได้ส่ง ส่ง วันที่ส่งตรวจ

สถานที่ส่งตรวจ ผล Positive Negative

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติเมื่อถูกสัตว์กัด (หรือสัมผัสเชื้อ)

1. การทำความสะอาดแผล

ไม่ได้ล้าง เพราะ

ล้างทันทีที่ถูกกัด ล้างหลังจากถูกกัดแล้ว ชั่วโมง/วัน

ล้างด้วยน้ำเปล่า สบู่/ผงซักฟอก อื่นๆ ระบุ
2. การทายาใส่แผล ไม่ได้ใช้ ใช้ ระบุชนิด
3. การเย็บแผล ไม่ได้เย็บแผล เย็บแผลที่ รพ./รพ.สต./คลินิก

ส่วนที่ 5 ประวัติการได้รับวัคซีน/ซีรัม/อาการแทรกซ้อนหลังได้รับวัคซีน/ซีรัม

1. ประวัติการฉีดซีรัม ไม่ได้ฉีด

ฉีด วันที่ ชนิดของซีรัม ซีรัมม้า (ERIG) ซีรัมคน (HRIG)

จำนวน หน่วยสากล (IU) Lot. No. วันหมดอายุ

ไม่ทราบ
2. ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้เสียชีวิต **การฉีดวัคซีน** ไม่ทราบ

ไม่ได้ฉีด

ฉีด ชนิดของวัคซีน (ระบุ) HDCV PCEC PVRV PDEV CPRV

วันที่เริ่มฉีด จำนวน ซีซี Lot. No. วันหมดอายุ

ฉีดในวันที่ 0 3 7 14 30 รวม ครั้ง

วิธีฉีด เข็มกล้ามเนื้อ (I.M.) ในผิวหนัง (I.D.)

3. อาการแทรกซ้อนหลังฉีดวัคซีน ไม่มี
- มี ระบุ บวมที่บริเวณฉีด ปวดศีรษะ ไข้สูง
- ปัสสาวะลำบาก อัมพาต เสียชีวิต
- อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 6 ประวัติการสัมผัสโรค

1. ชนิดของสัตว์ที่กัด/ข่วน สุนัข แมว ลิง ชะนี หู อื่นๆ ระบุ
2. วันที่ถูกสัตว์กัด/ข่วน (ถ้าไม่ทราบวันที่ สามารถระบุเป็นช่วงเวลาได้) ไม่ทราบ
3. สถานที่ที่ถูกกัด ในบ้าน นอกบ้าน ระบุสถานที่ จังหวัด
- นอกประเทศไทย ระบุ
4. ลักษณะหมู่บ้านบริเวณที่ถูกสัตว์กัด ชุมชนเมือง ชานเมือง ชนบท
5. การได้รับเชื้อ
- ไม่ทราบ ถูกน้ำลาย คลุกคลีใกล้ชิดสัตว์ ถูกข่วน ถูกกัด
6. บริเวณที่ถูกสัมผัสและความรุนแรง

โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนภาพร่างกาย บริเวณที่ถูกกัด/ข่วน/ถูกน้ำลาย/ถูกเลีย ให้ชัดเจน

ลำดับที่	อวัยวะที่ได้รับสัมผัส	ลักษณะการสัมผัส					
		ถูกกัด		ถูกข่วน		ถูกเลีย/ถูกน้ำลาย	
		มีเลือดออก	ไม่มีเลือดออก	มีเลือดออก	ไม่มีเลือดออก	ที่มีแผล	ที่ไม่มีแผล
1.	ศีรษะ						
	หน้า						
	ลำคอ						
2.	มือ						
3.	แขน						
4.	ลำตัว						
5.	ขา						
6.	เท้า						
7.	อื่นๆ ระบุ						
						

ส่วนที่ 7 ประวัติของสัตว์ที่กัด

- อายุสัตว์ น้อยกว่า 3 เดือน 3 - 6 เดือน 6 - 12 เดือน มากกว่า 1 ปี ไม่ทราบ
- สถานภาพสัตว์ มีเจ้าของ ไม่มีเจ้าของ ไม่ทราบ
- การกักขังติดตามดูอาการสัตว์ ไม่ได้กักขัง
 ได้กักขัง/ติดตาม
พบ ตายเองภายใน 10 วัน ไม่ตายภายใน 10 วัน
 ถูกฆ่าตาย
 สัตว์หายไปติดตามไม่ได้
- สาเหตุที่ถูกกัด : ถูกกัดโดยไม่มีสาเหตุในมนำ
 ถูกกัดโดยมีสาเหตุในมนำ เนื่องจาก ทำร้าย หรือแก่งสัตว์
 พยายามแยกสัตว์ที่กำลังต่อสู้กัน
 เข้าใกล้สัตว์แม่ลูกอ่อน
 รบกวานสัตว์ขณะกินอาหาร อื่นๆ ระบุ
- ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของสัตว์นำโรค
 ไม่ทราบ
 ไม่ได้รับ
 ได้รับ จำนวน ครั้ง ภายใน 1 ปี เกิน 1 ปี จำไม่ได้
จาก คลินิกรักษาสัตว์ รพหน่วยปศุสัตว์ โรงพยาบาลสัตว์รัฐบาล โรงพยาบาลสัตว์เอกชน
 เจ้าของสัตว์ซื้อมาฉีดเอง สถานที่ชื่อ
- การส่งหัวสัตว์ตรวจ ไม่ได้ส่งตรวจเนื่องจาก
 ส่งตรวจ ระบุสถานที่ส่ง ผลการตรวจ พบเชื้อ ไม่พบเชื้อ

ส่วนที่ 8 ผู้สัมผัสโรครายอื่น

- ผู้สัมผัสโรคจากสัตว์ตัวเดียวกัน**
มีผู้ถูกกัดจำนวน คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว คน
มีผู้สัมผัสน้ำลายจำนวน คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว คน
มีผู้ถึงแก่กรรมจากสัตว์ตัวเดียวกันนี้กัด
 ไม่มี มี ชื่อ-สกุล เบอร์โทรศัพท์ ญาติ/ผู้เกี่ยวข้อง
- ผู้สัมผัสโรคจากผู้ป่วยรายนี้**
สัมผัสน้ำลายโดยไม่มีแผล คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว คน
สัมผัสน้ำลายโดยมีแผลหรือถูกผู้ป่วยกัด คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว คน

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวนโรคตำแหน่ง
สถานที่ปฏิบัติงาน โทรศัพท์ E-mail
วันที่สอบสวนโรค

หมายเหตุ : ระยะเวลาฟักตัวของโรค (Incubation period) ที่เชื้อถือได้สั้นที่สุด 7 วัน ยาวนานที่สุด 3 ปี (โดยเฉลี่ย 30 - 90 วัน)

แบบสอบถามโรคมือ เท้า ปาก/ไข้เอนเทอโรไวรัส

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย เลขที่บัตรประชาชน อายุ ปี
 เพศ ชาย หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ สถานที่
 (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น
 ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น โรงเรียน/สถานเลี้ยงเด็ก
 ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ... ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.
 ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ... ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.
 วันเริ่มอาการ วันที่มาโรงพยาบาล
 ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต วันที่
 ไม่สมัครใจอยู่ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ

2. อาการและอาการแสดง

ไข้ <input type="checkbox"/> มี วัน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เจ็บหน้าอก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่คอหอย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ชัก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กระพุ้งแก้ม/เหงือก	คอแข็ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ฝ่ามือ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซีม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ฝ่าเท้า <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ลิ้นส้นหรือระดับ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่นหรือแผลที่ก้น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ความรู้สึกลดลง
คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หมดสติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หอบเหนื่อยง่าย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ ระบุ
แน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	.....

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชนิดตัวอย่าง	แหล่งที่เก็บ	วันที่เก็บตัวอย่าง	ผลการตรวจ	วันที่ทราบผล

4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
 ได้พบแพทย์ พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อื่นๆ ระบุ
- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค แพทย์ผู้รักษา
- เป็นผู้ป่วยประเภท ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน วันที่ เดือน พ.ศ.
- หากเป็นผู้ป่วยในต้องเข้ารับการรักษาในหน่วย ICU หรือไม่
 ไม่ได้เข้า ICU เข้า ICU

5. ปัจจัยเสี่ยง

- ประวัติการเดินทาง ในช่วง 5 วันก่อนวันเริ่มป่วย
- ผู้ป่วยเดินทางไปต่างจังหวัดหรือไม่
 เดินทาง ระบุจังหวัด วันที่กลับ ไม่ได้เดินทาง
- มีคนในครอบครัวเดินทางกลับจากต่างประเทศหรือไม่
 มี ไม่มี
 1. ชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
กลับจากประเทศ กลับมาถึงประเทศไทย เมื่อ
 2. ชื่อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
กลับจากประเทศ กลับมาถึงประเทศไทย เมื่อ

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ที่อยู่ร่วมบ้าน, ในชุมชน, ในโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก มีผู้ใดมีอาการป่วยเหมือนกับผู้ป่วย

- ที่บ้าน
 มี ชื่อ อายุ ปี เพศ ไม่มี
ชื่อ อายุ ปี เพศ
- ที่โรงเรียนหรือสถานเลี้ยงเด็ก
 มี ชื่อ อายุ ปี เพศ ไม่มี
ชื่อ อายุ ปี เพศ

หมายเหตุ ระยะเวลาพักตัว 3 - 5 วัน

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

ที่ทำงาน วันที่สอบสวน โทรศัพท์

แบบสอบถามโรคเรื้อน

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล

เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง

อาชีพ ศาสนา

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

สถานที่ทำงานผู้ป่วย ในปัจจุบัน ชื่อสถานประกอบการ

ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

2. ประวัติการรักษา

วันที่มารับการรักษา

อาการเริ่มแรกมีลักษณะ ที่บริเวณ เริ่มมีอาการมานาน

3. ประวัติผู้ป่วย

3.1 ที่อยู่ภูมิลำเนาเดิมผู้ป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

3.2 ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีการย้ายที่อยู่หรือไม่

ไม่มี

มี ให้ระบุรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ปี พ.ศ. - พ.ศ. บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด

ปี พ.ศ. - พ.ศ. บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด

3.3 ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีการเดินทางไปประกอบอาชีพที่อื่นหรือไม่

ไม่มี

มี ให้ระบุนายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ปี พ.ศ. - พ.ศ. บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด

ปี พ.ศ. - พ.ศ. บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด

4. สอบถามหาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วรายอื่นๆ ในชุมชน (ซึ่งอาจเป็นผู้แพร่เชื้อให้หรือรับเชื้อจากผู้ป่วยรายปัจจุบัน (Index case))

4.1 มีหรือเคยมีผู้ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนหรือไม่

ไม่มี

มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า)	อายุ	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคเรื้อน เมื่อปี พ.ศ.	อาการโรคเรื้อน เป็นครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ.	ประวัติการรักษา	
					ยา	ผลการรักษา
					<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT PB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
					<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT PB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
					<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT PB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
					<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT PB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา

4.2 มีหรือเคยมีผู้ที่อาศัยอยู่รอบๆ บ้านผู้ป่วยในรัศมี 20 เมตร มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า)	อายุ	ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคเรื้อน เมื่อปี พ.ศ.	อาการโรคเรื้อน เป็นครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ.	ประวัติการรักษา	
				ยา	ผลการรักษา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT PB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT PB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT PB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT PB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT PB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา

4.3 มีหรือเคยมีผู้ที่ทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วยนานอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ต้องติดต่อกัน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน เช่น เพื่อนร่วมงาน ฯลฯ มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า)	อายุ	ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคเรื้อน เมื่อปี พ.ศ.	อาการโรคเรื้อน เป็นครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ.	ประวัติการรักษา	
				ยา	ผลการรักษา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT PB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT PB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT PB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT PB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT PB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา

5. สอบถามเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ (ซึ่งอาจเป็นผู้แพร่เชื้อให้หรือรับเชื้อจากผู้ป่วยโรคเรื้อน รายปัจจุบัน (Index case))

5.1 มีหรือเคยมีผู้ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย (Household contact) หรือไม่

- ไม่มี มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า)	อายุ	ที่อยู่ ปัจจุบัน	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	ระยะเวลาที่ สัมผัสโรค (..... ปี เดือน)	ผลการตรวจ คัดกรอง โรคเรื้อน	อาการที่สงสัย โรคเรื้อนเริ่มเป็น ครั้งแรกเมื่อ เดือน พ.ศ.	วินิจฉัย โรคเรื้อน
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น

ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (Household contact) หมายถึง ผู้ที่อาศัยหรือเคยอาศัยอยู่ร่วมชายคาเดียวกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยสูตรยาผลมระยะสั้น (Multidrug Therapy : MDT) โดยผู้ที่มาอยู่อาศัยหลังจากผู้ป่วยกินยาแล้วไม่นับเป็นผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน

ระยะเวลาที่สัมผัสโรค คือ ช่วงเวลาที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อนตั้งแต่แสดงอาการของโรคก่อนการรักษาด้วยสูตรยาผลมระยะสั้น (Multidrug Therapy : MDT)

5.2 มีหรือเคยมีผู้ที่อาศัยอยู่รอบๆ บ้านผู้ป่วยในรัศมี 20 เมตร (Neighboring contact) หรือไม่

ไม่มี มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า)	อายุ	ที่อยู่ ปัจจุบัน	ระยะเวลาที่ สัมผัสโรค (..... ปี เดือน)	ผลการตรวจ คัดกรอง โรคเรื้อน	อาการที่สงสัย โรคเรื้อนเริ่มเป็น ครั้งแรกเมื่อ เดือน พ.ศ.	วินิจฉัย โรคเรื้อน
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น

เพื่อนบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อน (Neighboring contact) หมายถึง ผู้ที่พักอาศัยในบ้านรอบๆ บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อน ในระยะรัศมี 20 เมตร เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยสูตรยาผสม ระยะเวลาสั้น (Multidrug Therapy : MDT)

5.3 มีหรือเคยมีผู้ที่ทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วยนานอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ต้องติดต่อกัน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน (Social contact) หรือไม่

ไม่มี มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า)	อายุ	ที่อยู่ ปัจจุบัน	ระยะเวลาที่ สัมผัสโรค (..... ปี เดือน)	ผลการตรวจ คัดกรอง โรคเรื้อน	อาการที่สงสัย โรคเรื้อนเริ่มเป็น ครั้งแรกเมื่อ เดือน พ.ศ.	วินิจฉัย โรคเรื้อน
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น

ผู้ที่ทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อน (Social contact) หมายถึง ผู้ที่ทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อนนานอย่างน้อย 3 ชม./วันไม่ต้องติดต่อกัน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยต่อเนื่องกันมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยสูตรยาผสมระยะสั้น (Multidrug Therapy : MDT) โดยผู้ที่มาอยู่อาศัยหลังจากผู้ป่วยกินยาแล้วไม่นับเป็นผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน

หมายเหตุ : กรณีที่พบผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน ให้ยืนยันการวินิจฉัยโรคโดยผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อน

ผู้รายงาน หน่วยงาน โทร.

แบบสอบถามโรคลิซมาเนีย

1. ประวัติผู้ป่วย

ชื่อ-สกุล	เพศ () ชาย () หญิง	วันเดือนปีเกิด/...../.....	เชื้อชาติ
อาชีพ <input type="checkbox"/> รับจ้าง <input type="checkbox"/> รับราชการ <input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา <input type="checkbox"/> เกษตรกร <input type="checkbox"/> อื่นระบุ	ที่อยู่		เบอร์โทรศัพท์
โรคประจำตัว			

2. อาการป่วย

วันเริ่มป่วย :

ลักษณะอาการและอาการแสดง :

แผลเรื้อรังตามผิวหนัง โปรตุระนุตำแหน่ง และลักษณะ :

ตำแหน่ง	จำนวน	Ulcerative	Nodular	Plaque Like	Other
<input type="checkbox"/> Face					
<input type="checkbox"/> Neck					
<input type="checkbox"/> Scalp					
<input type="checkbox"/> Upperlimb					
<input type="checkbox"/> Lowerlimb					
<input type="checkbox"/> Thorax/Abdomen					
<input type="checkbox"/> Back					
<input type="checkbox"/> Genitalia					

การติดเชื้อของอวัยวะภายใน
Visceralform, specify:

- ไข้
- ม้ามโต
- ตับโต
- ต่อม้ำเหลืองโต

3. การวินิจฉัย

จากลักษณะอาการเพียงอย่างเดียว

CBC: Hct Hb

WBC Neu %

lym % Baso % Eo..... %

Atyplym % Band %

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตัวอย่าง/ ชนิดการตรวจ	วันที่ เก็บตัวอย่าง	ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ
<input type="checkbox"/> Serology		
<input type="checkbox"/> Skinbiopsy		
<input type="checkbox"/> Otherbiopsy		
<input type="checkbox"/> Bone marrow aspiration		
<input type="checkbox"/> Othertest		
<input type="checkbox"/> Parasitesp.		

4. ประวัติเสี่ยง

- เคยได้รับเลือดในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ ไม่เคย เคย
- เคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย
- มีโรงเลี้ยงสัตว์หรือคอกสัตว์อยู่รอบบ้านผู้ป่วยหรือไม่ ไม่มี มี
- เคยเห็นรึนฝอยทรายอยู่บริเวณบ้านหรือไม่ ไม่เคย เคย

ประวัติการเดินทางไปในพื้นที่อื่นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

- ไม่ได้เดินทางไปต่างถิ่น เดินทาง ไปรศระบุในตารางข้างล่าง

ประเทศ	จังหวัด	วันที่ออกเดินทาง	วันที่กลับ	หมายเหตุ (จุดประสงค์ของการเดินทาง)

ประวัติคนในครอบครัว

คนในครอบครัวมีประวัติเดินทางไปประเทศตะวันออกกลางหรืออเมริกาใต้หรือไม่

- ไม่ ใช่ ไปรศระบุ ไม่ทราบ

คนในครอบครัวมีประวัติป่วยด้วยโรคซิคาเนียมาก่อนหรือไม่

- ไม่ ใช่ ไปรศระบุด้านล่าง ไม่ทราบ

ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์	วันเริ่มป่วย	เดินทางไปต่างประเทศก่อนป่วยระบุ	ได้รับการรักษาที่ใด

Notes:

ผู้สอบสวนโรค

ชื่อ-สกุล	เบอร์โทรศัพท์	หน่วยงาน	วันที่สอบสวนโรค

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

ชื่อ - สกุลผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

() เขตเทศบาลนคร () เขตเทศบาลเมือง () เขตเทศบาลตำบล () เขตอบต.

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา () กำลังรักษา () หาย () ตาย () ส่งต่อระบุ

2. อาการและอาการแสดง

ไข้สูงเฉียบพลัน	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	หนาวสั่น	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้อ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	กดเจ็บตามกล้ามเนื้อ	
อย่างรุนแรง		โดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ปวดศีรษะอย่างรุนแรง	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	คอแข็ง	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ตาแดง(Conjunctival suffusion)	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ตาเหลืองตัวเหลือง (Jaundice)	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ไอแห้งๆ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ไอมีเสมหะปนเลือด	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ไอเป็นเลือดสดๆ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	หายใจหอบ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
อาเจียนเป็นเลือด	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ปัสสาวะสีเข้ม	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ปัสสาวะออกน้อย	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 Imonochromatography (ICT) () ทำครั้งที่ 1 วันที่ ผล () ไม่ทำ
ครั้งที่ 2 วันที่ ผล

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

3.2 ตรวจ IFA () ทำครั้งที่ 1 วันที่ ผล () ไม่ทำ
ครั้งที่ 2 วันที่ ผล

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

- 3.3 ตรวจ ELISA () ทำครั้งที่ 1 วันที่ ผล () ไม่ทำ
ครั้งที่ 2 วันที่ ผล.....
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 ตรวจ MAT () ทำครั้งที่ 1 วันที่ ผล () ไม่ทำ
ครั้งที่ 2 วันที่ ผล.....
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.5 เพาะเชื้อแบคทีเรีย () ทำครั้งที่ 1 วันที่ ผล () ไม่ทำ
ครั้งที่ 2 วันที่ ผล.....
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.6 วิธีอื่นระบุ () ทำครั้งที่ 1 วันที่ ผล () ไม่ทำ
ครั้งที่ 2 วันที่ ผล.....
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
ได้รับการวินิจฉัยว่า
ยาที่ใช้ เริ่มวันที่

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 5.1 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเลปโตสไปโรสิสที่ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ในช่วง 14 วันก่อนป่วย
- การสัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ขุ่นแฉะ () สัมผัสระดู () ไม่มีการสัมผัส
 - ลักษณะการสัมผัส () แช่น้ำ () เดินลุยน้ำ () ว่ายน้ำ () กลืนน้ำ/สำลักน้ำ
 - ลักษณะแหล่งน้ำที่สัมผัส () น้ำนิ่ง () น้ำไหลเอื่อย () น้ำไหลแรง () พื้นดินขุ่นแฉะ
 - ระยะเวลาการสัมผัส () น้อยกว่า 6 ชั่วโมง/วัน () มากกว่า 6 ชั่วโมง/วัน
 - การป้องกันตนเอง () สวมรองเท้าแตะ () สวมรองเท้าหุ้มส้น
 - () สวมรองเท้าบูทครึ่งแข้ง () สวมรองเท้าบูทถึงเข่า
 - () ไม่สวมรองเท้า
 - การเกิดบาดแผล () มีบาดแผลระดู () ไม่มีบาดแผล
 - ตำแหน่งบาดแผล () มือ () แขน () ขา () เท้า () ลำตัว
 - ลักษณะบาดแผล () มีเลือดออก () ไม่มีเลือดออก
 - การสัมผัสน้ำ () บาดแผลสัมผัสน้ำโดยตรง () มีพลาสติกปิด
 - อาหารค้างมือที่ไม่ได้เก็บไว้ในตู้กับข้าวที่มีดขีด () กิน () ไม่ได้กิน
 - เครื่องในสัตว์ดิบๆ สุกๆ () กิน () ไม่ได้กิน

5.2 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ

น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ มี ไม่มี

การเลี้ยงสัตว์ มีระบุชนิดสัตว์ ไม่มี

หนูชุกชุม พบ ไม่พบ

หอยเชอร์รี่ ชุกชุม ไม่ชุกชุม

อื่นๆอธิบาย

5.3 ลักษณะบ้านพักอาศัยระบุสถานที่

บริเวณบ้านพักอาศัย เป็นชุมชนแออัด เป็นบ้านห่างกัน (ชนบท)

น้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ มี ไม่มี

การเลี้ยงสัตว์ มีระบุชนิดสัตว์ ไม่มี

หนูชุกชุม พบ ไม่พบ

อื่นๆ อธิบาย

5.4 ลักษณะภูมิประเทศและสิ่งแวดล้อมรอบๆบริเวณหมู่บ้านที่พักอาศัยของผู้ป่วย

เป็นที่ราบระ누 ไม่เป็น

นาข้าว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	สวนยางพารา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนปาล์มน้ำมัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง/อ้อย/ข้าวโพด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนผลไม้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่อั่วลิสง/ถั่วเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อื่นๆ อธิบาย			

เป็นที่ลาดเนิน/ป่าเขาระนู ไม่เป็น

นาข้าว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	สวนยางพารา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนปาล์มน้ำมัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่มันเทศ/มันสำปะหลัง/อ้อย/ข้าวโพด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
สวนผลไม้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	ไร่อั่วลิสง/ถั่วเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อื่นๆ อธิบาย			

มีสระน้ำ/หนอง/บึงระนู ไม่มี

การปล่อยโคกระบือ	<input type="checkbox"/> ปล่อยให้ลงได้	<input type="checkbox"/> ไม่ปล่อยให้ลง
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ)		

มีคู/คลอง/เหมือง/ฝาย/ลำน้ำไหลระนู ไม่มี

การปล่อยโคกระบือ	<input type="checkbox"/> ปล่อยให้ลงได้	<input type="checkbox"/> ไม่ปล่อยให้ลง
แหล่งน้ำที่อยู่ใกล้ (ระบุชื่อ)		

5.5 สถานที่ที่ (ผู้สอบสวน) คาดว่าจะติดเชื้อ ระบุ

5.6 ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเลปโตสไปโรสิส (ในช่วง 14 วันก่อนป่วย)

วิธีการบันทึกชักรประวัติโดยนับตั้งแต่วันแรกที่มีอาการไข้เป็นเวลา 4 สัปดาห์จนครบ โดยทำเครื่องหมายในทุกๆ ช่องของแต่ละช่วงสัปดาห์ถ้ามีพฤติกรรมตามที่ระบุไว้ “✓” พร้อมทั้งระบุสถานที่ที่ทำการกิจกรรมแต่ถ้าไม่มีพฤติกรรมใส่ “X”

พฤติกรรม	Wk.1 ก่อนป่วย	Wk.2 ก่อนป่วย	ระบุสถานที่ ทำการกิจกรรม	หมายเหตุ
1. การทำนา				
2. การหาปลา				
3. การลอกสระ/คู/คลอง				
4. การเก็บเคลื่อนย้ายสิ่งของ ก่อน/หลังน้ำท่วม				
5. การไปว่ายน้ำ/ดำน้ำ				
6. การเลี้ยงดูแคคไค กระบือ สุกร				
7. การทำงานในโรงฆ่าสัตว์				
8. การออกไปล่าหนูตอนกลางคืน				
9. การลอกท่อน้ำโสโครก				
10. อื่นๆ ระบุ				

สรุป : สงสัยว่าวิธีการติดโรคเกิดจากพฤติกรรม

แหล่งโรคน่าจะเป็น

เมื่อวันที่

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ในสถานที่ซึ่งคาดว่าเป็นแหล่งติดต่อโรคที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสรายนี้มีผู้สัมผัสรายอื่นด้วยหรือไม่

() มีระบุ () ไม่มี

ลำดับ	ชื่อ	บ้านเลขที่	อายุ	เพศ	อาการป่วย			หมายเหตุ
					มีอาการป่วย		ไม่มี	
					ระบุอาการ	วันเริ่มป่วย		
1								
2								
3								
4								

แผนที่แสดงสถานที่ซึ่งคาดว่าเป็นแหล่งติดต่อโรคที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวนโรค ตำแหน่ง

ที่ทำงาน โทรศัพท์ วันที่สอบสวน

แบบสอบสวนโรคสครับไทฟัส

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อดี

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา () กำลังรักษา () หาย () ตาย () ส่งต่อระบุ

2. อาการและอาการแสดง

ไข้สูงเฉียบพลัน	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ผื่น (maculopapular)	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	มีแผลเหมือนพุทรีจี้ (eschar)	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ปวดเมื่อยตัว	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	สมองอักเสบ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ปวดบวม	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ตาแดง	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	้ามโต	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ตาเหลือง/ตัวเหลือง	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ตับโต	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ไอแห้ง	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ต่อมน้ำเหลืองโตและเจ็บ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
		ถ้ามี ระบุตำแหน่ง	
อื่นๆ ระบุ			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจ Immuno Fluorescent Antibody Test (IFA)

ตรวจน้ำเหลืองคู่ () ทำ ระบุผล วันที่ส่งตรวจ () ไม่ทำ

ตรวจน้ำเหลืองเดี่ยว () ทำ ระบุผล วันที่ส่งตรวจ () ไม่ทำ

3.2 การตรวจ Indirect Immuno Peroxidase Test (IIP)

() ทำ ระบุผล วันที่ส่งตรวจ () ไม่ทำ

3.3 การตรวจ Weil Felix to OX-K

() ทำ ระบุผล วันที่ส่งตรวจ () ไม่ทำ

3.4 การตรวจ PCR

() ทำ ระบุผล วันที่ส่งตรวจ () ไม่ทำ

3.5 อื่นๆ ระบุ

4. การรักษา

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

- Doxycyclin () ได้รับวันที่ให้การรักษา ขนาดยา () ไม่ได้รับ
- Tetracyclin () ได้รับวันที่ให้การรักษา ขนาดยา () ไม่ได้รับ
- Chloramphenical () ได้รับวันที่ให้การรักษา ขนาดยา () ไม่ได้รับ
- อื่นๆ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

- () หาของป่า/ล่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ
- () ทำป่าไม้ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ
- () นักสำรวจป่า/ธรรมชาติ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ
- () ทหาร/ตำรวจ ตระเวนชายแดน ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ
- () ทำไร่ ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ
- () ทำสวน ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ
- () อื่นๆ (ระบุ)

5.2 งานอดิเรก

- () หาของป่า/ล่าสัตว์ ระบุสถานที่
- () ท่องเที่ยว ระบุสถานที่

5.1 บริเวณป่า/ไร่/สวน ที่ผู้ป่วยมีโอกาสจะไปรับเชื้อได้นั้น มีหนู/สัตว์ฟันแทะ เช่น กระจาด กระจ่าย อีเห็น ชะมด ชุกชุมหรือไม่

- () มี () ไม่มี

6. แหล่งรังโรค

6.1 ในช่วง 21 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง () เคย ระบุ () ไม่เคย

- 1. ระบุ วันที่
- 2. ระบุ วันที่

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัสในช่วง 21 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

() มี ระบุ () ไม่มี

1. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย

2. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย

3. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย

7.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัสในช่วง 21 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย
ของผู้ป่วยรายนี้

() มี ระบุ () ไม่มี

1. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

2. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

3. ชื่อ ที่อยู่ วันเริ่มป่วย

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

ที่ทำงาน วันที่สอบสวน โทรศัพท์

แบบสอบสวนโรคสุกใส

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ ชาย หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ในกรณีผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น โรงเรียน

ตั้งอยู่หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ป่วยวินิจฉัย ไม่ป่วย

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ไม่สมัครอยู่

ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

สถานที่รักษาในปัจจุบัน H.N.

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

ไข้ มี °C ไม่มี ไม่ทราบ

ผื่น มี ไม่มี

ลักษณะของผื่น ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ผื่นแดง (papule)

ตุ่มใส (vesicle)

แผลตกสะเก็ด (granular scab)

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. ตรวจระดับ Neutralizing Antibody Titer ต่อ Varicella Zoster Virus

เจาะเลือดครั้งที่ 1 วันที่เจาะ ผล titer

เจาะเลือดครั้งที่ 2 วันที่เจาะ ผล titer

2. ELISA TEST เจาะเลือดวันที่ ผลการตรวจ

3. TZANCK TEST ผลการตรวจพบ Multinucleated giant cell พบ ไม่พบ

4. ประวัติการรักษา

เมื่อป่วยด้วยโรคสุกใสครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

- ไป ระบุชื่อสถานบริการ วันที่
- ไม่เคยไป

ประวัติการรับวัคซีน

- DOSE 1 ได้เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ
- DOSE 2 ได้เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ
- มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ มี ไม่มี

5. ประวัติการสัมผัสโรค (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

5.1 ในช่วง 17 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดสุกใสหรือไม่

- เคย ไม่เคย

- 1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
- 2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

5.2 ในช่วง 17 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

- มี ไม่มี

- 1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
- 2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

5.3 ในช่วง 17 วันที่ผ่านมาก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

- มี ไม่มี

- 1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
- 2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

6. มีผู้สัมผัสใกล้ชิดในช่วง 5 วันที่ผ่านมา นับจากวันที่ผู้ป่วยรายนี้เริ่มมีตุ่มใสหรือไม่

- มี ไม่มี

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

- 1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
- 2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

6.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน

- 1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
- 2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

6.3 ผู้สัมผัสในชุมชน

- 1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน
- 2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

สถานที่ทำงาน

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง

เกี่ยวข้องเป็น ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น โรงเรียน

ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

หากย้ายภูมิลำเนา มา ณ ที่อยู่ปัจจุบันนี้ เป็นเวลา ปี เดือน

วันเริ่มอาการท้องเสีย เวลา น. วันที่มาโรงพยาบาล เวลา น.

ผลการรักษา () กำลังรักษา ที่ () หาย () เสียชีวิต วันที่

() ไม่สมัครใจอยู่ () ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ

2. อาการและอาการแสดง

ปวดท้อง	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
คลื่นไส้	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	เหงื่อออกมาก	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
อาเจียน	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	แน่นหน้าอก	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ตะคริว	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ใจสั่น	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ถ่ายอุจจาระเหลว	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ชารอบปาก/เพดาน	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ถ่ายเป็นน้ำ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	น้ำลายไหล	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ถ่ายมีมูก	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	รู้สึกสฟาด	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ถ่ายมีเลือด	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	อาการข้อศอก	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ไข้	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	อาการอื่นๆ ระบุ	
หนาวสั่น	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	.....

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ ระบุ

- ตรวจอุจจาระอย่างง่ายและรวดเร็ว (screening test) ด้วยกล้องจุลทรรศน์
 - () พบเชื้อ ระบุ
 - () ไม่พบเชื้อ () ไม่ได้ตรวจ
- เพาะเชื้อจากอุจจาระ หรือ rectal swab
 - ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ () ไม่ได้เพาะเชื้อ () ไม่พบเชื้อ () เชื้อที่เพาะขึ้น ระบุ
 - () ivotยยาปฏิชีวนะ
 - หลังให้ยาปฏิชีวนะครบแล้ว () ไม่ได้เพาะเชื้อ () ไม่พบเชื้อ () เชื้อที่เพาะขึ้น ระบุ
 - () ivotยยาปฏิชีวนะ
- ผลการตรวจจากอาหาร น้ำ และสิ่งแวดล้อม

ชนิดตัวอย่าง	แหล่ง	วันที่เก็บ	เชื้อที่เพาะขึ้น (ระบุ)	การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ					
				Tetra	Bactrim	Ampi	Norfox	Doxy	อื่นๆ
			<input type="checkbox"/> เชื้อ						
			<input type="checkbox"/> ไม่พบ						
			<input type="checkbox"/> เชื้อ						
			<input type="checkbox"/> ไม่พบ						
			<input type="checkbox"/> เชื้อ						
			<input type="checkbox"/> ไม่พบ						
			<input type="checkbox"/> เชื้อ						
			<input type="checkbox"/> ไม่พบ						

4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
 - () ได้พบแพทย์ () พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข () อื่นๆ ระบุ
- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค
- ยาปฏิชีวนะ
 - () ได้รับ ระบุ ขนาด () ครั้ง วัน
 - () ไม่ได้รับยา () ไม่ทราบ
- ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่ () ได้รับ () ไม่ได้รับ
- ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ () ได้รับ () ไม่ได้รับ
- ได้ซื้อยามาซื้อ (ปฏิชีวนะ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่
 - () ซื้อ ระบุ
 - () ไม่ได้ซื้อ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- ประวัติการรับประทานอาหารและน้ำช่วง 5 วันก่อนเริ่มป่วย

	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			

น้ำดื่ม : ระบุแหล่งน้ำ () ไม่ดื่ม () ดื่ม () กรอง () ขวดปิดสนิท

น้ำใช้ : ระบุแหล่งน้ำ

ส้วม : ที่บ้านใช้ส้วม ระบุ () ไม่มีส้วมใช้ () มีส้วมแต่ไม่ใช้

- อาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วยครั้งนี้ ระบุ
- วันที่รับประทาน เวลา น. ซื้อจากแหล่ง ระบุ
- ผู้ประกอบอาหารมือที่สงสัยนั้น ระบุ สถานที่รับประทานอาหาร

- จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหารมือที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ คน
 () มีอาการป่วยเหมือนผู้ป่วย คน () ไม่มีใครมีอาการป่วย
- ในช่วง 5 วัน ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีการเดินทางไปไหนบ้าง
 () การเดินทาง
 1) ไปสถานที่ ตำบล อำเภอ
 จังหวัด วันที่กลับ
 2) ไปสถานที่ ตำบล อำเภอ
 จังหวัด วันที่กลับ
 () ไม่ได้เดินทาง () จำไม่ได้
- ในช่วง 5 วัน ก่อนเริ่มป่วยครั้งนี้ มีผู้มาเยี่ยมเยียนหรือพักอาศัยที่บ้านหรือไม่
 () มีผู้มาเยี่ยม () มีผู้มาพักอาศัย () ไม่มี
- ผู้มาเยี่ยม/พักอาศัย มีใครป่วยด้วยอาการท้องเสียบ้างหรือไม่
 () มีอาการท้องเสีย () ไม่มีอาการท้องเสีย () ไม่ทราบ

6. การค้นหาและติดตามผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง (ในช่วง 5 วันก่อนการเริ่มป่วย จนถึง 10 วันหลังการป่วยของผู้ป่วยรายนี้)

- การค้นหาผู้สัมผัส/ผู้ป่วยรายอื่นในครอบครัว โดยการเก็บอุจจาระเพาะเชื้อ/rectal swab

ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันที่เก็บอุจจาระ	เชื้อที่เพาะขึ้น (ระบุ)	ยาปฏิชีวนะที่ให้		อาการป่วย	
				ชื่อยา	ขนาดที่ให้	มี (ระบุวันเริ่มป่วย)	ไม่มี
			<input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		/...../.....	
			<input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		/...../.....	
			<input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		/...../.....	
			<input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		/...../.....	
			<input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> ไม่พบ		/...../.....	

- การค้นหาผู้สัมผัส/ผู้ป่วยรายอื่นในสถานที่เรียน/ทำงานร่วมกัน และในชุมชน

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันที่เก็บอุจจาระ	เชื้อที่เพาะขึ้น (ระบุ)	ยาปฏิชีวนะที่ให้		อาการป่วย	
					ชื่อยา	ขนาดที่ให้	มี (ระบุวันเริ่มป่วย)	ไม่มี
1				<input type="checkbox"/> เชื้อ/...../.....	
				<input type="checkbox"/> ไม่พบ				
2				<input type="checkbox"/> เชื้อ/...../.....	
				<input type="checkbox"/> ไม่พบ				
3				<input type="checkbox"/> เชื้อ/...../.....	
				<input type="checkbox"/> ไม่พบ				
4				<input type="checkbox"/> เชื้อ/...../.....	
				<input type="checkbox"/> ไม่พบ				
5				<input type="checkbox"/> เชื้อ/...../.....	
				<input type="checkbox"/> ไม่พบ				

ผู้สอบสวน หน่วยงาน

โทร.

แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคแอนแทรกซ์

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล

เลขที่บัตรประชาชน เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง อาชีพ ศาสนา

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยต่ำกว่า 15 ปี)

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

การรักษา () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน

ผลการรักษา () กำลังรักษา () หาย () ตาย () ส่งต่อ ระบุ

2. อาการและอาการแสดง

2.1 ผิวหนัง เริ่มมีอาการ วันที่ เวลา

ตุ่มหนอง	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	แผลสีดำ (black eschar)	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ต่อมน้ำเหลืองบวม	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	อื่นๆ (ระบุ) .....	.....	
	ตำแหน่งที่บวม						

2.2 ก. ระบบทางเดินอาหาร (intestinal anthrax) เริ่มมีอาการ วันที่ เวลา

ไข้	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	ปวดท้อง	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
คลื่นไส้	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	อาเจียน	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ท้องเสีย	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	น้ำในช่องท้อง	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ท้องอืด	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	อื่นๆ (ระบุ) .....	.....	
ถ่ายเป็นเลือด	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ				

2.2 ข. ช่องปากและคอหอย (Oro - pharynx) เริ่มมีอาการ วันที่ เวลา

คอบวม	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	กลืนลำบาก	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
เสียงแหบ/พูดไม่ชัด	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	หายใจลำบาก	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
อื่นๆ (ระบุ)							

2.3 ทางเดินหายใจ (pulmonary anthrax)

ไข้	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไอแห้ง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เจ็บหน้าอก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 ย้อมสีแกรม ทำ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ ผล ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 เพาะเชื้อแบคทีเรีย ทำ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ ผล ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 PCR ทำ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ ผล ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 อื่นๆ ทำ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ ผล ไม่ทำ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ซ้ำยากินเอง ชื่อยา รักษาด้วยยาผสมนไพร
- ไปรับการตรวจรักษาที่ วันที่ เดือน ปี
ยาปฏิชีวนะที่ใช้ เริ่มวันที่

5. ประวัติการสัมผัสโรค

- 5.1 ในระยะ 7 วัน ก่อนมีอาการสัมผัสซาก เนื้อ หรือผลิตภัณฑ์ของสัตว์ที่สงสัยว่าตายด้วยโรคแอนแทรกซ์
- มี ระบุ ไม่มี
- ซ้ำแหละซากสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เดือน ปี เวลา
สถานที่ฆ่าแหละ
ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์
- เป็นสัตว์ในท้องที่ นำมาจาก
- ทำงานในโรงงานผลิตขนสัตว์หรือกระดูกป่น
- ทำงานในห้องปฏิบัติการ
- หั่นเนื้อประกอบอาหาร ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เดือน ปี เวลา
- รับประทาน ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เดือน ปี เวลา
ระบุวิธีประกอบอาหาร

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

6.1 ผู้ที่ฆ่าและซากสัตว์คนที่ 1 ชื่อ ที่อยู่

บุคคลที่ได้รับแจก/ซื้อเนื้อสัตว์ตัวเดียวกัน

ชื่อ ที่อยู่

ชื่อ ที่อยู่

ชื่อ ที่อยู่

6.2 ผู้ที่ฆ่าและซากสัตว์คนที่ 2 ชื่อ ที่อยู่

บุคคลที่ได้รับแจก/ซื้อเนื้อสัตว์ตัวเดียวกัน

ชื่อ ที่อยู่

ชื่อ ที่อยู่

ชื่อ ที่อยู่

6.3 ผู้ที่ฆ่าและซากสัตว์คนที่ 3 ชื่อ ที่อยู่

บุคคลที่ได้รับแจก/ซื้อเนื้อสัตว์ตัวเดียวกัน

ชื่อ ที่อยู่

ชื่อ ที่อยู่

ชื่อ ที่อยู่

ชื่อ - สกุล ผู้สอบสวนโรค ตำแหน่ง

ที่ทำงาน โทรศัพท์ วันที่สอบสวน

หมายเหตุ : ระยะเวลาฟักตัวของโรค (Incubation period) 1 - 7 วัน

แบบสอบถามเฉพาะรายโรคหิวาตกโรค

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ สกุล เพศ () ชาย () หญิง อายุ ปี เดือน
 ที่อยู่ อาชีพ สถานที่ทำงาน/ สถานศึกษา

2. การเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย วันรับรักษา สถานที่รักษา

ประเภทผู้ป่วย () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน

อาการและอาการแสดง

ปวดท้อง () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	คลื่นไส้ () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ถ่ายเหลว () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	อาเจียน () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ถ่ายเป็นน้ำ () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ขาดน้ำ () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ถ่ายมีมูก () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ซีด () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ถ่ายมีเลือด () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	หนาวสั่น () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ไข้ () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	อื่นๆ ระบุ

การรักษา

ได้รับยาปฏิชีวนะ ระบุ วันที่ ถึงวันที่

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Rectal swab culture)

- ก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ () พบเชื้อ ระบุ () ไม่พบเชื้อ () ไม่ได้ตรวจ
- หลังได้รับยาปฏิชีวนะครบ () พบเชื้อ ระบุ () ไม่พบเชื้อ () ไม่ได้ตรวจ
- ผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ

Tetracycline	() Sense () Intermediate () Resist
Co-trimoxazole (Bactrim)	() Sense () Intermediate () Resist
Ampicillin	() Sense () Intermediate () Resist
Norfloxacin	() Sense () Intermediate () Resist
Doxycycline	() Sense () Intermediate () Resist
อื่นๆ	() Sense () Intermediate () Resist

3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ในช่วง 5 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย)

การเดินทางออกนอกพื้นที่

() มี ระบุสถานที่ วันที่ () ไม่มี

การรับประทานอาหาร

	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น	อาหารมือรอง
วันที่				
ประเภทอาหาร				
แหล่งที่มาของอาหาร				
ผู้ที่รับประทานร่วม				
วันที่				
ประเภทอาหาร				
แหล่งที่มาของอาหาร				
ผู้ที่รับประทานร่วม				
วันที่				
ประเภทอาหาร				
แหล่งที่มาของอาหาร				
ผู้ที่รับประทานร่วม				
วันที่				
ประเภทอาหาร				
แหล่งที่มาของอาหาร				
ผู้ที่รับประทานร่วม				

4. ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสอื่นๆ ในชุมชน

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	วันเริ่มป่วย (ถ้ามีอาการ)	วันที่เก็บ RSC	ผล

ผู้สอบสวน หน่วยงาน โทร.

แบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1)

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย							
เลขที่ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> HN <input type="checkbox"/> AN	อายุขณะป่วย	เพศ	ประเภทผู้ป่วย	เคยมีประวัติการแพ้วัคซีน/ยา			
ชื่อ/นามสกุล	ปี เดือน วัน	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)			
ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย	ว/ด/ป เกิด/...../.....			เคยมีประวัติการใช้ยา			
หมู่ที่ ตำบล	เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)			<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)			
อำเภอ จังหวัด							
โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)				อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว			
การเจ็บป่วยในอดีต <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)			
ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) :							
2. ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน							
ชื่อวัคซีน	ขนาดและวิธีให้			เข็มที่/ ครั้งที่	ว/ด/ป และ เวลา ที่ได้รับวัคซีน	ชื่อผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย/ เลขที่ผลิต/ วันหมดอายุ	สถานที่รับวัคซีน
	ปริมาณ	วิธีให้	ตำแหน่งที่ฉีด				
3. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์/การวินิจฉัย							
ว/ด/ป และเวลาที่เริ่มเกิดอาการ:				ว/ด/ป ที่รับรักษา:		วันที่จำหน่าย:	
อาการและการตรวจพบ (ระบุ signs and symptoms และรายละเอียดอื่นๆ ของผู้ป่วย)						การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	

กรณีผู้ป่วย AEFI ที่ต้องรายงาน <input type="checkbox"/> 1. การเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุ ที่ชัดเจน <input type="checkbox"/> 2. กลุ่มอาการทางระบบประสาท ทุกชนิด <input type="checkbox"/> 3. อาการแพ้รุนแรง เช่น anaphylaxis <input type="checkbox"/> 4. อาการติดเชื้อในกระแสโลหิต		<input type="checkbox"/> 5. อาการไข้สูงปวดบวมแดงร้อน บริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน <input type="checkbox"/> 6. อาการอื่นๆ ที่สงสัยว่าอาจเกี่ยวข้องกับ (Neurological syndrome) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค <input type="checkbox"/> 6.1 รับไว้รักษาในโรงพยาบาลหรืออาการแพ้รุนแรงอื่นๆ <input type="checkbox"/> 6.2 ผู้ป่วยเป็นกลุ่ม (Cluster) <input type="checkbox"/> 6.3 อาการไม่รุนแรงอื่นๆ		ระบุความร้ายแรงของอาการ (Seriousness) <input type="checkbox"/> ไม่ร้ายแรง (Non-serious) <input type="checkbox"/> ร้ายแรง (Serious) 1. เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป) 2. รุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต 3. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 4. พิการ
การวินิจฉัยของแพทย์		สรูปสาเหตุ <input type="checkbox"/> การบริหารจัดการวัคซีน <input type="checkbox"/> วัคซีน <input type="checkbox"/> กลัวการฉีด <input type="checkbox"/> โดยบังเอิญ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ		
สภาพผู้ป่วย : <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> ตาย <input type="checkbox"/> ยังรักษาอยู่ <input type="checkbox"/> มีภาวะแทรกซ้อน หรือ พิการ				
4. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รายงาน แผนกที่พบผู้ป่วย ผู้วินิจฉัย <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) ชื่อผู้บันทึกรายงาน เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)		5. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาล หรือแหล่งที่รายงาน ว/ด/ป ที่บันทึกรายงาน ชื่อสถานพยาบาล/แหล่งที่รายงาน จังหวัด		
6. ข้อมูลเกี่ยวกับวันรับรายงาน				
วันที่รับรายงานของ สสจ. (□□□□□)	วันที่รับรายงานของ สสจ. (□□□□□)	วันที่รับรายงานของสำนักโรคบาดวิทย์ฯ (□□□□□)		

ส่งแบบ AEFI 1 ที่หมายเลขโทรสาร 02-5901784 และ outbreak@health.moph.go.th ภายใน 48 ชั่วโมงนับจากพบผู้ป่วย กรณีร้ายแรงแจ้งให้สำนักโรคบาดวิทย์ฯทราบภายใน 24 ชั่วโมง นับจากพบผู้ป่วย ที่หมายเลขโทรศัพท์ 02-5901795, 02-5901876, 02-5901779

แบบสอบถามอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI 2)

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

- 1.1 ชื่อ - สกุล 1.2 เพศ 1. ชาย 2. หญิง
- 1.3 อายุ ปี เดือน วัน
- 1.4 ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อบ้าน ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์
- 1.5 กรณีที่เป็นนักเรียนโรงเรียน หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด เรียนอยู่ชั้น
- 1.6 ชื่อผู้ปกครอง อาชีพ

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

- 2.1 วันเริ่มป่วย เวลา วันรับรักษา
- 2.2 ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกสถานที่รักษา HN AN แพทย์ผู้รักษา

2.3 อธิบายอาการหลังได้รับวัคซีนครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การวินิจฉัยของแพทย์

- 2.4 ประวัติการแพ้ของผู้ป่วย (เช่น อาหาร ยา หรืออื่นๆ) 1. มี 2. ไม่มี 3. ไม่ทราบ (ถ้ามี) ระบุ

- 2.5 ประวัติการป่วยในอดีตหรือการป่วยก่อนที่จะมารับวัคซีนครั้งนี้ (เช่น โรคประจำตัว หรือการติดเชื้อ หรือโรคทางระบบประสาท เป็นต้น) 1. มี 2. ไม่มี 3. ไม่ทราบ (ถ้ามี) ระบุ

2.6 ประวัติการได้รับวัคซีนครั้งนี้

ชื่อวัคซีน	ปริมาณ	วิธีการให้	ตำแหน่ง	ครั้งที่/ เข็มที่	ว/ด/ป และ เวลาที่ ได้รับวัคซีน	ผู้ผลิต/ วันหมดอายุ/ Lot no.	ชื่อสถานบริการ ที่ให้วัคซีน

2.7 ประวัติการได้รับวัคซีนครั้งก่อนๆ และอาการป่วยหลังจากได้รับวัคซีนครั้งก่อนๆ

1. มีอาการ 2. ไม่มีอาการ

(ถ้ามี) ระบุอาการและเกิดหลังวัคซีนชนิดใด

ชื่อวัคซีน	ชื่อสถานบริการที่ให้วัคซีน	อาการ

2.8 ประวัติการแพ้ยา 1. มี 2. ไม่มี 3. ไม่ทราบ

(ถ้ามี) ระบุรายละเอียดในตาราง

ชื่อยา	ปริมาณ	วิธีการให้	วันที่เริ่มต้นใช้	วันที่หยุดใช้	เหตุผลการใช้ยา	อาการข้างเคียง

- 2.9 ผลการตรวจสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยทางห้องปฏิบัติการ 1. มี 2. ไม่มี
(ถ้ามี) ระบุรายละเอียดในตาราง

สิ่งส่งตรวจ	วันที่ส่งตรวจ	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ

- 2.10 มีการส่งวัคซีนตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือไม่ 1. มี 2. ไม่มี
(ถ้ามี) ระบุรายละเอียดในตาราง

วัคซีน/lot no.	วันที่ส่งตรวจ	สถานที่ตรวจ

2.11 สภาพของผู้ป่วย

- ตาย วันที่ สาเหตุของการตาย
- หาย
- ยังรักษาอยู่
- พิกอร์ (ระบุ)
- กรณีเป็นผู้ป่วยใน วันที่จำหน่าย

3. การสอบสวนภายในชุมชน

3.1 นิยามผู้ป่วย

.....

.....

- 3.2 การดำเนินการสอบสวนภายในชุมชน 1. มี 2. ไม่มี

(ถ้ามี):

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันและในครั้งเดียวกันกับผู้ป่วย

จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มเด็กที่ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันในอำเภอเดียวกันกับผู้ป่วย

จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนที่มีอาการป่วยคล้ายผู้ป่วยและอยู่ในอำเภอเดียวกันกับผู้ป่วย

ระบุรายละเอียดของอาการป่วยในเด็กอื่นๆ

.....

.....

.....

4. การสอบสวนสถานบริการสาธารณสุข

4.1 มีการสอบสวนในสถานบริการสาธารณสุขหรือไม่ 1. มี 2. ไม่มี

(ถ้ามี):

ชนิดของกระบอกฉีดยาที่ใช้ 1. นำกลับมาใช้ 2. ใช้ครั้งเดียวทิ้ง 3. กระบอกฉีดยาชนิด AD
 4. อื่นๆ

ถ้าใช้ครั้งเดียวทิ้ง ระบุการประเมินกระบวนการทำปราศจากเชื้อ

1. นำพอใจ 2. ไม่นำพอใจ 3. ไม่ได้สังเกต

ถ้าไม่นำพอใจ (ระบุเหตุผล)

.....

.....

เทคนิคการฉีดวัคซีน 1. นำพอใจ 2. ไม่นำพอใจ 3. ไม่ได้สังเกต

ถ้าไม่นำพอใจ (ระบุเหตุผล)

.....

.....

ระบบลูกโซ่ความเย็นจากตู้เย็นไปยังสถานที่ให้วัคซีน

1. นำพอใจ 2. ไม่นำพอใจ 3. ไม่ได้สังเกต

ถ้าไม่นำพอใจ (ระบุเหตุผล)

.....

.....

4.3 มีการซักประวัติการแพ้ของเด็กก่อนที่ได้รับวัคซีน 1. มี 2. ไม่มี 3. ไม่ทราบ

4.4 จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีน

วัคซีน			
จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีนจากขวดเดียวกัน			
จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีน lot no. เดียวกัน จากสถานบริการสาธารณสุขแห่งนี้			
จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีน lot no. เดียวกัน จากสถานบริการสาธารณสุขแห่งอื่นในอำเภอ			

4.5 ในระยะเวลา 30 วันที่ผ่านมา มีการรายงานผู้ป่วย AEFI จากสถานบริการสาธารณสุขแห่งนี้ หรือจากอำเภอนี้หรือไม่

1. มี 2. ไม่มี

(ถ้ามี) ระบุจำนวนผู้ป่วย และรายละเอียดของอาการ

.....

.....

.....

4.6 วันที่กรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

.....

.....

5. การประเมินความเป็นสาเหตุ

5.1 ทีมสอบสวนสรุปรูปสาเหตุของอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ถ้าคิดว่ามีมากกว่า 1 สาเหตุ ให้เรียงลำดับสาเหตุที่น่าจะเป็นจากมากไปหาน้อย)

เกิดขึ้นจากการบริหารจัดการวัคซีน	เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาของวัคซีน	เกิดขึ้นโดยบังเอิญ	ไม่ทราบ
<input type="checkbox"/> การฉีดวัคซีนที่ไม่สะอาด	<input type="checkbox"/> ปัญหาด้านคุณภาพของวัคซีน	<input type="checkbox"/> เป็นอาการเดียวกันกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน	
<input type="checkbox"/> การเตรียมวัคซีนผิดวิธี	<input type="checkbox"/> เป็นปฏิกิริยาของวัคซีนที่เกิดขึ้นได้	<input type="checkbox"/> อื่นๆ :	
<input type="checkbox"/> เทคนิคการฉีดวัคซีน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ :		
<input type="checkbox"/> การเก็บหรือการขนส่งวัคซีน			
<input type="checkbox"/> อื่นๆ :			

5.2 ความมั่นใจเกี่ยวกับผลสรุปรูปสาเหตุหลักของอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (สาเหตุอันดับแรก)

1. ใ้แน่นอน (Very likely - Certain) 2. น่าจะใช่ (Probable) 3. อาจจะใช่ (Possible)

5.3 เหตุผลของการสรุปรูปสาเหตุครั้งนี้

.....

.....

.....

6. การดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาการเกิด AEFI

6.1 มีการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาให้ถูกต้องหรือไม่ 1. มี 2. ไม่มี
(ถ้ามี) ระบุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.2 มีการเสนอแนะการดำเนินงานต่อไปหรือไม่ 1. มี 2. ไม่มี
(ถ้ามี) ระบุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

รายละเอียดผู้สอบสวน

ระดับของหน่วยงานที่สอบสวน 1. ระดับประเทศ 2. ระดับจังหวัด 3. ระดับอำเภอ
 4. สถานบริการสาธารณสุข

ชื่อผู้สอบสวน หน่วยงาน

ชื่อผู้สอบสวน หน่วยงาน

ชื่อผู้สอบสวน หน่วยงาน

วันที่สอบสวน วันที่สอบสวนสิ้นสุด

แบบฟอร์มรายงานโรคโปลิโอ/โรคอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (AFP)

รายงานผู้ป่วย AFP

ประจำสัปดาห์ที่

(วันอาทิตย์ที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันเสาร์ที่ เดือน พ.ศ.)

โรงพยาบาล

จังหวัด

ก. ผู้ป่วย AFP ในรอบสัปดาห์นี้ ดังรายชื่อต่อไปนี้

1.

2.

3.

4.

ข. ไม่มีผู้ป่วย AFP

ชื่อผู้รายงาน

(.....)

วันที่

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคโปลิโอ/โรคอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ป่วย เพศ วัน/เดือน/ปีเกิด อายุขณะเริ่มป่วย ปี เดือน

ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อบิดา ชื่อมารดา

ชื่อผู้ปกครอง (กรณีที่ได้ไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา)

อาชีพของบิดา/อาชีพของมารดา

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น โรงเรียน ตั้งอยู่หมู่ที่

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ผู้สอบสวนได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วย AFP วันที่

วันที่สอบสวน

2. ประวัติการรักษา

เมื่อมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

 ไม่เคยไป ไป ระบุชื่อสถานบริการ

1. วันที่

2. วันที่

3. วันที่

4. วันที่

5. วันที่

5. การเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจ

5.1 การเก็บตัวอย่างอุจจาระของผู้ป่วย

- เก็บครั้งที่ 1 เมื่อวันที่
- เก็บครั้งที่ 2 เมื่อวันที่
- ไม่ได้เก็บ เนื่องจาก

5.2 การเก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย AFP (เก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดในกรณีที่ไม่เก็บอุจจาระผู้ป่วย AFP ไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต หรือติดตามไม่พบ โดยเก็บตัวอย่างผู้สัมผัสใกล้ชิด อายุไม่เกิน 15 ปี และไม่เคยได้รับวัคซีนโปลิโอ ในช่วง 30 วัน ก่อนเก็บตัวอย่างตรวจ เก็บอุจจาระผู้สัมผัสจำนวน 5 รายๆ ละ 1 ตัวอย่าง)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	เพศ	อายุ	วันที่เก็บอุจจาระ	ได้รับ OPV ครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่	อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่
1.					<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2.					<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3.					<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4.					<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5.					<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

6. การค้นหาผู้ป่วย AFP รายอื่น

ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ป่วยอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงในชุมชนเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่

- ไม่มี
 - มี ระบุ ชื่อ
- ที่อยู่บ้านเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน หมู่ที่ ถนน
- ตำบล อำเภอ จังหวัด

หมายเหตุ : เจ้าหน้าที่ระดับปริญญาตรี ควรตรวจสอบค้นหาผู้ป่วย AFP รายอื่นในชุมชน ซึ่งอาจจะยังไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยังไม่ได้รายงาน และดำเนินการรายงานมาตามข้อ 6 นี้

7. ประวัติการได้รับวัคซีนของผู้ป่วย

7.1 การได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานตามกำหนดปกติ

ชนิดวัคซีน	ไม่ได้รับ	ไม่ทราบ	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับวัคซีน				
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
วัณโรค (BCG)							
ตับอักเสบบี (HB)							
คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก (DTP)							
โปลิโอ (OPV)							
หัด (M)							
ไข้มองอักเสบเจี (JE)							
อื่นๆ ระบุ							

แหล่งข้อมูลการรับวัคซีน โปรดระบุ

- สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก
 ทะเบียนการได้รับวัคซีนในเด็กที่สถานบริการ
 คำบอกเล่าจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง

7.2 การได้รับวัคซีนโปลิโอในโอกาสอื่นๆ

การได้รับวัคซีนโปลิโอ	จำนวนครั้งที่ได้รับวัคซีน	ครั้งสุดท้ายที่ได้รับวัคซีน ว/ป/ด	แหล่งข้อมูล (ระบุ)
- ในช่วงรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอ (ZNID / Sub-NID)			
- ในการให้วัคซีนโปลิโอ เพื่อการควบคุมโรค (ORI)			

หมายเหตุ : การรายงานข้อมูลประวัติการได้รับวัคซีนของผู้ป่วย (ข้อ 7) และ

ข้อมูลการตรวจสอบรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย (ข้อ 8)

ให้ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ร่วมดำเนินการตรวจสอบข้อมูล

8. ข้อมูลการตรวจสอบรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย

8.1 ประวัติการรับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย และหมู่บ้านที่มีประวัติสัมผัสหรือถ่ายทอดโรค

กลุ่มอายุ	จำนวนเป้าหมาย (คน)	ประวัติการได้รับวัคซีนโปลิโอ ในระบบปกติ ครบ 3 ครั้ง (คน)	ความครอบคลุม (%)
<1 ปี			ไม่ต้องคำนวณ
1 ปี ถึง 4 ปี 11 เดือน			

หมายเหตุ : กลุ่มอายุ <1 ปี ไม่คำนวณความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอ ครบ 3 ครั้ง เนื่องจากเด็กบางราย ยังไม่ได้รับวัคซีนครบ 3 ครั้ง เพราะยังไม่ถึงเกณฑ์อายุ

8.2 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโปลิโอ 3 ครั้ง ในเด็กอายุ 1 ปี (OPV3) ในตำบลที่พบผู้ป่วย AFP

8.2.1 ในเดือนที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการอัมพาต มีเด็กอายุครบ 1 ปี ทั้งหมด ณ ตำบลที่พบผู้ป่วย

จำนวน คน

8.2.2 มีเด็กตามข้อ 8.2.1 ที่ได้รับวัคซีนโปลิโอครบ 3 ครั้ง จำนวน คน

คิดเป็นความครอบคลุม %

8.3 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ช่วงรณรงค์ฯ ครั้งล่าสุด ในตำบลที่พบผู้ป่วย AFP

8.3.1 จำนวนเด็กในตำบลทั้งหมด

รอบที่ 1 เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. จำนวน คน

รอบที่ 2 เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. จำนวน คน

8.3.2 จำนวนเด็กตามข้อ 8.3.1 ที่ได้รับวัคซีนโปลิโอในช่วงรณรงค์

รอบที่ 1 เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. จำนวน คน

รอบที่ 2 เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. จำนวน คน

ชื่อผู้สอบสวน/รายงาน ตำแหน่ง

ที่ทำงาน วันที่สอบสวน โทรศัพท์

โปรดส่งรายงานที่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับแจ้ง
รายงานผู้ป่วย ทางโทรสารหมายเลข 0 2590 1784

แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยโรคโปลิโอ/โรคอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน

ชื่อผู้ป่วย เด็กชาย เด็กหญิง อายุ ปี
 ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน หมู่ที่
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ติดตามผู้ป่วยหลังมีอาการ AFP เมื่อ 30 วัน 60 วัน ระบุวันที่ติดตาม

พบผู้ป่วยหรือไม่ พบ ไม่พบ → โปรดสอบถามข้อมูลจากผู้ใกล้ชิดและระบุสาเหตุที่ไม่พบผู้ป่วย ดังนี้

ย้ายที่อยู่ ติดตามไม่ได้ เสียชีวิต อื่น ๆ ระบุ

ชื่อผู้ให้ข้อมูล

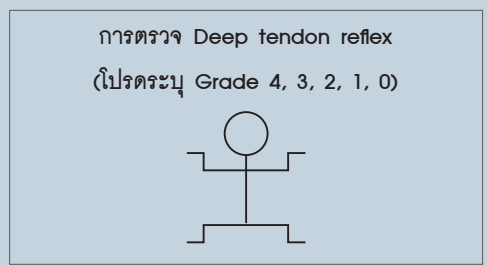
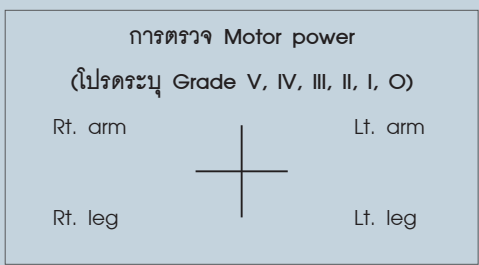
เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น บิดา/มารดา ญาติสนิท อื่น ๆ ระบุ

ผลการตรวจร่างกาย

อาการอัมพาต

ผู้ป่วยยังคงมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลงเหลืออยู่หรือไม่ ไม่มี มี (ถ้ามีโปรดระบุตำแหน่ง)
 ระบุตำแหน่งที่ยังมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเหลืออยู่

left leg right leg face respiratory muscle
 left arm right arm other cranial nerves



ความพิการ

เดินไม่ได้ เดินกะเผลก

เดินได้ปกติ เดินโดยมีผู้ช่วยพยุง หรือใช้ไม้ค้ำยัน หรือ ใช้เครื่องมือช่วย

Final Diagnosis

นายแพทย์ผู้ตรวจ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ

โรงพยาบาล

โปรดส่งรายงานที่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ภายใน 1 สัปดาห์ นับจากวันที่ติดตาม ทางโทรสารหมายเลข 0 2590 1784

รายงานการควบคุมโรค (Outbreak Response Immunization : ORI)

จังหวัด

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย อายุ ปี เดือน
 บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ
 วันที่เริ่มมีอาการอัมพาต วันที่รับการรักษา
 อายุกลุ่มเป้าหมายที่ยอดวัคซีน

พื้นที่ดำเนินการให้วัคซีน	จำนวนเด็ก เป้าหมาย	จำนวนเด็ก ที่ได้วัคซีน	วันที่ให้วัคซีน
หมู่บ้าน			
หมู่บ้าน			
หมู่บ้าน			
หมู่บ้าน			
โรงเรียน			
รวม	จำนวนเด็ก เป้าหมาย	จำนวนเด็ก ที่ได้วัคซีน	ความครอบคลุม (%)

โปรดส่งรายงานที่ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับแจ้งรายงานผู้ป่วย
 ทางโทรสารหมายเลข 0 2591 8425

แบบรายงานต่างๆ สามารถ Download ได้ที่ <http://epid.moph.go.th>

แบบสอบสวนเฉพาะรายโรคอาหารเป็นพิษ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

สถานที่ทำงาน เชื้อชาติ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น โรงเรียน ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

วันเริ่มอาการ เวลา น. มาโรงพยาบาล วันที่ เวลา น.

ผลการรักษา () กำลังรักษา () หาย () เสียชีวิต วันที่

() ไม่สมัครใจอยู่ () ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ

2. อาการและอาการแสดง

ถ่ายเป็นน้ำ	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	ไข้	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ถ่ายเหลว	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ถ่ายมีมูก	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	ตะคริวที่ท้อง	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ถ่ายมีเลือด	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	ปวดมวนท้อง	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ปวดท้อง	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	ตะคริวที่ขา	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ท้องผูก	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	อ่อนเพลีย	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
คลื่นไส้อาเจียน	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	ความดันโลหิตต่ำ	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
อาหารไม่ย่อย	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	อัมพาต	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ปากแห้ง	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	เห็นภาพซ้อน	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
เหงื่อออกตัวเย็น	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ	อาการอื่นๆ ระบุ			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ ระบุ วันที่ส่งตรวจ

• อาหารที่ส่งเพาะเชื้อระบุ	() เพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ	() เพาะเชื้อไม่ขึ้น	() ไม่ได้เพาะเชื้อ
• เพาะเชื้อจากอุจจาระ	() เพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ	() เพาะเชื้อไม่ขึ้น	() ไม่ได้เพาะเชื้อ
• เพาะเชื้อจาก rectal swab	() เพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ	() เพาะเชื้อไม่ขึ้น	() ไม่ได้เพาะเชื้อ
• เพาะเชื้อจากอาเจียน	() เพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ	() เพาะเชื้อไม่ขึ้น	() ไม่ได้เพาะเชื้อ
• ทดสอบการสร้างสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น	() พบสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น () ไม่ได้ทดสอบ	() ไม่พบสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น	

4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
() ได้พบแพทย์ () พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข () อื่นๆ ระบุ
- ยาปฏิชีวนะ
() ได้รับ ระบุ () ไม่ได้รับ () ไม่ทราบ
- ป่วยครั้งนี้ได้ซื้อยามาเชื้อ (ปฏิชีวนะ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่
() ซื้อ ระบุ () ไม่ได้ซื้อ
- ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่ () ได้รับ () ไม่ได้รับ () ไม่ทราบ
- ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ () ได้รับ () ไม่ได้รับ () ไม่ทราบ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหาร/อาหารว่าง/ขนม/นมสดหรืออื่นๆ) ช่วง 3 วัน ก่อนป่วย

() กินเนื้อสัตว์ดิบ ระบุชนิด	() กินเนื้อสัตว์สุกๆ ดิบๆ ระบุชนิด
() กินอาหารทะเลดิบ ระบุชนิด	() กินอาหารทะเลสุกๆ ดิบๆ ระบุชนิด
() กินอาหารค้างมือโดยไม่ได้อุ่น ระบุ	() กินอาหารอื่นๆ ระบุ
() ดื่มนมสดระบุชนิดของนม แหล่งผลิตนมระบุ	
() ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ	
() ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี () ต้ม () พาสเจอร์ไรส์ () สเตอริไลซ์	
() กินขนมระบุ	() กินอาหารหมักดอง ระบุ
() ปกติดื่ม น้ำ () ต้ม () ไม่ต้ม () กรอง () ขวดปิดสนิท	

- ประวัติการรับประทานอาหารช่วง 3 วันก่อนเริ่มป่วย

	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วมรับประทาน			

- อาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วยครั้งนี้ (ระบุ)
วันที่รับประทาน เวลา น. ซื้อจากแหล่ง ระบุ
• จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหารที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ คน
() มีอาการเหมือนผู้ป่วย คน () ไม่มีใครมีอาการป่วย

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น : ในสถานที่เดียวกันและช่วงเวลาใกล้เคียงกันกับการป่วยของผู้ป่วย

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง			วันที่เริ่มมีอาการป่วย คล้ายผู้ป่วย	ไม่มีอาการ
		อุจจาระ/...../.....	Rectal swab/...../.....	อาเจียน/...../.....		
1.		() พบเชื้อ	() พบเชื้อ	() พบเชื้อ		
		() ไม่พบ	() ไม่พบ	() ไม่พบ		
2.		() พบเชื้อ	() พบเชื้อ	() พบเชื้อ		
		() ไม่พบ	() ไม่พบ	() ไม่พบ		

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง			วันที่เริ่มมีอาการป่วย คล้ายผู้ป่วย	ไม่มีอาการ
		อุจจาระ/...../.....	Rectal swab/...../.....	อาเจียน/...../.....		
3.		() พบ เชื้อ	() พบ เชื้อ	() พบ เชื้อ		
		() ไม่พบ	() ไม่พบ	() ไม่พบ		
4.		() พบ เชื้อ	() พบ เชื้อ	() พบ เชื้อ		
		() ไม่พบ	() ไม่พบ	() ไม่พบ		
5.		() พบ เชื้อ	() พบ เชื้อ	() พบ เชื้อ		
		() ไม่พบ	() ไม่พบ	() ไม่พบ		
6.		() พบ เชื้อ	() พบ เชื้อ	() พบ เชื้อ		
		() ไม่พบ	() ไม่พบ	() ไม่พบ		

หมายเหตุ ระยะฟักตัวของโรค (Incubation period) ขึ้นกับชนิด และปริมาณของเชื้อ หรือของสารพิษ ซึ่งพบเกิดอาการได้ตั้งแต่ 2 - 6 ชั่วโมงหลังกินอาหาร/ดื่มน้ำ ไปจนเป็นวัน หรือสัปดาห์ หรือเป็นเดือน (เช่น ไนโรสตับอักเสบบี เอ) แต่โดยทั่วไป มักพบเกิดอาการภายใน 2 - 6 ชั่วโมง หรือ 2 - 3 วัน

- ระยะฟักตัวของ Staphylococcus aureus 30 นาที - 8 ชั่วโมง โดยปกติ 2 - 4 ชั่วโมง
- ระยะฟักตัวของ Clostridium perfringens 6 - 4 ชั่วโมง โดยปกติ 10 - 12 ชั่วโมง
- ระยะฟักตัวของ Clostridium botulinum สำหรับอาการทางระบบประสาท 12 - 6 ชั่วโมง หรืออาจหลายวัน ส่วนใหญ่ระยะฟักตัวสั้น
- ระยะฟักตัวของ Bacillus cereus 1 - 6 ชั่วโมง ในรายที่มีอาการอาเจียน ส่วนในรายที่มีอาการท้องเสีย ระยะฟักตัวอยู่ในช่วง 6 - 24 ชั่วโมง
- ระยะฟักตัวของ Vibrio parahaemolyticus 12 - 24 ชั่วโมง หรือในช่วง 3 - 30 ชั่วโมง
- ระยะฟักตัวของ Vibrio vulnificus 12 ชั่วโมง - 3 วัน ภายหลังจากกินอาหารทะเลที่ไม่ได้ทำให้สุกก่อน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเรื้อรังอยู่ก่อนเกิดปัญหา septicemia

แบบสอบถามโรคไอกรน

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประชาชน

อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

วันเริ่มป่วย วันที่มาโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

สถานที่รักษาในปัจจุบัน H.N. A.N.

ระยะเวลาที่มีอาการไอมาแล้ว สัปดาห์

อาการและอาการแสดง

อาการคล้ายหัด	() มี วันที่	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ไอเป็นชุด (paroxysms)	() มี วันที่	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
มีเสียงหายใจเข้าดังฮู้ปหลังอาการไอ (whoop after cough)	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
มีเลือดออกใต้เยื่อตาขาว (subconjunctival bleeding)	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
อาเจียนหลังการไอ (vomiting after cough)	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ชัก (convulsion)	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
หายใจติดขัด (breathless spells)	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
หน้าเขียวเนื่องจากขาดออกซิเจน (cyanosis)	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เพาะเชื้อ () ไม่ได้ทำ () ทำ ผลเพาะเชื้อ () ไม่พบเชื้อ () พบเชื้อ

ตรวจสอบสารพันธุกรรมด้วยวิธี PCR () ไม่ได้ทำ () ทำ ให้ผล () ผลบวก () ผลลบ

4. ประวัติการรักษา

เมื่อป่วยด้วยโรคโอดกรนครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

- () ไป ระบุชื่อสถานบริการ วันที่
- () ไม่เคยไป

การรักษา

- Antibiotic () ใช้ ชนิด ขนาด วันที่ให้การรักษา () ไม่ใช้
- ผลการรักษา () กำลังรักษา () หาย () ตาย () ส่งต่อระบุ

5. ประวัติการได้รับวัคซีน

- DPT 1 () ได้เมื่อวันที่ () ไม่ได้ () ไม่ทราบ
- DPT 2 () ได้เมื่อวันที่ () ไม่ได้ () ไม่ทราบ
- DPT 3 () ได้เมื่อวันที่ () ไม่ได้ () ไม่ทราบ
- DPT 4 () ได้เมื่อวันที่ () ไม่ได้ () ไม่ทราบ
- DPT 5 () ได้เมื่อวันที่ () ไม่ได้ () ไม่ทราบ
- มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ () มี () ไม่มี

6. ประวัติการสัมผัสโรค

6.1 ในช่วง 21 วันที่ผ่านมาก่อนป่วย เคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคโอดกรนหรือไม่

- () มี () ไม่มี
- 1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย
- 2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย

6.2 ในช่วง 21 วันที่ผ่านมาก่อนป่วย มีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคโอดกรนที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

- () มี () ไม่มี
- 1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย
- 2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย

6.3 ในช่วง 21 วันที่ผ่านมาก่อนป่วย มีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคโอดกรนที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกัน

- () มี () ไม่มี
- 1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย
- 2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย

7. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด

มีผู้สัมผัสใกล้ชิดในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนและหลัง นับจากวันที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไอเป็นชุดๆ

- 7.1 ผู้สัมผัสในครอบครัวเดียวกัน () มี () ไม่มี
1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย
2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย
- 7.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน () มี () ไม่มี
1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย
2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย
- 7.3 ผู้สัมผัสในชุมชน () มี () ไม่มี
1. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย
2. ชื่อ อายุ เพศ วันเริ่มป่วย

8. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่นๆ

1. ชื่อ อายุ เพศ
- ประวัติการรับวัคซีน เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้
2. ชื่อ อายุ เพศ
- ประวัติการรับวัคซีน เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

ที่ทำงาน วันที่สอบสวน โทรศัพท์

สำนักกระบวนวิชา

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 และ 6 ชั้น 6 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-590-1793 แฟกซ์ 02-590-1784

เว็บไซต์สำนัก <http://www.boe.moph.go.th/>
