

แบบสอบถามโรคเฉพาะรายโรคคอตีบ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ป่วย..... วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี..... เดือน.....

เพศ ชาย หญิง

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

 ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล ในเขตสุขาภิบาล นอกเขตสุขาภิบาล

ชื่อบิดามารดาหรือผู้ปกครอง..... อาชีพของบิดามารดา.....

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

ตำบล.....

อำเภอ.....

จังหวัด.....

วันที่ได้รับแจ้งจากผู้ป่วย..... วันที่สอบสวนโรค.....

2. ประวัติการได้รับท็อกซอยด์

เคยได้รับท็อกซอยด์ป้องกันโรคคอตีบ..... ครั้ง

มีบัตรสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ ไม่มี มี

วัน เดือน ปี ที่ได้รับท็อกซอยด์ป้องกันโรคคอตีบ

ครั้งที่ 1 ____/____/____ อายุ.....

ครั้งที่ 2 ____/____/____ อายุ.....

ครั้งที่ 3 ____/____/____ อายุ.....

ครั้งที่ 4 ____/____/____ อายุ.....

ครั้งที่ 5 ____/____/____ อายุ.....

3. อาการและอาการแสดง

การวินิจฉัยเบื้องต้นของแพทย์.....

อาการ ไข้ ไม่มี มี วันที่เริ่มมีอาการ.....เจ็บคอ ไม่มี มี วันที่เริ่มมีอาการ.....แผ่นเยื่อ ไม่มี มี วันที่เริ่มมีอาการ.....ตำแหน่งที่มีแผ่นเยื่อ ทอลซิล (tonsil) ชาย..... ขว..... ลิ้นไก่ (Uvula) คอหอยส่วนหลัง (Posterior pharynx)ต่อมน้ำเหลือง (Lymph node) ใต้มุมขากรรไกรโต ไม่มี มีคอบวม (Neck swelling) ไม่มี มีแผลที่ผิวหนังมีแผ่นเยื่อสีขาว (Skin ulcer) ไม่มี มี

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Nasal Swab (Nasal cavity) วันที่ส่งตรวจ..... ผลการตรวจ.....

Throat Swab (Tonsil, Posterior pharynx) วันที่ส่งตรวจ..... ผลการตรวจ.....

Skin Swab (Skin Ulcer) วันที่ส่งตรวจ..... ผลการตรวจ.....

5. การรักษา

สถานทีรักษา..... วันรับรักษา.....

• Diphtheria Antitoxin ไม่ใช่ ใช่ ขนาด..... วันที่ให้การรักษา.....

• Antibiotics ไม่ใช่ ใช่ ขนาด..... วันที่ให้การรักษา.....

• ผลการรักษา กำลังรักษา ไม่สมัครอยู่
 หาย ตาย เมื่อ.....

•ภาวะแทรกซ้อน

Airway obstruction Myocarditis

Neuritis โดยมีอาการดังต่อไปนี้

สำลักน้ำ กลืนลำบาก แขนขาอ่อนแรง

6. แหล่งรังโรค / ผู้ป่วยรายอื่น

1. ในช่วง 2 - 15 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง ไม่เคย เคย

1. ระบุ..... วันที่.....

2. ระบุ..... วันที่.....

2. ผู้ใกล้ชิดที่สงสัยว่าเป็นโรคคอตีบในช่วง 2 -15 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

ไม่มี มี ระบุ

1. ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... ที่อยู่.....

2. ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... ที่อยู่.....

3. ที่โรงเรียน เพื่อน ครูที่สงสัยว่าป่วยเป็นโรคคอตีบในช่วง 2 - 15 วันก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

ไม่มี มี ระบุ

1. ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... ที่อยู่.....

2. ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... ที่อยู่.....

4. ผู้ป่วยคอตีบรายอื่นที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกันและป่วยในช่วง 2-15 วันก่อนวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

ไม่มี มี ระบุ

1. ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... ที่อยู่.....

2. ชื่อ..... อายุ..... เพศ..... ที่อยู่.....

7. ผู้สัมผัสใกล้ชิดในช่วง 2 - 15 วัน นับจากวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายนี้

หมายถึง เพื่อนสนิทที่เล่น กิน นอน ไปไหนมาไหนด้วยกัน / พ่อแม่ พี่น้อง คนที่อยู่ในบ้านเดียวกัน

1. ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ชื่อ..... อายุ..... เพศ.....
ประวัติการได้รับวัคซีน..... (จำนวนเข็มทั้งหมดที่ได้รับ)
2. ชื่อ..... อายุ..... เพศ.....
ประวัติการได้รับวัคซีน..... (จำนวนเข็มทั้งหมดที่ได้รับ)
3. ชื่อ..... อายุ..... เพศ.....
ประวัติการได้รับวัคซีน..... (จำนวนเข็มทั้งหมดที่ได้รับ)

2. เพื่อนสนิทที่โรงเรียน

1. ชื่อ..... อายุ..... เพศ.....
ที่อยู่..... ชั้นเรียน.....
ประวัติการได้รับวัคซีน..... (จำนวนเข็มทั้งหมดที่ได้รับ)
2. ชื่อ..... อายุ..... เพศ.....
ที่อยู่..... ชั้นเรียน.....
ประวัติการได้รับวัคซีน..... (จำนวนเข็มทั้งหมดที่ได้รับ)
3. ชื่อ..... อายุ..... เพศ.....
ที่อยู่..... ชั้นเรียน.....
ประวัติการได้รับวัคซีน..... (จำนวนเข็มทั้งหมดที่ได้รับ)

3. ผู้สัมผัสในชุมชน

1. ชื่อ..... อายุ..... เพศ.....
ที่อยู่.....
ประวัติการได้รับวัคซีน..... (จำนวนเข็มทั้งหมดที่ได้รับ)
2. ชื่อ..... อายุ..... เพศ.....
ที่อยู่.....
ประวัติการได้รับวัคซีน..... (จำนวนเข็มทั้งหมดที่ได้รับ)
3. ชื่อ..... อายุ..... เพศ.....
ที่อยู่.....
ประวัติการได้รับวัคซีน..... (จำนวนเข็มทั้งหมดที่ได้รับ)

ชื่อผู้สอบสวน.....

ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....