แบบสอบสวนผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

1. ข้อมูลทั่วไป [ ] PUI ไข้ออกผื่น [ ] 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 5วัน (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 [ ] ไรผม [ ] แขน [ ] ขา [ ] ลำตัว

[ ] อื่น ๆ .....

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) อื่น ๆ ระบุ.....

<u>**ข้อ 13) และ 14) ตอบเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์</u>

13) คลอดทารกแรกเกิดศีรษะเล็ก (BABYMICRO) [ ] 1 มี [ ] 2 ไม่มี [ ] 3 ยังไม่ทราบ

14) ทารกในครรภ์ศีรษะเล็ก (FETUSMICRO) [ ] 1 มี [ ] 2 ไม่มี [ ] 3 ยังไม่ทราบ

ต่อหน้า 2

แบบสอบสวนผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

3. ปัจจัยเสี่ยงในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย

1) สัมผัสผู้ป่วยไข้ออกผื่นก่อนป่วย (RISK1) [ ] 1ใช่ [ ] 2ไม่ใช่

2) ไปทำงานกับคนที่มีอาการไข้ ออกผื่น (RISK2) [ ] 1ใช่ [ ] 2ไม่ใช่

3) มีคนในครอบครัว มีอาการไข้ ออกผื่น (RISK3) [ ] 1ใช่ [ ] 2ไม่ใช่

4) ท่านเดินทางไปในพื้นที่ที่มีประวัติเสี่ยงโรคซิกา (RISK4) [ ] 1ใช่ [ ] 2ไม่ใช่

5) บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคซิกา (RISK5) [ ] 1ใช่ [ ] 2ไม่ใช่

โดยอยู่ในรัศมี [1] 0 - 25 เมตร [2] 26 - 50 เมตร [3] 51 - 100 เมตร [4] เกิน 100 เมตร

4. การเก็บตัวอย่างตรวจ Zika

การส่งตรวจ	ระบุวันที่ (หากมีการส่งตัวอย่างตรวจ)	ไม่ส่ง
1) Zika PCR จากปัสสาวะ (ZURIDATE)	...../...../.....	[ ] ส่ง [ ] ไม่ส่ง
2) Zika PCR จากเลือด (ZPCRDATE)	...../...../.....	[ ] 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.....

[ ] 5.ผู้สัมผัส (กรณีตอบข้อ 5 โปรดระบุ)

เป็นผู้สัมผัสของผู้ป่วยยืนยัน ชื่อ.....

[ ] 5.1ผู้สัมผัสร่วมบ้าน [ ] 5.2ผู้สัมผัสร่วมโรงเรียน/ที่ทำงาน[ ] 5.3ผู้ที่อยู่ในรัศมี 100 เมตร

[ ] 5.4ผู้ที่อยู่นอกรัศมี 100 เมตร [ ] 5.5หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เป้าหมาย

[ ] 5.6หญิงตั้งครรภ์นอกพื้นที่เป้าหมาย [ ] 5.7อื่น ๆ ระบุ.....

6. เฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้ถามเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

1) ตั้งครรภ์หรือไม่ (PREG) [ ] 1ใช่ [ ] 2ไม่ใช่ [ ] 3ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

2) เดือนที่กำหนดคลอด (DELIVER) ...../..... ระบุเดือน/ปี

3) อายุครรภ์เมื่อพบครั้งแรก (GAMEET) ..... สัปดาห์

4) อายุครรภ์เมื่อพบหรือสงสัยว่าติดเชื้อ (GAINFECT) ..... สัปดาห์

5) ผลการตั้งครรภ์ (PREGOUT)

[ ] 1คลอดทารกปกติ [ ] 2คลอดทารกผิดปกติ [ ] 3ทารกเสียชีวิตเมื่อแรกเกิด

[ ] 4ทารกตายในครรภ์ (GA 28 wkเป็นต้นไป) [ ] 5แท้งบุตร (GAน้อยกว่า 28 wk) [ ] 6ยังไม่คลอด

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ: กรุณาส่งสำนักระบาดวิทยา ทาง email: zikaboe@gmail.com หรือ Fax: 02-591-8579 เพื่อเป็นหลักฐานการสนับสนุนค่าตรวจ Lab

แบบส่งตัวอย่างตรวจโรคไข้เลือดออก ไข้เดงกี ไข้ชิคุนกุนยา ไข้ซิกา

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 โทรสาร 0-2951-2153

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ..... เพศ ○ชาย ○หญิง อายุ ..... ปี ..... เดือน .....วัน ตั้งครรภ์.....สัปดาห์
ที่อยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด ..... โทรศัพท์.....
รับการรักษาที่ ร.พ..... อำเภอ..... จังหวัด..... H.N. .....
ประวัติการเดินทางในระยะเวลา 14 วันก่อนป่วย วัน/เดือน/.....ตำบล ..... อำเภอ..... จังหวัด.....
การวินิจฉัย : ☐ DHF grade 1 ☐ DHF grade 2 ☐ DHF grade 3 ☐ DHF grade 4 ☐ ไข้เดงกี DF ☐ R/O.....
☐ ไข้ชิคุนกุนยา ☐ ไข้ซิกา ☐ ผู้สัมผัส ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

อาการและการตรวจพบ :

วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย.....

1. ไข้ วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มเป็นไข้ .....อุณหภูมิสูงสุด.....°ซ วัน/เดือน/ปี ที่ไข้ลด.....
2. อาการเลือดออก
   - 2.1 Tourniquet ☐ ไม่ได้ทำ ☐ positive.....จุด/Inch^2 ☐ negative (วัน/เดือน/ปี ที่ทำ.....)
   - 2.2 อาการเลือดออกที่ผิวหนัง ☐ petechiae ☐ ecchymoses ☐ ไม่มี
   - 2.3 ☐ เลือดกำเดาออก 2.4 ☐ เลือดออกจากเหงือก 2.5 ☐ อาเจียนเป็นเลือด
   - 2.6 ☐ ถ่ายเป็นเลือด 2.7 ☐ มีประจำเดือน 2.8 ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
3. ตับ ☐ โต ขนาด.....ซม. ☐ คลำไม่พบ ☐ กดเจ็บ
4. อาการช็อก ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ มือเท้าเย็น ☐ กระสับกระส่าย
5. ☐ ปวดข้อ 6. ☐ มีข้อบวม 7. ☐ ปวดกล้ามเนื้อ 8. ☐ มีผื่นแดง 9. ☐ ตาแดง 10. ☐ Microcephaly
11. ☐ Guillain-Barre syndrome 12. ☐ ระบบประสาทอักเสบอื่นๆ
13. อาการแสดงอื่นๆ (Unusual manifestation) ☐ ตัว/ตา เหลือง ☐ ไม่รู้สึกตัว ☐ ชัก ☐ Renal failure ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

การปฏิบัติทางห้องปฏิบัติการ

Platelet counts แรกรับ...../ลบ.มม. สูงสุด...../ลบ.มม. ต่ำสุด...../ลบ.มม.
Hematocrit แรกรับ.....% สูงสุด.....% ต่ำสุด.....%

โปรดระบุรายการที่ต้องการส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง และชนิดตัวอย่าง

โรคไข้เลือดออก ☐ วิธี ELISA IgM, IgG
☐ วิธี RT-PCR จำแนกซีโรทัยป์
☐ วิธี Real-time RT-PCR จำแนกซีโรทัยป์
โรคไข้ชิคุนกุนยา ☐ วิธี ELISA IgM ☐ วิธี RT-PCR
โรคไข้ซิกา ☐ วิธี Real-time RT-PCR
☐ วิธี ELISA IgM ☐ วิธี ELISA IgG

วัน/เดือน/ปี ที่เก็บตัวอย่าง	ชนิดตัวอย่าง	หมายเลขวิเคราะห์ (NIH no.)
ครั้งที่ 1 ...../...../.....	.....	.....
ครั้งที่ 2 ...../...../.....	.....	.....
ครั้งที่ 3 ...../...../.....	.....	.....

เฉพาะเจ้าหน้าที่ฝ่ายอาโบไวรัส			
Test	1	2	3
Dengue PCR/rPCR			
Zika rPCR			
Zika IgM/IgG			
D-IgM			
D-IgG			
Chik PCR			
Chik-IgM P/N ratio			
Interpretation			
Date			

ชื่อและที่อยู่ของผู้ต้องการให้ส่งผล

ชื่อ-สกุล .....
ที่อยู่ .....
.....
โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....
E-mail address.....

แนวทางการรับแจ้ง การส่งตัวอย่าง และแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

ใบนำส่งวัตถุตัวอย่างโรค Zika virus infection

ที่ตำบล_____อำเภอ _____ จังหวัด _____ ผู้นำส่ง _____ เบอร์โทรติดต่อ _____

ลำดับ	ชนิดตัวอย่าง	ชื่อ - สกุล	อายุ (ปี)	ที่อยู่	ประเภท							วันที่เก็บ	วันที่ส่ง	หมายเหตุ [*ระบุวันเริ่มป่วย หรือ ** ระบุ index case]
					PUI			ตั้งครรภ์		ผู้สัมผัสร่วมบ้าน	Follow up			
					PUI ทั่วไป	Micro-cephaly	GBS	PUI	ไม่มีอาการ					