

แบบสอบสวนโรคทริคิโนซิส (Trichinosis)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN ศาสนา สัญชาติ

อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ไม่เคยเรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา

ปริญญาตรี อาชีวศึกษาและอนุปริญญา สูงกว่าปริญญาตรี

รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน <10,000 บาท 10,000-25,000 บาท >25,000 บาท

ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้าน/ทาวน์เฮาส์/ห้องแถว/คอนโดมิเนียม)

ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย เจ้าของ เช่าซื้อ เช่า

อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า อื่น ๆ

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ไม่มีสิทธิ ประกันสังคม

ในการรักษาครั้งนี้ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิข้าราชการ

อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)

ภูมิสำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

อาชีพผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อ่อนหภูมิกาย องศาเซลเซียส ซีฟจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้ <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดข้อ <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดข้อตา <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตาบวม <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คลื่นไส้ <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดเมื่อยตามตัว <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดบวม <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	กล้ามเนื้ออ่อน <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาเจียน <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ท้องเสีย <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เดินตัวแข็ง/ เดินลำบาก <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ท้องผูก <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หายใจขัด <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หายใจลำบาก <input type="checkbox"/> มี เริ่มมีวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
อื่น ๆ ระบุ			

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3$ WBC
Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
Other
- 3.2 Creatinine Phosphokinase ไม่ได้ตรวจ ตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 การตรวจทาง Serology (ระบุ วิธี เช่น ELISA): ไม่ได้ตรวจ
 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
 ตรวจ วันที่ส่งตรวจ ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 การตรวจกล้ามเนื้ออ่อน (Biopsy) หรือกล้ามเนื้อส่วนอื่น ระบุ
 ไม่ได้ตรวจ ตรวจ ส่งตรวจ วันที่ส่งตรวจ
ผล พบตัวอ่อน ไม่พบ อื่น ๆ ระบุ
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
การวินิจฉัย
ยารักษาโรคจำเพาะที่ได้รับ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 ประวัติการสัมผัสโรค

1. การรับประทานอาหาร

ชนิดเนื้อสัตว์ (ภายใน 1 เดือนก่อนหน้าที่จะแสดงอาการ) อาหารดิบ สุกๆ ดิบๆ หรือรมควัน

เนื้อสุกรฟาร์ม เนื้อสุกรหลังบ้าน เนื้อสุกรป่า

เนื้อสัตว์ป่า ระบุ

เนื้อสัตว์อื่น ๆ ระบุ

ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ เช่น ไส้กรอกรมควัน ระบุ

ระบุพิกัด GPS ของแหล่งเนื้อสุกร (หากทราบ)

2. ประเภทการปรุง

ลาบ หลู้ ยำ ปิ้งและย่าง

แกง แหนม อื่น ๆ ระบุ

ไม่ผ่านการประกอบอาหาร (กินดิบ)

รับประทานอาหารนี้เมื่อวันที่

5.2 แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

แหล่งที่มาของเนื้อสัตว์

เลี้ยงไว้เอง ได้รับมาจากเพื่อนบ้าน จากการล่า

ซื้อมาจากตลาด ระบุ

ได้รับโดยตรงจากฟาร์ม ระบุ

ได้จากพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศ ระบุ

อื่น ๆ ระบุ

ไม่ทราบ

ระบุพิกัด GPS ของแหล่งสุกร (หากทราบ)

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค (เช่น รับประทานด้วยกัน)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่	
2.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่	
3.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่	
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่	
5.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่	

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์
 ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
 หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด
 วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์