

# แบบสอบถามโรคmelioidosis (Meliodosis)

## 1. ข้อมูลทั่วไป

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

เลขที่บัตรประชาชน  -  -  -  -  อายุ ..... ปี ..... เดือน เพศ  ชาย  หญิง

HN ..... AN ..... ศาสนา ..... สัญชาติ .....

อาชีพ ..... ที่ทำงาน/โรงเรียน ..... ชั้นเรียน .....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  
 ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา 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.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที  
 หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

ไข้ อุณหภูมิ .....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มีภาวะติดเชื้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปอดอักเสบ	<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	ทางเดินปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ระบุ ข้อ .....		หรือไตอักเสบ	
หายใจหอบเหนื่อย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	แผลเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
		ตำแหน่ง.....	
ฝีในตับ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ฝีในม้าม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ฝีในปอด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ฝีในท่อน้ำเหลือง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ซีสต์	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ต่อม้ำลายพาโรติด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ความดันโลหิต .....ชีพจร .....		อักเสบเป็นฝี (พบในเด็ก)	
อื่นๆ ระบุ .....			

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 Rapid test  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.2 วิธีเพาะแยกเชื้อ (Culture)  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.3 วิธี Polymerase chain reaction (PCR)  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....
- 3.4 อื่น ๆ ระบุ .....  
 ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

### 4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
- การรักษาค่านี้ : วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.
- ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....
- สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....
- ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้  ไม่ได้รับ  ได้รับ ระบุ .....

### 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

#### 5.1 โรคเรื้อรังที่พบก่อน ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	วัณโรค	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
โรคไตเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
โรคเลือดธาลัสซีเมีย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	โรคตับแข็ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
โรคหอบหืดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ภาวะติดเหล้า (Alcoholism)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ได้รับยากดระบบภูมิคุ้มกัน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

#### 5.2 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

- เคยทำอาชีพเกษตรกรรมในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อ ..... ถึง .....
- ทำนา เป็นระยะเวลา ..... ปี ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- ทำสวน เป็นระยะเวลา ..... ปี ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- ทำไร่ เป็นระยะเวลา ..... ปี ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- จับสัตว์น้ำ เป็นระยะเวลา ..... ปี ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ เป็นระยะเวลา ..... ปี ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- เก็บขยะ เป็นระยะเวลา ..... ปี ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- ขุดลอกท่อระบายน้ำ/สระ/คู/คลอง เป็นระยะเวลา ..... ปี ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- ทำงานในโรงฆ่าสัตว์ เป็นระยะเวลา ..... ปี ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- ว่ายน้ำ ระบุสถานที่ .....
- เดินลุยน้ำ ระบุสถานที่ .....

- ดื่มน้ำที่ไม่ได้ผ่านการต้มสุก
- มักมีบาดแผลจากการประกอบอาชีพ
- อื่น ๆ ระบุ .....

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

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 .....