

แบบสอบถามโรคแอนแทรกซ์ (Anthrax)

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

ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย อยู่ในชุมชนเขตเมือง อยู่ในชุมชนท้องถิ่นชนบท อื่น ๆ

ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ในเขตเทศบาลนคร ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล ในเขต อบต.

สถานที่ทำงาน/สถานที่ศึกษา

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หรือโรคประจำตัว

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

2.1 ระบบทางเดินอาหาร

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
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
ท้องร่วง	<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
น้ำในช่องท้อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่น ๆ ระบุ	

2.2 Oro-pharynx

แผลในช่องปาก	<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
คอบวม	<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
เสียงแหบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่น ๆ (ระบุ)	

2.3 ผิวหนัง

ตุ่มหนอง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ถ้ามี ตำแหน่ง	การกดเจ็บที่แผล	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ถ้ามี ตำแหน่ง
ต่อมน้ำเหลือง	<input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> ไม่บวม <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ถ้ามี ตำแหน่ง	แผล eschar	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ถ้ามี ตำแหน่ง
อื่น ๆ ระบุ			

2.4 ระบบทางเดินหายใจ

หายใจขัด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
โลหิตเป็นพิษ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่น ๆ (ระบุ)	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 วิธีย้อมสีแกรม ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 วิธี PCR ไม่ได้ตรวจ ตรวจ สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ
ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
- ซื้อยากินเอง ชื่อยา
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
ยาปฏิชีวนะที่ใช้ เริ่มวันที่
วันที่จำหน่าย
- การรักษาครั้งนี้ : วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- การวินิจฉัย
ยารักษาโรคจำเพาะที่ได้รับ

5. ประวัติการสัมผัสโรค ในระยะ 7 วันก่อนเริ่มมีอาการ

- 5.1 ซ้ำแหล่งซากสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
สถานที่ซ้ำแหล่ง
ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์
 เป็นสัตว์ในท้องที่ นำมาจาก
ระบุตำแหน่งพิกัด GPS แหล่งที่มาของสัตว์ (หากทราบ)
- 5.2 หั่นเนื้อสัตว์เพื่อประกอบอาหาร ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
- 5.3 ประวัติการรับประทานเนื้อสัตว์/น้ำนม
- 5.3.1 รับประทานเนื้อสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
ระบุวิธีประกอบอาหาร
- 5.3.2 บริโภคน้ำนมที่ไม่ผ่านกระบวนการพาสเจอร์ไรส์ ระบุเหตุผล
ประเภทน้ำนม น้ำนมดิบ น้ำนมที่ต้มเอง
ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
ระบุแหล่งที่มา
ระบุตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ)
- 5.4 ทำงานในโรงฟอกหนังสัตว์ ระบุชนิดสัตว์
- 5.5 ทำงานในห้องปฏิบัติการที่มีการใช้เชื้อแอนแทรกซ์ สถานที่ห้องปฏิบัติการ
- 5.6 ทำความสะอาดในคอกปศุสัตว์ (ขณะที่มีสัตว์ป่วยตายผิดปกติ)
ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
ชื่อและที่อยู่เจ้าของสัตว์
 เป็นสัตว์ในท้องที่ นำมาจาก
ระบุตำแหน่งพิกัด GPS แหล่งที่มาของสัตว์ และ/หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ (หากทราบ)
- 5.7 สัมผัสแหล่งน้ำ/ดินที่ชื้นแฉะสถานที่ ระบุพิกัด GPS (หากทราบ)
- 5.8 การสัมผัสสัตว์อื่น ๆ ได้แก่ สัมผัสเลือด รกสัตว์ ปัสสาวะ สารคัดหลั่งหนังสัตว์ หรือซากสัตว์ (ระบุอายุสัตว์ที่สัมผัส)
ระบุชนิดสัตว์ วันที่ เวลา น.
ลักษณะการสัมผัส สถานที่ ระบุพิกัด GPS (หากทราบ)
 เป็นสัตว์ในท้องที่ นำมาจาก ระบุพิกัด GPS (หากทราบ)

6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 6.1 ลักษณะบ้านพักอาศัย พักในฟาร์มหรือเขตเลี้ยงสัตว์ นอกฟาร์ม
 มีการเลี้ยงสัตว์ ระบุชนิดสัตว์ ระบุพิกัด GPS (หากทราบ)
- 6.2 ลักษณะสถานที่ประกอบอาชีพ ระบุพิกัด GPS (หากทราบ)
 มีน้ำท่วมขัง/ดินเปียกเฉอะแฉะ
 มีการเลี้ยงสัตว์ ระบุชนิดสัตว์
- 6.3 ลักษณะการประกอบอาชีพ
 การใส่เครื่องป้องกัน (เช่น สวมบูท ถุงมือ ขณะปฏิบัติงาน)

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

- 7.1 มีผู้ที่ร่วมสัมผัสเลือด รกสัตว์ หนังสัตว์ บริโภคน้ำนมหรือเนื้อสัตว์ ซ้ำแหละซากสัตว์ หรือหายใจเอาฝุ่นละอองที่อยู่ภายในคอกสัตว์ เดียวกันด้วยหรือไม่
 ไม่มี มี ระบุ

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

- 7.2 ในระยะ 7 วัน ก่อนป่วย มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกัน หรือไม่
 ไม่มี มี ระบุ

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

7.3 ในระยะ 7 วัน หลังวันเริ่มป่วย มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกัน หรือไม่

ไม่มี มี ระบุ

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

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์