

แบบรายงานโรคฝีดาษวานร - Mpox1.1

ผู้รายงาน..... หน่วยงาน..... โทร..... วันที่รายงาน : ___/___/___

1. ข้อมูลทั่วไป

passport (เฉพาะชาวต่างชาติ).....

ชื่อ - นามสกุล..... อายุ ปี.....เดือน สัญชาติ

เพศกำเนิด ชาย หญิง รสนิยมทางเพศ ชายหญิง MSM TGW ไบเซ็กชวล LGBT+ อื่น ๆ.....

หญิง ตั้งครรภ์ ไม่ได้ตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สัปดาห์ อาชีพ

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

โรคประจำตัว การฉีดวัคซีนฝีดาษ: ไม่ฉีด ฉีด

2. ข้อมูลทางคลินิก

วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี) วันที่เข้ารับการรักษา (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา..... จังหวัด

มีไข้ คั้น ตาแดง/เจ็บตา แผล/ตุ่มในปาก เจ็บคอ กลืนลำบาก เจ็บบริเวณอวัยวะเพศ อวัยวะเพศบวมอักเสบ

แผลที่อวัยวะเพศ ทวารหนักมีเลือดออก หรือ discharge อาการอื่นๆ ระบุ

ต่อมน้ำเหลืองโต : บริเวณลำคอ รักแร้ ขาหนีบ อื่น ๆ

ผื่น: ไม่มี มี ถ้ามี เริ่มมีผื่น/ตุ่มวันที่:/...../.....

ลักษณะการกระจายของผื่น : ใบหน้า ตา ช่องปาก หน้าอก หน้าท้อง

หลัง/สีข้าง แขน ฝ่ามือ ขา ฝ่าเท้า ทวารหนัก/รอบทวารหนัก

อวัยวะเพศ/บริเวณรอบอวัยวะเพศ จำนวนตุ่มแผลโดยประมาณ

ลักษณะผื่น : ผื่น/ตุ่มนูนแดง ตุ่มน้ำใส ตุ่มหนอง ตุ่มหนองลักษณะปุ่มตรงกลาง

ตุ่มหนองลักษณะแห้งตกสะเก็ดตรงกลาง แผลตกสะเก็ด (มีเปลือก/เปลือก) ตุ่มน้ำที่มีเลือด

สถานะ HIV: Positive Negative ไม่ทราบ 4. CD4 count cells/mm³

โรคผิวหนังอักเสบชนิดเอคซีมา (Eczema) ไม่มี มี

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	วันที่ส่งตรวจ	สถานที่ส่งตรวจ	ผลตรวจ
	<input type="checkbox"/> Oropharyngeal swab			<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
	<input type="checkbox"/> Lesion Swab			<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ...			<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected

4. ประวัติเสี่ยงการติดเชื้อ (ในช่วง 21 วันก่อนป่วย) รายละเอียดเหตุการณ์

ประวัติเดินทางจากต่างประเทศ เมือง ประเทศ

เดินทางเข้าประเทศไทย วันที่/...../..... โดย เลขที่นั่ง

ประวัติสัมผัสใกล้ชิดชาวต่างชาติจากประเทศที่มีรายงานการระบาด ประเทศ..... วันที่/...../.....

ลักษณะการสัมผัส.....

ประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยสงสัย/ผู้ป่วยยืนยันฝีดาษวานร วันที่/...../..... ลักษณะการสัมผัส.....

ประวัติเพศสัมพันธ์ หรือ การสัมผัสทางเพศ วันที่/...../..... แฟน/คนรัก คนรู้จัก คนแปลกหน้า sex worker

ประวัติสัมผัสสัตว์ป่า สัตว์เลี้ยง ที่มีถิ่นกำเนิดจากแอฟริกากลาง เช่น กระรอก หนู ลิง หรือ แพรี่ด็อก วันที่/...../.....

ประวัติรับประทาน หรือ สัมผัสซากสัตว์ ผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่มีถิ่นกำเนิดจากแอฟริกากลาง เช่น เนื้อสัตว์ ครีม โยเกิร์ต ผง ผงแป้ง

บุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่สัมผัสผู้ป่วย หรือ เชื้อไวรัส ระบุลักษณะงาน.....

รายละเอียด อื่น ๆ ระบุ