

แบบรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคฝีดาษวานร (Monkeypox)
ศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคฝีดาษวานร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี.....เดือน

เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง.....

อาชีพ..... สถานที่ทำงาน

ที่อยู่ขณะป่วยเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

โรคประจำตัว.....

วันที่เริ่มป่วย..... วันที่รับการรักษา.....

รับการรักษาที่ ร.พ..... อำเภอ..... จังหวัด.....

อุณหภูมิต่ำสุด..... องศาเซลเซียส

ประวัติการรับวัคซีนฝีดาษ

ไม่เคย เคย เมื่อ.....ปี.....เดือน...พ.ศ.....

ลักษณะอาการในช่วง 21 วันที่ผ่านมา

มีไข้ ร่วมกับ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง คัด

มีน้ำมูก ไอ ตาแดง

ผื่น/ตุ่มน้ำ/ตุ่มหนอง/สะเก็ดแผล ที่บริเวณ.....ลักษณะ.....

มีแผลที่บริเวณ.....ลักษณะ.....

ต่อมน้ำเหลืองทั่วไปโต ระบุตำแหน่ง.....

อาการทางระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ระบุ.....

อาการอื่นๆ ระบุ.....

การวินิจฉัยขั้นต้น

ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง

- ท่านได้เดินทางมาจากประเทศที่มีรายงานการระบาดในช่วง 21 วันที่ผ่านมา ระบุประเทศต้นทาง.....
วันที่ออกเดินทาง.....วันที่มาถึงประเทศไทย.....เที่ยวบิน.....
- มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้เดินทางมาจากประเทศที่มีรายงานการระบาด ในช่วง 21 วันที่ผ่านมา
- ประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร หรือ ผู้ที่มีผื่นลักษณะตุ่มน้ำใส ตุ่มหนอง ตุ่มตกสะเก็ด หรือผู้ที่มีไข้ ร่วมกับอาการข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัว ปวดหลัง อ่อนเพลีย ต่อม้ำเหลืองโต ในช่วง 21 วันที่ผ่านมา โปรดระบุ.....
- ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ เช่น ให้บริการทางเพศ โปรดระบุ.....
- เป็นเพศทางเลือก โปรดระบุ [] เกย์ [] ไบเซ็กชวล [] หญิงข้ามเพศ [] ชายข้ามเพศ [] เลสเบี้ยน [] อื่นๆ
- เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ระบุสถานที่.....
- เคยสัมผัสกับสัตว์ฟันแทะ เช่น หนู กระรอก ลิง กอริลา เป็นต้น ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
- อื่น ๆ ระบุ.....

ตัวอย่างส่งตรวจ

- Oropharyngeal swab วัน/เดือน/ปี ที่เก็บ.....
- Vesicular หรือ Pustular fluid วัน/เดือน/ปี ที่เก็บ.....
- Swab สารน้ำจากแผล (lesion exudate) วัน/เดือน/ปี ที่เก็บ.....
- Lesion roof หรือ biopsy วัน/เดือน/ปี ที่เก็บ.....
- สะเก็ดแผล (lesion crusts) วัน/เดือน/ปี ที่เก็บ.....
- อื่น ๆ ระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เก็บ.....

ผู้รายงาน.....

หน่วยงาน.....

โทร.....

วันที่รายงาน :