

แบบสอบถามโรคฝีดาษวานร

ผู้รายงาน.....หน่วยงาน..... โทร.....วันที่รายงาน : ____/____/____

1. ข้อมูลทั่วไป

เลขบัตรประชาชน/passport.....

ชื่อ - นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง อายุ ปี.....เดือน สัญชาติกรณีเพศหญิง ไม่ได้ตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ ครรภ์ที่..... อายุครรภ์ สัปดาห์

อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ งานที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยว)

สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย บ้านพัก อื่น ๆ ระบุ

เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

โรคประจำตัว.....

2. ข้อมูลทางคลินิก วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี)/...../.....

| ประวัติจากผู้ป่วย | ปวดหลัง: | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
|---|----------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| ไข้ : <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เริ่มมีอาการ: ____/____/____ | อาการกลืนลำบาก: | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| หนาวสั่น : <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เริ่มมีอาการ: ____/____/____ | ไอ: | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| ปวดหัว : <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เริ่มมีอาการ: ____/____/____ | เจ็บคอ: | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| อ่อนเพลีย : <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เริ่มมีอาการ: ____/____/____ | เจ็บตา: | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| ต่อมน้ำเหลืองโต : <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เริ่มมีอาการ: ____/____/____ | เหงื่อออก : | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| ผื่น : <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เริ่มมีอาการ: ____/____/____ | การอาเจียน/ท้องร่วง: | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| คัน : <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี | อาการอื่นๆ: | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี |
| ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ : <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี | ระบุ | | |

วันที่เข้ารับการรักษา (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา..... จังหวัด

อาการและอาการแสดง ในวันพบผู้ป่วย : ไข้ อุณหภูมิแรกรับ °Cแผลเป็นจากการฉีดวัคซีนฝีดาษ: มี ไม่มี ไม่ทราบ1. ต่อมน้ำเหลืองโต : บริเวณลำคอ รักแร้ ขาหนีบ อื่น ๆ2. ผื่น: ไม่มี มี ถ้ามีลักษณะการกระจายของผื่น : ใบหน้า ตา ช่องปาก หน้าอก หน้าท้อง แขน ฝ่ามือ ขา ฝ่าเท้า จำนวนตุ่มแผลโดยประมาณลักษณะผื่น/ระยะผื่น : ผื่นตุ่มนูนแดง ตุ่มน้ำใส ตุ่มหนอง ตุ่มหนองลักษณะบวมตรงกลาง แผลตกสะเก็ด (มีเปลือก/ไม่มีเปลือก) ตุ่มน้ำที่มีเลือด

3. เจ็บตาอื่นๆ :

สถานะ HIV: Positive Negative ไม่ทราบได้รับยากดภูมิคุ้มกัน: มี ไม่มี ไม่ทราบ รายละเอียด:ได้รับเลือดจากการบริจาคใน 21 วันก่อนเริ่มมีอาการ มี ไม่มี ไม่ทราบ

รายละเอียด:

5. ตารางกิจกรรมและการเดินทาง 21 วันหลังป่วย

| วัน | วันที่ | กิจกรรม/สถานที่ | จำนวนผู้ร่วมกิจกรรม (ระบุบุคคล หากทำได้) |
|-----|--------|-----------------|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |

6. การค้นหาผู้สัมผัส (รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระยะเวลาป่วย ระบุลักษณะการสัมผัส ถ้ามีอาการป่วยกรุณาระบุอาการด้วย)

| No | ชื่อ-นามสกุล | เพศ | อายุ | ที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ | ประเภท ผู้สัมผัส* | วันที่สัมผัสครั้ง สุดท้าย | ลักษณะการสัมผัส | ผู้สัมผัส มีแผล หรือไม่ | การใส่ อุปกรณ์ ป้องกัน | ท่านมีอาการหรือไม่ (กรณีป่วยระบุวันเริ่มป่วยและอาการ) |
|----|----------------------------------|-----|------|---------------------------------------|----------------------|------------------------------|-----------------|-------------------------------|------------------------------|--|
| | ชื่อ-สกุล : CID/Passport: | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> มีอาการ onset..... <input type="checkbox"/> มีไข้ <input type="checkbox"/> เจ็บคอ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> อาเจียน <input type="checkbox"/> ท้องร่วง <input type="checkbox"/> ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ต่อมน้ำเหลืองโต บริเวณ..... <input type="checkbox"/> ผื่น ลักษณะ..... บริเวณ..... |
| | ชื่อ-สกุล : CID/Passport: | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> มีอาการ onset..... <input type="checkbox"/> มีไข้ <input type="checkbox"/> เจ็บคอ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> อาเจียน <input type="checkbox"/> ท้องร่วง <input type="checkbox"/> ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ต่อมน้ำเหลืองโต บริเวณ..... <input type="checkbox"/> ผื่น ลักษณะ..... บริเวณ..... |
| | ชื่อ-สกุล : CID/Passport: | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> มีอาการ onset..... <input type="checkbox"/> มีไข้ <input type="checkbox"/> เจ็บคอ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> อาเจียน <input type="checkbox"/> ท้องร่วง <input type="checkbox"/> ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ต่อมน้ำเหลืองโต บริเวณ..... <input type="checkbox"/> ผื่น ลักษณะ..... บริเวณ..... |
| | ชื่อ-สกุล : CID/Passport: | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> มีอาการ onset..... <input type="checkbox"/> มีไข้ <input type="checkbox"/> เจ็บคอ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> อาเจียน <input type="checkbox"/> ท้องร่วง <input type="checkbox"/> ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ต่อมน้ำเหลืองโต บริเวณ..... <input type="checkbox"/> ผื่น ลักษณะ..... บริเวณ..... |

ประเภทผู้สัมผัส: ผู้สัมผัสในโรงพยาบาล ผู้สัมผัสในครัวเรือน ผู้สัมผัสขณะเดินทาง ผู้สัมผัสอื่น ๆ