

## แบบสอบถามโรคฝีดาษวานร

ผู้รายงาน.....หน่วยงาน..... โทร.....วันที่รายงาน : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 1. ข้อมูลทั่วไป

เลขบัตรประชาชน/passport.....

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

อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ที่สัมผัสกับนักท่องเที่ยว) .....

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

ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย  บ้านพัก  อื่น ๆ ระบุ .....

เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน ..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

โรคประจำตัว.....

## 2. ข้อมูลทางคลินิก

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

ไข้: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เริ่มมีอาการ: ____/____/____	ปวดหลัง: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
หนาวสั่น: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เริ่มมีอาการ: ____/____/____	อาการกลืนลำบาก: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดหัว: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เริ่มมีอาการ: ____/____/____	ไอ: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อ่อนเพลีย: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เริ่มมีอาการ: ____/____/____	เจ็บคอ: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ต่อมน้ำเหลืองโต: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เริ่มมีอาการ: ____/____/____	เจ็บตา: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ผื่น: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เริ่มมีอาการ: ____/____/____	คัน: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
เหงื่อออก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	การอาเจียน/ท้องร่วง: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	อาการอื่นๆ: <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  ขาหนีบ2. ผื่น:  ไม่มี  มี ถ้ามีลักษณะการกระจายของผื่น:  ใบหน้า  ตา  ช่องปาก  หน้าอก  หน้าท้อง แขน  ฝ่ามือ  ขา  ฝ่าเท้า จำนวนตุ่มแผลโดยประมาณ .....ลักษณะผื่น/ระยะผื่น:  ผื่นตุ่มนูนแดง  ตุ่มน้ำใส  ตุ่มหนอง  ตุ่มหนองลักษณะบวมตรงกลาง แผลตกสะเก็ด (มีเปลือก/เปื่อย)  ตุ่มน้ำที่มีเลือด

## 3. เจ็บอื่น ๆ :

ตั้งครรภ์:  มี  ไม่มีสถานะ HIV:  Positive  Negative  ไม่ทราบได้รับยากดภูมิคุ้มกัน:  มี  ไม่มี  ไม่ทราบ รายละเอียด: .....ได้รับเลือดจากการบริจาคใน 21 วันก่อนเริ่มมีอาการ  มี  ไม่มี  ไม่ทราบ

รายละเอียด: .....



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 (รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระยะป่วย ระบุลักษณะการสัมผัส ถ้ามีอาการป่วยรุนแรงระบุอาการด้วย)

ที่	ชื่อ-นามสกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์	ประเภทผู้สัมผัส*	วันที่สัมผัส	ลักษณะการสัมผัส	ผู้สัมผัสมีผลหรือไม่	การใส่อุปกรณ์ป้องกัน	ท่านมีอาการหรือไม่ (กรณีป่วยระบุวันเริ่มป่วยและอาการ)	วันที่ได้รับวัคซีนป้องกัน

ประเภทผู้สัมผัส: ผู้สัมผัสในโรงพยาบาล ผู้สัมผัสในครัวเรือน ผู้สัมผัสขณะเดินทาง ผู้สัมผัสอื่นๆ