

แบบสอบถามโรคฝีดาษวานร (Mpox)

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

1. ข้อมูลทั่วไป

เลขบัตรประชาชน/passport.....

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

HN..... AN.....

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

หญิง ตั้งครรภ์ ไม่ได้ตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สัปดาห์

อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำ)

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

ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย บ้าน คอนโด อื่น ๆ ระบุ

เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ซอย ถนน

ตำบล อำเภอ จังหวัด

โรคประจำตัว.....

2. ข้อมูลทางคลินิก

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

ประวัติมีไข้: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เริ่มมีอาการ: ____ / ____ / ____ หนาวสั่น/เหงื่อออก: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ปวดหัว: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี อ่อนเพลีย: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี คื่น: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ตาแดง/เจ็บตา: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี น้ำมูก: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	แผล/ตุ่มในปาก: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี อาการกลืนลำบาก: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ไอ: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เจ็บคอ: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี อาเจียน: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ท้องเสีย: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เจ็บบริเวณอวัยวะเพศ/ทวารหนักหรือมีเลือดออก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี อวัยวะเพศบวมอักเสบ: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี อาการอื่นๆ ระบุ
---	--

วันที่เข้ารับการรักษา (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา..... จังหวัด

อาการและอาการแสดง ในวันพบผู้ป่วย : อุณหภูมิแรกรับ °C

การฉีดวัคซีนฝีดาษ: ไม่ฉีด ฉีด ระบุ/...../..... มีรอยแผลปลูกฝี ไม่ทราบ

1. ต่อม้ำเหลืองโต : บริเวณลำคอ รักแร้ ขาหนีบ อื่น ๆ

2. ผื่น: ไม่มี มี ถ้ามี เริ่มมีอาการวันที่:/...../.....

ลักษณะการกระจายของผื่น : ใบหน้า ตา ช่องปาก หน้าอก หน้าท้อง

หลัง/สีข้าง แขน ฝ่ามือ ขา ฝ่าเท้า ทวารหนัก/รอบทวารหนัก

อวัยวะเพศ/บริเวณรอบอวัยวะเพศ จำนวนตุ่มแผลโดยประมาณ

ระยะผื่น : ผื่นระยะเดียวกันทั้งตัว ผื่นหลายระยะ

ลักษณะผื่น : ผื่น/ตุ่มนูนแดง ตุ่มน้ำใส ตุ่มหนอง ตุ่มหนองลักษณะบวมตรงกลาง

ตุ่มหนองลักษณะแห้งตกสะเก็ดตรงกลาง แผลตกสะเก็ด (มีเปลือก/เปลือก) ตุ่มน้ำที่มีเลือด

3. สถานะ HIV: Positive Negative ไม่ทราบ CD4 Viral Load

ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน: มี ไม่มี ไม่ทราบ รายละเอียด:

ได้รับเลือดจากการบริจาคใน 21 วันก่อนเริ่มมีอาการ มี ไม่มี ไม่ทราบ

4. โรคร่วม:

- 3.2.1. ซิฟิลิส ไม่ได้ตรวจ Negative Positive RPR/VDRL titer..... THPA.....
- 3.2.2. หนองใน ไม่ได้ตรวจ Negative Positive Gram stain.....
- 3.2.3. หนองในเทียม ไม่ได้ตรวจ Negative Positive
- 3.2.3. เริ่มที่อวัยวะเพศ ไม่ได้ตรวจ Negative Positive
- 3.2.4. หูดที่อวัยวะเพศ ไม่ได้ตรวจ Negative Positive
- 3.2.5. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อื่นๆ ที่ตรวจพบ ระบุ.....

3. ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน admit วันที่ ____/____/____ การวินิจฉัยเบื้องต้น.....

การให้ยารักษา ไม่ให้ ให้ ระบุชนิดของยาวันที่ได้รับยา ____/____/____

สถานะผู้ป่วย รักษาอยู่ หาย เสียชีวิต วันที่เสียชีวิต ____/____/____

4. ประวัติเสี่ยงการติดเชื้อ ในช่วง 21 วันก่อนป่วย

มีประวัติเดินทางมาจากประเทศที่มีรายงานการระบาด ระบุเมืองประเทศ.....
เดินทางเข้าประเทศไทยวันที่..... โดยสายการบิน.....เที่ยวบินที่.....เลขที่นั่ง.....

มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้เดินทางมาจากประเทศที่มีรายงานการระบาด **โปรดระบุ**.....

ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ เช่น นวด ให้บริการทางเพศ **ระบุอาชีพ**.....

มีประวัติสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร หรือ ผู้ที่มีผื่นลักษณะตุ่มน้ำใส ตุ่มหนอง ตุ่มตกสะเก็ด หรือผู้ที่มิใช่ ร่วมกับอาการข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัว ปวดหลัง อ่อนเพลีย ต่อม้ำเหลืองโต **ระบุความสัมพันธ์**.....

มีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ อย่างน้อยหนึ่งช่องทาง ได้แก่ ปาก อวัยวะเพศ ทวารหนัก (สอบถามคู่เพศสัมพันธ์ทั้งหมด)
ระบุสถานะภาพความสัมพันธ์ของคู่เพศสัมพันธ์ (กับใคร เช่น แฟน คนรู้จัก คนแปลกหน้า).....
ระบุชื่อ/ประเภทสถานที่ เช่น ชานา สถานบันเทิง โรงแรม.....

ใส่ถุงยางอนามัยหรือไม่ ไม่ใช่ ใส่ ไม่ตลอดเวลา/ฉีกขาดหรือแตก ใส่ตลอดเวลา

ครั้งล่าสุด เมื่อไร..... กับใคร..... เพศชายหรือหญิง.....

มีการสัมผัสแนบชิด เช่น กอด จูบ ลูบคลำ โดยไม่มีการสอดใส่ (สอบถามคู่สัมผัสแนบชิดทั้งหมด) ระบุสถานะภาพความสัมพันธ์กับ
ผู้สัมผัส (กับใคร เช่น แฟน คนรู้จัก คนแปลกหน้า).....
ระบุชื่อ/ประเภทสถานที่ เช่น ชานา สถานบันเทิง โรงแรม.....

ใส่ถุงยางอนามัยหรือไม่ ไม่ใช่ ใส่ ไม่ตลอดเวลา/ฉีกขาดหรือแตก ใส่ตลอดเวลา

ครั้งล่าสุด เมื่อไร..... กับใคร..... เพศ ชาย หญิง

เกี่ยวสถานบันเทิงหรือไม่ ไม่ เกี่ยว ล่าสุดเมื่อไร

เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ หรือ พนักงานในสถานพยาบาล
ระบุลักษณะงาน.....สถานที่.....

มีประวัติสัมผัสกับสัตว์ในประเทศที่มีการระบาดหรือสัมผัสสัตว์ที่นำเข้ามาจากประเทศที่มีการระบาด เช่น แอฟริกา เป็นต้น

ไม่ใช่ ใช่ วันที่สัมผัส ____/____/____ ชนิดสัตว์:

ลักษณะการสัมผัส (ขีดข่วน/กัด/บริโภคน) ระบุ.....

อื่น ๆ ระบุ

เดินทางมารับการตรวจรักษาอย่างไร.....

5. ผลการตรวจ PCR for OPXV/MPXV

วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	วันที่ส่งตรวจ	สถานที่ส่งตรวจ	ผลตรวจ
	<input type="checkbox"/> Oropharyngeal swab			<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
	<input type="checkbox"/> Vesicular/Pustular fluid			<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"/> Lesion roof			<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
	<input type="checkbox"/> lesion crusts			<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....			<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected

5. รายละเอียดเหตุการณ์ ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 21 วันก่อนเริ่มป่วย

(ลักษณะกิจกรรม การสัมผัส ผู้ที่สงสัยว่าป่วย จำนวนผู้ร่วมสัมผัสในแต่ละกิจกรรมนั้น ๆ สถานที่ ลักษณะสถานที่ที่ทำกิจกรรม เป็นต้น)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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	ทำมีอาการหรือไม่ (กรณีป่วยระบุวันเริ่มป่วยและอาการ)
	ชื่อ-สกุล : CID/Passport:									[] ไม่มีอาการ [] มีอาการ onset..... [] มีไข้ [] เจ็บคอ [] ปวดศีรษะ [] อาเจียน [] ท้องร่วง [] ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ [] ต่อม้ำเหลืองโต บริเวณ..... [] ผื่น ลักษณะ..... บริเวณ.....
	ชื่อ-สกุล : CID/Passport:									[] ไม่มีอาการ [] มีอาการ onset..... [] มีไข้ [] เจ็บคอ [] ปวดศีรษะ [] อาเจียน [] ท้องร่วง [] ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ [] ต่อม้ำเหลืองโต บริเวณ..... [] ผื่น ลักษณะ..... บริเวณ.....
	ชื่อ-สกุล : CID/Passport:									[] ไม่มีอาการ [] มีอาการ onset..... [] มีไข้ [] เจ็บคอ [] ปวดศีรษะ [] อาเจียน [] ท้องร่วง [] ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ [] ต่อม้ำเหลืองโต บริเวณ..... [] ผื่น ลักษณะ..... บริเวณ.....
	ชื่อ-สกุล : CID/Passport:									[] ไม่มีอาการ [] มีอาการ onset..... [] มีไข้ [] เจ็บคอ [] ปวดศีรษะ [] อาเจียน [] ท้องร่วง [] ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ [] ต่อม้ำเหลืองโต บริเวณ..... [] ผื่น ลักษณะ..... บริเวณ.....

ประเภทผู้สัมผัส: ผู้สัมผัสในโรงพยาบาล ผู้สัมผัสในครัวเรือน ผู้สัมผัสขณะเดินทาง ผู้สัมผัสอื่นๆ

