



แบบสอบถามโรค Dengue, Chikungunya, Zika & Malaria

กลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ถ.พรหมราช อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... เพศ..... อายุ.....ปี HN

ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

โรงพยาบาลที่รักษา..... อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... FAX..... แพทย์ผู้รักษา.....

ประวัติการเดินทางในระยะเวลา 14 วันก่อนป่วย วัน/เดือน/ปีตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ส่งตรวจโรค : Dengue Chikungunya Zika Malaria others.....

อาการและการตรวจพบ : 1.ไข้ วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มเป็นไข้..... อุณหภูมิสูงสุด.....°C วัน/เดือน/ปี ที่ไข้ลด.....

2. อาการเลือดออก 2.1 Tourniquet ไม่ได้ทำ Positive.....จุด/Inch² Negative (วัน/เดือน/ปี ที่ทำ.....)

2.2 อาการเลือดออกที่ผิวหนัง Petechiae Ecchymoses ไม่มี

2.3 เลือดกำเดาออก 2.4 เลือดออกจากเหงือก 2.5 อาเจียนเป็นเลือด

2.6 ถ่ายเป็นเลือด 2.7 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

3. ตับ โต ขนาด..... ซม. คล้ำไม่พบ กดเจ็บ

4. อาการช็อค ไม่มี มี มือเท้าเย็น กระสับกระส่าย (วัน/เดือน/ปี.....)

ชีพจร.....ครั้ง/นาที แรงดันเลือดตัวบนต่ำสุด.....มม.ปรอท

5. ปวดข้อ 6. มีข้อบวม 7. ปวดกล้ามเนื้อ 8. มีผื่นแดง

9. ตรวจร่างกาย พบ ascitis มี ไม่มี (fluid thill, shifting dullness)

10. อาการและการแสดงอื่นๆ (Unusual manifestation) ตัว/ตาเหลือง ไม่รู้สึกตัว ชัก Renal failu อื่นๆ (ระบุ).....

ผลทางห้องปฏิบัติการ CBC : วัน/เดือน/ปีที่ตรวจ..... DENV-NS1 Ag..... DENV-IgM/IgG.....

เม็ดเลือดขาว...../ลบ.ซม. Hct.....% PMN.....% L.....% Atyp L...../.....%

Platelet col nts แรกรับ...../ลบ.มม. สูงสุด...../ลบ.มม. ต่ำสุด...../ลบ.มม.

Hematocrit แรกรับ.....% สูงสุด.....% ต่ำสุด.....%

Liver function test: วัน/เดือน/ปีที่ตรวจ..... AST.....Unit ALT.....Unit

หมายเหตุ 1. ส่งตัวอย่าง EDTA Blood 3 ml.หรือ 1.5 ml. ให้รับนำส่ง(แช่เย็นขณะนำส่ง) เจาะเลือดขณะที่ผู้ป่วยยังมีไข้ (ระหว่าง 1-5 วัน ขณะไข้เป็นตัวอย่างที่ดีที่สุดในการตรวจหาสายพันธุ์ไข้เลือดออกโดยวิธี PCR)

2. ตัวอย่างเลือดที่ Hemoysis มีผลต่อการทดสอบ สคร.10 จ.อุบลราชธานี ขอปฏิเสธการรับตัวอย่าง

3. กรณีส่งตรวจ Zika ควรเก็บทั้งเลือดและปัสสาวะ

4. กรณีส่งตรวจ HFM สามารถเก็บ swab และ UTM สำหรับขนส่งตัวอย่างได้ที่แล็บ สคร. 10

5. **กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน** หากมีข้อสงสัย/ซักถาม สามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้ที่เบอร์ 045-243127, 083-0883871

6. กรุณาแนบข้อมูลการสอบสวนโรคด้วยทุกครั้ง

7. ห้องปฏิบัติการเปิดให้บริการตรวจวิเคราะห์ทุกวัน-เวลาราชการ กรณีวันหยุดราชการ ให้โทรประสานงานล่วงหน้า กรณีรับตัวอย่างก่อน 12.00 น. จะแจ้งผลตรวจวิเคราะห์ภายใน 16.00 น. ของวันถัดไปทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) และ/หรือโทรสาร(Fax)