

เลขที่.....

สอบสวน  โรคจากฝุ่นซิลิกา  โรคจากแอสเบสตอส (ใยหิน)

## แบบสอบสวนโรคจากฝุ่นซิลิกา หรือ โรคจากแอสเบสตอส (ใยหิน)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคซิลิโคสิส โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ○ และเติมข้อความลงในช่อง.....

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- ชื่อ-สกุล..... เลขบัตรประชาชน..... H.N. ....
- เพศ ○ ชาย ○ หญิง สัญชาติ..... อายุ.....ปี
- ที่อยู่ขณะป่วยเลขที่ ..... หมู่ที่.....ตำบล .....อำเภอ.....จังหวัด.....
- ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ ○ ไม่มี ○ มี (○ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ○ หอบหืด ○ วัณโรค  
○ อื่น ๆ ระบุ.....)
- ยาที่ใช้ประจำ โปรดระบุ.....
- การรักษาโรคประจำตัว ○ ไม่ต่อเนื่อง ○ ต่อเนื่อง (พบแพทย์ตามนัด) ปัจจุบันรักษาที่รพ. ....
- ท่านสูบบุหรี่หรือยาเส้นหรือไม่ ○ ไม่สูบ ○ สูบ (สูบวันละ.....มวน สูบมา.....ปี)  
○ เคยสูบแต่เลิกแล้ว (เคยสูบวันละ.....มวน เลิกมา.....ปี)
- ท่านเคยตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่ ○ ไม่เคย ○ เคย
- ท่านเคยถ่ายภาพรังสีทรวงอกหรือไม่ ○ ไม่เคย ○ ไม่แน่ใจ  
○ เคย (ผลตรวจ ○ ปกติ ○ ผิดปกติ) ระบุ.....
- ท่านเคยตรวจสมรรถภาพปอดหรือไม่ ○ ไม่เคย ○ ไม่แน่ใจ  
○ เคย (ผลตรวจ ○ ปกติ ○ ผิดปกติ) ระบุ.....

### ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน

- ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ.....ลักษณะงานที่ท่านทำ.....  
ชื่อสถานที่ทำงาน/สถานที่เกิดเหตุการณ์.....เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
ระยะเวลา..... ปี สัมผัสฝุ่นหรือไม่ ○ ไม่สัมผัส ○ สัมผัส
- ประวัติการทำงานในอดีต

ชื่อและที่ตั้งสถานที่ทำงาน	ประเภทการผลิต เช่น กระเบื้อง หิน ฯลฯ	ลักษณะงานที่ท่านทำ	ระยะเวลา (ปี)	สัมผัสฝุ่นหรือไม่
1. ชื่อ..... เลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....				

ชื่อและที่ตั้งสถานที่ทำงาน	ประเภทการผลิต เช่น กระเบื้อง หิน ฯลฯ	ลักษณะงานที่ท่านทำ	ระยะเวลา (ปี)	สัมผัสฝุ่นหรือไม่
2. ชื่อ..... เลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....				
3. ชื่อ..... เลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....				

13. ขณะปฏิบัติงานท่านมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลหรือไม่  
 ไม่ใช่ (ข้ามไปข้อ 15)  ใช่ (หน้ากาก ระบุ.....) (อื่น ๆ ระบุ.....)
14. กรณีมีการใช้หน้ากาก ใช้ครอบทั้งปากและจมูกหรือไม่ (ให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์สาธิตการสวมหน้ากาก)  
 ไม่ครอบ  ครอบ
15. ท่านใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลหรือไม่  
 ใช้ตลอดระยะเวลาการทำงาน  
 ใช้บางครั้ง ระบุ..... ชั่วโมง/วัน  
 ไม่ใช่

### ส่วนที่ 3 การป่วย การรักษา

16. ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการผิดปกติเหล่านี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 อาการเหนื่อยหอบ  หายใจมีเสียงดังหวีด  เจ็บหน้าอก  ไข้  อ่อนเพลีย  
 ไอเรื้อรัง (ตั้งแต่ 8 สัปดาห์ขึ้นไป)  มีเสมหะ  ไอปนเลือด  อื่นๆ

ระบุ.....  
 .....  
 .....

17. ผลการตรวจร่างกายโดยแพทย์.....  
 .....  
 Chest .....

ระบบอื่นๆ  
 .....

.....  
 .....  
 18. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

18.1 ภาพถ่ายรังสีทรวงอก เมื่อวันที่.....

ผลการตรวจ.....

18.2 ภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ทรวงอก (CT scan) เมื่อวันที่.....

ผลการตรวจ.....

18.3 การตรวจสมรรถภาพปอด เมื่อวันที่.....

ผลการตรวจ.....

18.4 การตรวจอื่นๆ (ระบุชนิดและผลกาตรวจ).....

.....  
 19. ผลการวินิจฉัยโดยแพทย์.....  
 .....

20. การรักษา.....  
 .....

21. ผลการรักษา

- ดีขึ้น/พักรักษาตัวที่บ้าน
- นอนโรงพยาบาล
- ส่งต่อ โรงพยาบาล.....
- เสียชีวิต
- อื่นๆ ระบุ.....

ผู้บันทึกข้อมูล ชื่อ.....เบอร์ติดต่อ.....  
 วันที่.....