

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

แบบสอบถามโรคพังผืดอักเสบมีเนื้อตาย (Necrotizing fasciitis)

คำชี้แจง: ใช้สัมภาษณ์ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน.....HN.....

สัญชาติ เชื้อชาติ

อายุ.....ปี เพศ [] ชาย [] หญิง

ที่อยู่ขณะป่วย เลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

สถานที่สำคัญใกล้เคียง.....โทรศัพท์.....

อาชีพหลัก.....ลักษณะงาน.....ระยะเวลาที่ทำงาน.....ปี

อาชีพเสริม.....ลักษณะงาน.....ระยะเวลาที่ทำงาน.....ปี

ประวัติโรคประจำตัว [] ไม่มี [] มีโรคประจำตัว (ถ้ามี ระบุ)

[] โรคเบาหวาน [] โรคความดันโลหิตสูง [] อื่นๆ (ระบุ).....

การกินยาสเตรอยด์/ยาชุด/สมุนไพร/ลูกกลอน [] ไม่เคย [] เคยกิน (ถ้าเคย ระบุ)

ชนิด.....ความถี่/ระยะเวลาที่กิน.....

ประวัติการดื่มสุรา [] ไม่เคยดื่ม [] เคยดื่มแต่เลิกแล้ว [] ดื่ม ระบุความถี่.....ครั้ง/เดือน

2. การเจ็บป่วยในปัจจุบัน

วันที่เริ่มป่วย

วันที่มาโรงพยาบาล.....

อวัยวะที่เป็น..... มีการตัดอวัยวะ [] ไม่มี [] มี

เพาะเชื้อจากแผล [] ไม่ได้ทำ [] ทำ ผลเพาะเชื้อ.....

เพาะเชื้อจากเลือด [] ไม่ได้ทำ [] ทำ ผลเพาะเชื้อ.....

ผลการรักษา [] นักรักษาต่อเนื่อง [] หาย/ทุเลา [] เสียชีวิต [] ส่งรักษาต่อ

[] อื่นๆ (ระบุ).....

อาการเริ่มแรกก่อนมีบาดแผลหรือเป็นเนื้อตาย เช่น แสบคัน ผื่น แสบร้อน ตุ่มคัน ฯลฯ

[] ไม่มี [] มี [] ไม่ทราบ

สาเหตุการเกิดแผล เช่น ตะปูตำ หนามทิ่ม แมลงสัตว์กัดต่อย โดนสารเคมีหก รด กระเด็น ฯลฯ

ระบุ.....

วันที่เกิดแผล

ลักษณะบาดแผลก่อนเป็นเนื้อตาย [] รอยช้ำ [] แผลถลอก [] แผลที่มดตำ [] แผลบาด
[] อื่น ๆ

สถานที่ที่ทำให้เกิดบาดแผล/สถานที่เกิดเหตุ

บริเวณที่เกิดเหตุมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่ [] ไม่มี [] มี [] ไม่ทราบ

ระบุชนิดสารเคมี

ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เคยลุยน้ำหรือย่ำโคลน [] ไม่มี [] มี (ถ้ามีระบุ)

[] ก่อนมีบาดแผล [] หลังมีบาดแผล

3.ข้อมูลการใช้การสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้

- ท่านมีการใช้/สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่

[] ไม่มี (ถ้าไม่มี ข้ามไปข้อ.....) [] มี

เกี่ยวข้องกับอย่างไร

[] ผู้ผสมสารเคมี [] ผู้ฉีดพ่น/หว่านเมล็ดเอง [] อยู่ใน/เดินผ่านบริเวณที่มีการฉีดพ่น

[] เก็บเกี่ยวผลผลิต [] อื่นๆ ระบุ.....

- ขณะทำงานท่านได้ใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลหรือไม่

[] ไม่ใช่ (ข้ามไปข้อ.....) [] มีใช้ (ถ้าใช้ระบุ : ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) [] มี แต่ไม่ใช่

[] หน้ากากหรือผ้าปิดจมูก [] ถุงมือ [] เสื้อแขนยาว [] กางเกงขายาว

[] รองเท้าบูท [] อื่นๆ (ระบุ)

- บริเวณรอบบ้านหรือสถานที่ทำงานมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่ [] ไม่มี [] มี [] ไม่ทราบ

4.ข้อมูลเพิ่มเติมอื่นๆ (รายละเอียดของแหล่งสารเคมี สาเหตุ การรับสัมผัสที่อาจเป็นไปได้)

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....ตำแหน่ง.....โทร.....วันที่.....