

**แบบสอบถามโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง  
สงสัยใช้หวัดใหญ่/ใช้หวัดนก/ปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ (SARI\_AI 2)**

**ส่วนที่ 1****1. ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อ-สกุล ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง อายุ ..... ปี .....เดือน  
 สัญชาติ.....เชื้อชาติ .....อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น เป็นนักเรียน, นักบวช, ทหาร, ตำรวจ หรือ นักโทษ เป็นต้นและหากเป็น  
 เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต้องระบุให้ชัดเจนว่าลักษณะการทำงานที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยคืออะไร)  
 .....  
 ระบุชื่อสถานที่ทำงาน .....อำเภอ ..... จังหวัด .....  
 ที่อยู่ขณะป่วย เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/ชุมชน .....  
 ซอย ..... ถนน ..... ตำบล.....  
 อำเภอ .....จังหวัด .....  
 โทรศัพท์ บ้าน ..... ที่ทำงาน ..... มือถือ .....  
 ที่อยู่ภูมิลำเนา เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/ชุมชน .....  
 ซอย ..... ถนน ..... ตำบล.....  
 อำเภอ ..... จังหวัด .....  
 ผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์  ผู้ป่วย ญาติ ระบุความสัมพันธ์..... อื่นๆ ระบุ.....

**2. ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ**

- 2.1 ในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยท่านได้มีการสัมผัสสัตว์ปีก(ฟาร์ม/เลี้ยง/ในธรรมชาติ)  
 เช่น อู๋ม ช้างและรับประทานแบบสุกๆดิบๆฝังกลบเป็นต้น  
 ไม่มี  มี ระบุ ลักษณะการสัมผัส.....
- 2.2 ในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย ท่านสัมผัสโดยตรงกับสุกร หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ ที่ป่วย/ตายผิดปกติหรือไม่ทราบสาเหตุ  
 ไม่มี  มี ระบุ (วันที่/เดือน/ปี) ..... ชนิดสัตว์.....  
 ลักษณะการสัมผัส.....
- 2.3 ในช่วง 14 วันก่อนวันเริ่มป่วย ท่านพักอาศัยในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกป่วยตายผิดปกติหรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม  
 ไม่มี  มี
- 2.4 ในช่วง 14 วันก่อนป่วย ท่านอาศัยอยู่หรือมีการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด  
 ไม่มี  มี ถ้ามีระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้  
 ชื่อประเทศ.....เมือง/จังหวัด..... อำเภอ .....  
 วันที่ไป.....วันที่กลับ.....  
 เหตุผลของเดินทางไปในประเทศดังกล่าว.....
- 2.5 ในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยท่านให้การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายใช้หวัดใหญ่ หรือ ใช้หวัดนก  
 หรือปอดอักเสบหรือไม่  
 ไม่มี  มี ระบุ.....
- 2.6 ผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้  
 ไม่ใช่  ใช่

2.7 เป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

ไม่ใช่  ใช่ ระบุ.....

2.8 ผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน

ไม่ใช่  ใช่ ระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้ของผู้ป่วยปอดอักเสบรายอื่นที่มีความเกี่ยวข้องทางระบาดวิทยา

ชื่อ นามสกุล.....วันเริ่มป่วย.....

อาการ.....

การวินิจฉัย.....ชื่อโรงพยาบาลที่วินิจฉัย.....

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้.....

### 3. ข้อมูลการเจ็บป่วย

3.1 วันเริ่มป่วยวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

3.2 สถานที่รับการรักษา (ครั้งแรก)..... วันที่ .....

ประเภทผู้ป่วย ( ) ผู้ป่วยนอก ( ) ผู้ป่วยใน

สถานที่รับไว้ในโรงพยาบาล (Admit ครั้งแรก).....วันที่.....

3.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือโรคประจำตัว(ถ้ามี) ระบุ.....

( ) โรคปอดเรื้อรัง เช่น COPD, chronic bronchitis, chronic bronchiectasis, BPD หรือ หอบ (asthma) ที่กำลังรักษา)

( ) โรคหัวใจ เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด, โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ congestive heart failure

( ) โรคตับเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง (cirrhosis) ( ) โรคไต, ไตวาย ( ) เบาหวาน

( ) ความดันโลหิตสูง ( ) ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ( ) โลหิตจาง (ธาลัสซีเมีย, sickle cell anemia)

( ) พิกัดทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ( ) ตั้งครรภ์ อายุครรภ์..... สัปดาห์

( ) อ้วน ส่วนสูง.....เซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม (BMI = .....)

( ) มะเร็งที่กำลังรักษา ระบุประเภท..... ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

ประวัติสูบบุหรี่ ( ) ไม่สูบ ( ) สูบ ถ้าสูบ ( ) ยังสูบ ปริมาณ ..... มวน/ซอง ต่อ วัน/สัปดาห์

( ) หยุดสูบ เล็กมายนาน.....

ประวัติดื่มสุรา ( ) ไม่สูบ ( ) เคย ถ้าดื่ม ( ) ยังดื่ม ปริมาณ.....ต่อ วัน/สัปดาห์

( ) หยุดดื่ม เล็กมายนาน.....

3.4 ประวัติการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่

( ) ไม่เคยได้รับ ( ) เคยได้รับถ้าเคยได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ (วัน/เดือน/ปี) .....

3.5 อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล

.....  
.....  
.....

3.6 อาการผู้ป่วยตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน

อาการและ อาการแสดง	วันเริ่มป่วย		วันที่หลังวันเริ่มป่วย											
	0		1		2		3		4		5		6	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ไข้ (ระบุ Temp °C)														
ไอ														
เจ็บคอ														
มีน้ำมูก														
มีเสมหะ														
หายใจลำบาก														
หอบเหนื่อย														
ปวดกล้ามเนื้อ														
ปวดศีรษะ														
ถ่ายเหลว														

อาการอื่น ๆ ระบุ (ถ้ามี).....

ใช้เครื่องช่วยหายใจ ( ) ไม่ใช้ ( ) ใช้ ระบุวันที่ใส่ .....

การรักษา ได้รับยาต้านไวรัส

( ) ไม่ได้รับ ( ) ได้รับ ระบุชื่อยา ..... ขนาดที่ได้รับ .....

วันที่เริ่มให้ยา (วัน/เดือน/ปี) ..... วันที่หยุดยา .....

4. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC ครั้งที่ 1: วันที่..... ผลHb.....mg% Hct.....%Wbc.....cell/cu.mm<sup>3</sup>

Neutrophil.....% Band.....% Lymphocyte.....% Atypical lymphocyte.....%

Monocyte.....% Eosinophil.....% Platelet count.....x 10<sup>3</sup> cell/cu.mm<sup>3</sup>

CBC ครั้งที่ 2: วันที่.....ผลHb.....mg% Hct.....%Wbc.....cell/cu.mm<sup>3</sup>

Neutrophil.....% Band.....% Lymphocyte.....% Atypical lymphocyte.....%

Monocyte.....% Eosinophil.....% Platelet count.....x 10<sup>3</sup> cell/cu.mm<sup>3</sup>

Sputum gram stain: วันที่.....ผล.....

.....

Sputum AFB ครั้งที่ 1: วันที่..... ผล.....

ครั้งที่ 2: วันที่..... ผล.....

ครั้งที่ 3: วันที่..... ผล.....

Sputum culture: วันที่..... ผล.....

Hemo-culture: วันที่..... ผล.....

CXR ครั้งแรก: วันที่..... ผล.....

CXR ครั้งที่ 2: วันที่..... ผล.....

CXR ครั้งที่ 3: วันที่..... ผล.....

Rapid test สำหรับใช้หัดใหญ่ ระบุเชื้อชุดทดสอบ ..... วันที่..... ผล.....

Renal function test: วันที่..... ผล BUN..... Cr..... GFR.....

Liver function test: วันที่..... ผล SGOT..... SGPT..... ALP.....

Total Bilirubin..... Direct Bilirubin.....

Total Protein..... Albumin..... Globulin.....

5. การเก็บวัตถุตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ไม่เก็บ  เก็บ ระบุตัวอย่างที่เก็บ

1. Nasopharyngeal swab หรือ Throat swab หรือ Secretion Suction จากท่อช่วยหายใจ 2 ตัวอย่าง  
วันที่เก็บ.....

2. ซีรัม 7-10 มล. เก็บ ครั้งที่ 1 วันที่..... ครั้งที่ 2 วันที่.....

6. การวินิจฉัยเบื้องต้น.....

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย.....

7. ในกรณีที่ผู้ป่วยตาย ได้ทำการผ่าพิสูจน์ศพ หรือไม่

ไม่ทำ  ทำ ถ้าทำกรุณาแจ้งผล.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้สอบสวน..... หน่วยงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ ..... วันที่สอบสวน .....

วันที่..... ส่งรายงานการสอบสวนให้กับ สำนักป้องกันควบคุมโรคที่.....

วันที่..... ส่งรายงานการสอบสวนให้กับสำนักระบาดวิทยา

สำนักระบาดวิทยา โทรศัพท์: 0-2590-1882, 0-2590-1895 โทรสาร: 0-2591-8579, 0-2590-1784

E-mail: outbreak@health.moph.go.th





**ส่วนที่ 2:** การติดตามลักษณะอาการผู้ป่วยหลังการสอบสวน

อาการ/ อาการแสดง	วันแรกรับ		วันที่หลังวันนอนโรงพยาบาล																									
	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12			
	มี	ไม่	มี	ไม่	มี	ไม่	มี	ไม่	มี	ไม่	มี	ไม่	มี	ไม่	มี	ไม่	มี	ไม่	มี	ไม่	มี	ไม่	มี	ไม่	มี	ไม่		
ไอ																												
เจ็บคอ																												
มีน้ำมูก																												
มีเสมหะ																												
หนาวสั่น																												
หายใจลำบาก																												
หอบเหนื่อย																												
ปวดกล้ามเนื้อ																												
ปวดศีรษะ																												
ถ่ายเหลว																												
อุณหภูมิร่างกาย สูงสุด																												
อัตราการหายใจ สูงสุด																												
ชีพจรสูงสุด																												
Oxygen saturation																												

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่าผิดปกติ		
สิ่งที่ตรวจ	วันที่เก็บ	ผลตรวจ
CBC		
CXR		
Sputum gram stain		
Sputum culture		
Hemoculture		
อื่นๆ		

การตรวจหาเชื้อ ปอดอักเสบ	วันที่เก็บ	ผลตรวจ
Influenza A		
Influenza B		
Adeno virus		
Respiratory syncytial virus		
Corona virusครั้งที่1		
Corona virusครั้งที่2		
Clamydia		
Mycoplasma		
Legionella		