

แบบสอบถามกลุ่มอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ/ไข้สมองอักเสบ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล.....เลขที่บัตรประชาชน ๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐๐-๐๐-๐

อายุ.....ปี เพศ ① ชาย ② หญิง อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

① ในเขตเทศบาลนคร ② ในเขตเทศบาลเมือง ③ ในเขตเทศบาลตำบล ④ ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ ① ป่วย วินิจฉัย..... ② ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... วันที่จำหน่าย.....

ผลการรักษา ① กำล้งรักษา ② หาย ③ เสียชีวิต ④ ไม่สมัครอยู่

⑤ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ประวัติการได้รับวัคซีน ได้ข้อมูลจาก.....

JE ① ได้รับ.....ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

② ไม่ได้รับ

③ ไม่ทราบ

DTP ① ได้รับ.....ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

② ไม่ได้รับ

③ ไม่ทราบ

BCG ① ได้รับ.....ครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

② ไม่ได้รับ

③ ไม่ทราบ

อื่น ๆ ระบุ..... ได้รับครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

ไข้	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
ชักแข็งเกร็ง	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
คอแข็ง	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
หลังแข็ง	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
ความรู้สึกลึกลับสน (confusion)	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
ไม่รู้สึกรู้ตัว	① มี	② ไม่มี	③ ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ.....			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

a. เจาะเลือด (C.B.C) วันที่.....

ผลจำนวนเม็ดเลือดขาว..... ต่อ ลบ.มม.

Neutrophil.....% (ค่าปกติ 55-75%) Lymphocyte.....% (ค่าปกติ 20-35%)

Eosinophil.....% (ค่าปกติ 1-3%) Monocyte.....% (ค่าปกติ 2-6%)

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากโลหิต ① ทำ วันที่.....ผล.....

② ไม่ได้ทำ

b. เจาะน้ำไขสันหลัง (C.S.F) วันที่.....

ลักษณะของน้ำไขสันหลัง ① ขุ่น ②ใส

จำนวนเซลล์ (Blood Count).....ต่อ ลบ.มม. (Neutrophil.....%

Lymphocyte.....%)

น้ำตาล.....mg% protein.....mg%

ข้อมูจากน้ำไขสันหลัง ① ทำ วันที่.....ผล.....

② ไม่ได้ทำ

ตรวจ Indian ink ① ทำ วันที่.....ผล.....

② ไม่ได้ทำ

เพาะเชื้อแบคทีเรียจากน้ำไขสันหลัง ① ทำ วันที่.....ผล.....

② ไม่ได้ทำ

c. การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา

• HI test เจาะเลือด ระยะ Acute เมื่อวันที่.....ผล.....

เจาะเลือดระยะ Convalescence เมื่อวันที่.....ผล.....

• ELISA IgM น้ำเหลือง ① ทำ วันที่.....ผล.....

② ไม่ได้ตรวจ

น้ำไขสันหลัง ① ทำ วันที่.....ผล.....

② ไม่ได้ตรวจ

• IFA น้ำเหลือง ① ทำ วันที่.....ผล.....

② ไม่ได้ตรวจ

น้ำไขสันหลัง ① ทำ วันที่.....ผล.....

② ไม่ได้ตรวจ

4. การรักษา

ไปรับการรักษาครั้งแรกที่..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับจากการตรวจรักษาครั้งแรก.....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

a. อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

- ① ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ ② ทำงานในโรงฆ่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา.....
ทำมาเป็นระยะเวลา.....
- ③ อื่น ๆ (ระบุ).....

b. ประวัติการสัมผัสโรค

• เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

- | | | | |
|-----------|-------|-------|---------------|
| หอยโข่ง | ① สุก | ② ดิบ | ③ ดิบ ๆ สุก ๆ |
| หอยเชอรี่ | ① สุก | ② ดิบ | ③ ดิบ ๆ สุก ๆ |
| | ① สุก | ② ดิบ | ③ ดิบ ๆ สุก ๆ |
| | ① สุก | ② ดิบ | ③ ดิบ ๆ สุก ๆ |
| | ① สุก | ② ดิบ | ③ ดิบ ๆ สุก ๆ |

• เกี่ยวกับการสัมผัส สัตว์เศรษฐกิจ และสัตว์อื่น ๆ ภายใน 30 วันก่อนป่วย

- | | | | |
|-------------------|------|---------|-----------|
| เลี้ยงสุกร | ① มี | ② ไม่มี | ③ ไม่ทราบ |
| ทำงาน โรงฆ่าสัตว์ | ① มี | ② ไม่มี | ③ ไม่ทราบ |
| ขายเนื้อสุกร | ① มี | ② ไม่มี | ③ ไม่ทราบ |
| ฆ่าสุกร | ① มี | ② ไม่มี | ③ ไม่ทราบ |
| ขนส่งสุกรมีชีวิต | ① มี | ② ไม่มี | ③ ไม่ทราบ |

• ได้สัมผัสกับสัตว์

- | | | |
|---------|-------|----------|
| หมู | ① เคย | ② ไม่เคย |
| ม้า | ① เคย | ② ไม่เคย |
| ค่างคาว | ① เคย | ② ไม่เคย |
| นกพิราบ | ① เคย | ② ไม่เคย |

อื่น ๆ ระบุ.....

c. แหล่งรังโรค/สภาพแวดล้อม

- สภาพบ้าน มีมูลจลาจลรอบบ้านหรือไม่ ① มี ② ไม่มี
นอนกางมุ้งหรือห้องนอนมีมูลจลาจลหรือไม่ ① มี ② ไม่มี
- บริเวณรอบบ้าน มีทุ่งนาหรือไม่ ① มี ② ไม่มี
มีคอกสัตว์หรือไม่ ① มี ระบุชนิดสัตว์..... ② ไม่มี
- ในหมู่บ้าน มีฟาร์ม/คอกสัตว์หรือไม่ ① มี ระบุชนิดสัตว์..... ② ไม่มี
มีค่างคาวกินผลไม้ชุกชุมหรือไม่ ① มี ระบุบริเวณ..... ② ไม่มี
มีนกพิราบ/นกเขาชุกชุมหรือไม่ ① มี ระบุบริเวณ..... ② ไม่มี

- เคยเดินทางไปไหน (ภายใน 30 วันก่อนป่วย) หรือไม่
 - ระบุ ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 สภาพพื้นที่ ① ท่งนา ② คอกสัตว์ ③ อื่น ๆ (ระบุ).....
 - ระบุ ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 สภาพพื้นที่ ① ท่งนา ② คอกสัตว์ ③ อื่น ๆ (ระบุ).....

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

a. ผู้ป่วยรายอื่น ภายใน 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มป่วย

- มีสมาชิกในบ้านที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

① มีระบุ ② ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่บ้านติดกันและละแวกบ้านเดียวกัน ที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

① มีระบุ ② ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

- มีผู้ป่วยรายอื่นที่อยู่โรงเรียน/ที่ทำงานเดียวกันที่มีอาการคล้ายผู้ป่วยหรือไม่

① มีระบุ ② ไม่มี

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

b. ผู้สัมผัสที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....

ชื่อ.....อายุ.....เพศ.....

ชื่อผู้สอบสวน.....

ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....

โทรศัพท์.....