

แบบสอบถามโรคหัดเยอรมัน

1 ข้อมูลทั่วไป

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

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 ถนนตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร 2 ในเขตเทศบาลเมือง 3 ในเขตเทศบาลตำบล 4 ในเขต อบต.

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น..... โรงเรียน.....

ตั้งอยู่หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ 1 ป่วย วินิจฉัย 2 ไม่ป่วย

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

ผลการรักษา 1 กำลังรักษา 2 หาย 3 เสียชีวิต 4 ไม่สมัครอยู่ 5 ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

สถานที่รักษาในปัจจุบัน... ..H.N.

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

ไข้ ไม่มี มี.....องศา ซ วันที่เริ่มมีไข้.....

ผื่นแดงเฉียบพลัน ไม่มี มี

ตำแหน่งที่มีผื่น ทั้งตัว ที่บริเวณ(ระบุ).....

ระยะเวลาที่ผื่นขึ้นจนถึงผื่นหาย.....วัน

ต่อมน้ำเหลืองโต หลังหู ท้ายทอย

ปวดข้อ ไม่มี มี

ข้ออักเสบ ไม่มี มี

เยื่อตาอักเสบ ไม่มี มี

กรณีเป็นผู้ป่วยมีครรภ์ขณะนี้ตั้งครรภ์.....เดือน

3. ประวัติโรคหัดเยอรมัน

เมื่อป่วยด้วยหัดเยอรมันครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

1. ไป ระบุชื่อสถานบริการ.....วันที่..... 2. ไม่เคยไป

MMR 1 ได้ เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ

MMR 2 ได้ เมื่อ ไม่ได้ ไม่ทราบ

มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ มี ไม่มี

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกันด้วยวิธี HI TEST

	วันที่เจาะ	วันที่ส่ง	titer
เจาะเลือดครั้งที่ 1
เจาะเลือดครั้งที่ 2

การตรวจเพื่อหา Specific Rubella IgM Antibody

วันที่เจาะเลือด.....ผลการตรวจ.....

การแยกเชื้อไวรัสหัดเยอรมันจาก สิ่งส่งตรวจจากช่องคอ น้ำกั้วคอ ผลการตรวจ.....

4. ประวัติการสัมผัสโรค (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

5.1 ในช่วง 23 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย เคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันหรือไม่

เคย ไม่เคย

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

5.2 ในช่วง 23 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่

มี ไม่มี

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

5.3 ในช่วง 23 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคหัดเยอรมันที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

มี ไม่มี

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

6. มีผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายนี้ในช่วง 7 วันก่อนมีผื่นขึ้นและ 4 วันหลังมีผื่นขึ้น

มี ไม่มี

6.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

6.2 ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่โรงเรียน

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

6.3 ผู้สัมผัสในชุมชน

1. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่ออายุ.....เพศ.....วันเริ่มป่วย..... ประวัติการรับวัคซีน

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....