

แบบสอบถามผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

1. ข้อมูลทั่วไป PUI ไข่ออกผื่น PUI หญิงตั้งครรภ์ PUI ทารกศีรษะเล็ก PUI GBS

ชื่อ.....นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี.....เดือน

อาชีพ(OCC)..... ลักษณะงานที่ทำ(OCC2)..... โรคประจำตัว(UD)..... โทร.....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

โรงเรียน/สถานที่ทำงาน..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ประวัติเดินทางก่อนป่วย 14 วัน และหลังป่วย 5 วัน (นอกเหนือจากโรงเรียนและที่ทำงาน)

(1) สถานที่..... วันที่เดินทาง.....

(2) สถานที่..... วันที่เดินทาง.....

(3) สถานที่..... วันที่เดินทาง.....

จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่จริง..... คน ผู้ที่มีอาการไข้/ผื่น จำนวน..... คน (ระบุ)

(1) ชื่อ..... ความเกี่ยวข้องวันที่มีอาการ.....

(2) ชื่อ..... ความเกี่ยวข้องวันที่มีอาการ.....

2. อาการและอาการแสดง

วันเริ่มป่วยของอาการแรก (ONSET) วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

1) ผื่น (RASH) 1 มี 2 ไม่มี วันเริ่มออกผื่น/...../.....

- ชนิดผื่น - ระยะเวลาของผื่น.....วัน

- บริเวณที่พบผื่น (ใส่ตัวเลขเรียงลำดับก่อน-หลัง) ใบหน้า ไหล่ แขน ขา ลำตัว

อื่น ๆ

2) ไข้ (FEVER) 1 มี 2 ไม่มี วันเริ่มมีไข้/...../.....

3) ตาแดง (CONJ) 1 มี 2 ไม่มี วันเริ่มตาแดง/...../.....

4) ปวดข้อ (ARTHRI) 1 มี 2 ไม่มี วันเริ่มปวดข้อ...../...../.....

5) ข้อบวม/แดง/ร้อน (JTSWE) 1 มี 2 ไม่มี วันเริ่มข้อบวม/แดง/ร้อน/...../.....

6) ต่อมน้ำเหลืองโต (LYMP) 1 มี 2 ไม่มี ตำแหน่งที่ต่อมน้ำเหลืองโต.....

7) ปวดกล้ามเนื้อ (MYAL) 1 มี 2 ไม่มี

8) ปวดศีรษะ (HEADAC) 1 มี 2 ไม่มี

9) อ่อนเพลีย (FATIO) 1 มี 2 ไม่มี

10) กลุ่มอาการทางเดินหายใจส่วนบน (URI) 1 มี 2 ไม่มี

11) กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (GBS) 1 มี 2 ไม่มี

12) อื่น ๆ ระบุ.....

**ข้อ 13) และ 14) ตอบเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

13) คลอดทารกแรกเกิดศีรษะเล็ก (BABYMICRO) 1 มี 2 ไม่มี 3 ยังไม่ทราบ

14) ทารกในครรภ์ศีรษะเล็ก (FETUSMICRO) 1 มี 2 ไม่มี 3 ยังไม่ทราบ

3. ปัจจัยเสี่ยงในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย

1) สัมผัสผู้ป่วยไข่ออกผื่นก่อนป่วย (RISK1) 1 ใช่ 2 ไม่ใช่

2) ไปทำงานกับคนที่มีอาการไข้ ออกผื่น (RISK2) 1 ใช่ 2 ไม่ใช่

3) มีคนในครอบครัว มีอาการไข้ ออกผื่น (RISK3) 1 ใช่ 2 ไม่ใช่

4) ทานเดินทางไปในพื้นที่ที่มีประวัติเสี่ยงโรคซิกา (RISK4) 1 ใช่ 2 ไม่ใช่

- 5) บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคซิกา (RISK5) 1ใช่ 2ไม่ใช่
 โดยอยู่ในรัศมี 1] 0 - 25 เมตร 2] 26 - 50 เมตร 3] 51 - 100 เมตร 4] เกิน 100 เมตร

4. การเก็บตัวอย่างตรวจ Zika

การส่งตรวจ	ระบุวันที่หากมีการส่งตัวอย่างตรวจ	ไม่ส่ง
1) Zika PCR จากปัสสาวะ (ZURIDATE)/...../.....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง
2) Zika PCR จากเลือด (ZPCRDAT)/...../.....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง
3) Zika PCR ตัวอย่างอื่นๆ (OTHPCR) โปรตีนระบุ...../...../.....	
4) Zika IgM (ZlgMDATE) เฉพาะเด็กทารก และ GBS/...../.....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง
5) Zika IgG (ZlgGDATE) เฉพาะเด็กหัวเล็กที่ Zika IgM negative/...../.....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง

5. สรุปผลการสอบสวน

- 1) สรุปผู้ป่วย (CASE) 1.PUI 2.Suspected 3.Confirmed 4.Asymptomatic infection
 2) วันที่ยืนยันการติดเชื้อ เฉพาะกรณีผู้ป่วยยืนยันหรือติดเชื้อไม่มีอาการ (CONFDATE)/...../.....
 3) ที่มาของผู้ป่วย (TYPE) 1. มารับการรักษา 2. หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์
 3. ค้นหาหลังจากโรงพยาบาล 4. ค้นหาเพิ่มเติมจากกลุ่มอื่นๆ ระบุ.....
 5. ผู้สัมผัส (กรณีตอบข้อ 5 โปรดระบุ)
 เป็นผู้สัมผัสของผู้ป่วยยืนยัน ชื่อ.....
 5.1 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน 5.2 ผู้สัมผัสร่วมโรงเรียน/ที่ทำงาน 5.3 ผู้ที่อยู่ในรัศมี 100 เมตร
 5.4 ผู้ที่อยู่นอกรัศมี 100 เมตร 5.5 หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เป้าหมาย
 5.6 หญิงตั้งครรภ์นอกพื้นที่เป้าหมาย 5.7 อื่น ๆ ระบุ.....

6. เฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้ถามเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

- 1) ตั้งครรภ์หรือไม่ (PREG) 1ใช่ 2ไม่ใช่ 3ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
 2) เดือนที่กำหนดคลอด (DELIVER)/..... ระบุเดือน/ปี
 3) อายุครรภ์เมื่อพบครั้งแรก (GAMEET) สัปดาห์
 4) อายุครรภ์เมื่อพบหรือสงสัยว่าติดเชื้อ (GAINFECT) สัปดาห์
 5) ผลการตั้งครรภ์ (PREGOUT)
 1. คลอดทารกปกติ 2. คลอดทารกผิดปกติ 3. ทารกเสียชีวิตเมื่อแรกเกิด
 4. ทารกตายในครรภ์ (GA 28 wk เป็นต้นไป) 5. แท้งบุตร (GAN้อยกว่า 28 wk) 6. ยังไม่คลอด

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....
 ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....