

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....นามสกุล..... เพศ [] ชาย [] หญิง อายุ.....ปี.....เดือน
 อาชีพ(OCC)..... ลักษณะงานที่ทำ(OCC2)..... โรคประจำตัว(UD)..... โทร.....
 ประวัติการได้รับวัคซีน หัด หัดเยอรมัน(VAC) [] 1 ได้ อายุ(VACAGE).....ปี [] 2 ไม่ได้ [] 3 ไม่ทราบ
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 ประวัติเดินทางไปต่างจังหวัดก่อนป่วย 14 วัน สถานที่..... วันที่เดินทาง.....
 ประวัติเป็นโรคไข้เลือดออก(DHF) [] 1 เคย เมื่ออายุ(DHFAGE).....ปี [] 2 ไม่เคย [] 3 ไม่ทราบ

2. อาการและอาการแสดง

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

- 1) ผื่น(RASH) [] 1 มี [] 2 ไม่มี วันที่เริ่มออกผื่น/...../.....
 - ชนิดผื่น - บริเวณที่พบผื่น
 - ตำแหน่งที่พบผื่นบริเวณแรก..... - ระยะเวลาของผื่น.....วัน
 - ความสัมพันธ์ของผื่นกับไข้ [] ผื่นพร้อมไข้ [] ผื่นหลังไข้ [] ผื่นก่อนไข้
- 2) ไข้สูง(FEVER) [] 1 มี [] 2 ไม่มี วันที่เริ่มมีไข้/...../.....
- 3) ตาแดง(CONJ) [] 1 มี [] 2 ไม่มี วันที่เริ่มตาแดง/...../.....
- 4) ปวดข้อ(ARTHRI) [] 1 มี [] 2 ไม่มี วันที่เริ่มปวดข้อ...../...../.....
 - ตำแหน่งที่ปวดข้อ - ระยะเวลาที่ปวดข้อ.....วัน
- 5) ข้อบวม(JTSWE) [] 1 มี [] 2 ไม่มี วันที่เริ่มข้อบวม...../...../.....
 - ตำแหน่งที่ข้อบวม - ระยะเวลาที่ข้อบวม.....วัน
- 6) ต่อมน้ำเหลืองโต(LYMP) [] 1 มี [] 2 ไม่มี ตำแหน่งที่ต่อมน้ำเหลืองโต.....
- 7) ไอ(COUGH) [] 1 มี [] 2 ไม่มี
- 8) เจ็บคอ(SORETH) [] 1 มี [] 2 ไม่มี
- 9) น้ำมูก(RHINOR) [] 1 มี [] 2 ไม่มี
- 10) ปวดกล้ามเนื้อ(MYAL) [] 1 มี [] 2 ไม่มี
- 11) ปวดหลัง(BACKPAI) [] 1 มี [] 2 ไม่มี
- 12) ปวดศีรษะ(HEADAC) [] 1 มี [] 2 ไม่มี
- 13) อ่อนเพลีย(FATIO) [] 1 มี [] 2 ไม่มี
- 14) แรกเกิดศีรษะเล็ก(BABYMICRO) [] 1 มี [] 2 ไม่มี
- 15) ทารกในครรภ์ศีรษะเล็ก(FETUSMICRO) [] 1 มี [] 2 ไม่มี
- 16) กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร(GBS) [] 1 มี [] 2 ไม่มี
- 17) อื่น ๆ ระบุ.....

3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1. CBC : วันที่ทำ/...../59 WBC..... cells/mm³ N.....% L.....% ALY.....% Hct.....% PLT...../mm³

3.2. Dengue (1=Pos, 2=Neg, 3=สรุปไม่ได้, 4=ไม่ได้ส่ง)

NS1.....	Dengue IgM.....	Dengue IgG.....
3.3. Chikungunya IgM(CHIK)	[] 1Positive [] 2Negative	[] 3สรุปไม่ได้ [] 4ไม่ได้ส่ง
3.4. Measle IgM(MEASLES)	[] 1Positive [] 2Negative	[] 3สรุปไม่ได้ [] 4ไม่ได้ส่ง
3.5. Rubella IgM(RUBELLA)	[] 1Positive [] 2Negative	[] 3สรุปไม่ได้ [] 4ไม่ได้ส่ง

4. ปัจจัยเสี่ยงในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย

- 1) สัมผัสผู้ป่วยไข่ออกผื่นก่อนป่วย (RISK1) [] 1ใช่ [] 2ไม่ใช่
 - 2) ไปทำงานกับคนที่มีอาการไข้ ออกผื่น (RISK2) [] 1ใช่ [] 2ไม่ใช่
 - 3) มีคนในครอบครัว มีอาการไข้ ออกผื่น (RISK3) [] 1ใช่ [] 2ไม่ใช่
 - 4) ท่านเดินทางไปในพื้นที่ที่มีประวัติเสี่ยงโรคชิกงุนยา(RISK4) [] 1ใช่ [] 2ไม่ใช่
 - 5) บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคชิกงุนยา(RISK5) [] 1ใช่ [] 2ไม่ใช่
- โดยอยู่ในรัศมี [1] 0 - 25 เมตร [2] 26 - 50 เมตร [3] 51 - 100 เมตร [4] เกิน 100 เมตร

5. การเก็บตัวอย่างตรวจ Zika

การส่งตรวจ	ระบุวันที่หากมีการส่งตัวอย่างตรวจ	ไม่ส่ง
1) Zika PCR จากเลือด (ZPCRDAT)/...../.....	[] ไม่ส่ง
2) Zika IgM (ZlgMDAT)/...../.....	[] ไม่ส่ง
3) Zika IgG (ZlgGDAT)/...../.....	[] ไม่ส่ง
4) Zika PCR จากปัสสาวะ (ZURIDAT)/...../.....	[] ไม่ส่ง

6. สรุปผลการสอบสวน

- 1) สรุปผู้ป่วย(CASE) [] 1PUI [] 2Suspected [] 3Confirmed [] 4Asymptomatic infection
- 2) วันที่ยืนยันการติดเชื้อ เฉพาะกรณีผู้ป่วยยืนยันหรือติดเชื้อไม่มีอาการ (CONFDATE)/...../.....
- 3) ที่มาของผู้ป่วย(TYPE)
 - [] 1มารับการรักษา [] 2Active case finding [] 3หญิงตั้งครรภ์
 - [] 4ผู้สัมผัสร่วมบ้าน [] 5ผู้ที่อยู่ในรัศมี 100 เมตร [] 6อื่นๆระบุ.....

7. เฉพาะหญิงตั้งครรภ์ให้ถามเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

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

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