

แบบสอบถามใช้มาลาเรีย

1. ข้อมูลทั่วไป

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

อายุ.....ปี เพศ () ชาย () หญิง อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ

.....●

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่.....

ภูมิคำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนถนน

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ () ป่วยวินิจฉัย () ไม่ป่วย (ข้ามไปข้อ 5)

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

ผลการรักษา () กำลังรักษา () หาย () เสียชีวิต () ไม่สมัครอยู่ () ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น

រង្វង់.....

ในอดีตเคยเจ็บป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียบ้างหรือไม่.....

2. อาการและอาการแสดง

ไข่	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ดื่บโต/ม้ามโต	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
หนาวสั่น	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
คลื่นไส้ อาเจียน	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ตาเหลือง	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ซีด	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
ปัสสาวะสีดำ	() มี	() ไม่มี	() ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ			

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจ Thick film

() มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ..... () ไม่มี

3.2 การตรวจ Thin film

() มี ระบุผล..... วันที่ส่งตรวจ..... () ไม่มี

3.3 อื่น ๆ ระบุ.....

4.การรักษา

4.1 การใช้ยารักษาขั้นต้น

Fansidar () ใช้ วันที่ให้การรักษา..... () ไม่ใช่

Primaquine () ใช้ วันที่ให้การรักษา..... () ไม่ใช่

4.2 การใช้ยารักษาขั้นหายขาด

Mefloquine () ใช้ วันที่ให้การรักษา..... () ไม่ใช่

Primaquine () ใช้ วันที่ให้การรักษา..... () ไม่ใช่

Quinine () ใช้ วันที่ให้การรักษา..... () ไม่ใช่

Tetracyclin () ใช้ วันที่ให้การรักษา..... () ไม่ใช่

Artemether () ใช้ วันที่ให้การรักษา..... () ไม่ใช่

Artesunate () ใช้ วันที่ให้การรักษา..... () ไม่ใช่

Chloroquine () ใช้ วันที่ให้การรักษา..... () ไม่ใช่

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

() หางของป่า/ล่าสัตว์ () ทำป่าไม้ ทำมาเป็นระยะเวลา

ทำมาเป็นระยะเวลา ระบุสถานที่ที่ทำ.....

ระบุสถานที่ที่ทำ.....

() นักสำรวจป่า/ธรรมชาติ () ทหาร/ตำรวจ ตระเวนชายแดน

ทำมาเป็นระยะเวลา ทำมาเป็นระยะเวลา

ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....

() อื่น ๆ (ระบุ)

5.2 งานอดิเรก

() หางของป่า/ล่าสัตว์ () ท่องเที่ยว

ระบุสถานที่ที่ทำ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....

6. แหล่งรังโรค

6.1 ในช่วง 60 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง () เคย ระบุ () ไม่เคย

1. ระบุ.....วันที่

2. ระบุ.....วันที่

6.2 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

() มี ระบุ () ไม่มี

1. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย.....

2. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย.....

6.3 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

() มี ระบุ () ไม่มี

1. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

2. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

6.4 มีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจากหมู่บ้านอื่นมาพักอาศัยร่วมบ้านหรือบ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ในช่วง 60 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

() มี ระบุ () ไม่มี

1. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

2. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

() มี ระบุ () ไม่มี

1. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย.....

2. ชื่อ อายุ วันเริ่มป่วย.....

7.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

() มี ระบุ () ไม่มี

1. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

2. ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....

ชื่อผู้สอบสวน.....

ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....