



สมองอักเสบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดบวม	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ .....			

### 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การตรวจ Immuno Fluorescent Antibody Test (IFA)

ตรวจน้ำเหลืองคู่ ( 1 ) มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ.....( 2 ) ไม่มี

ตรวจน้ำเหลืองเดี่ยว ( 1 ) มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... ( 2 ) ไม่มี

#### 3.2 การตรวจ Indirect Immuno Peroxidase Test (IIP)

( 1 ) มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... ( 2 ) ไม่มี

#### 3.3 การตรวจ Weil Felix to OX-K

( 1 ) มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... ( 2 ) ไม่มี

#### 3.3 การตรวจ PCR

( 1 ) มี ระบุผล.....วันที่ส่งตรวจ..... ( 2 ) ไม่มี

3.4 อื่น ๆ ระบุ.....

### 4. การรักษา

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

Doxycyclin ( ) ใช้ วันที่ให้การรักษา.....( ) ไม่ใช่

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

Chloramphenical ( ) ใช้ วันที่ให้การรักษา..... ( ) ไม่ใช่

อื่นๆ.....

### 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

#### 5.1 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

( ) หางของป่า/ล่าสัตว์ ( ) ทำป่าไม้ ทำมาเป็นระยะเวลา .....

ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ.....

ระบุสถานที่ที่ทำ.....

( ) นักสำรวจป่า/ธรรมชาติ ( ) ทหาร/ตำรวจ ครอบคลุมชายแดน

ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ทำมาเป็นระยะเวลา .....

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

( ) ทำไร่ ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ( ) ทำสวน ทำมาเป็นระยะเวลา .....

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

( ) อื่น ๆ ( ระบุ ) .....

#### 5.2 งานอดิเรก

( ) หางของป่า/ล่าสัตว์

( ) ท่องเที่ยว

ระบุสถานที่ที่ทำ.....

ระบุสถานที่ที่ทำ.....

#### 5.1 บริเวณป่า/ไร่/สวน ที่ผู้ป่วยมีโอกาสจะไปรับเชื้อได้นั้น มีหนูชุกชุมหรือไม่

( ) ไม่มี

( ) มี

## 6. แหล่งรังโรค

6.1 ในช่วง 21 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง ( ) เคย ระบุ ( ) ไม่เคย

1. ระบุ.....วันที่ .....

2. ระบุ.....วันที่ .....

## 7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัสในช่วง 21 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

( ) มี ระบุ ( ) ไม่มี

1. ชื่อ..... อายุ ..... วันเริ่มป่วย.....

2. ชื่อ ..... อายุ ..... วันเริ่มป่วย.....

7.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัสในช่วง 21 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย  
ของผู้ป่วยรายนี้

( ) มี ระบุ ( ) ไม่มี

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

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

ชื่อผู้สอบสวน.....

ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....

โทรศัพท์.....