

แบบสอบถามโรคเอดส์

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ -
 อายุ.....ปี เพศ () ชาย () หญิง อาชีพ..... ลักษณะงานที่ทำ.....
 มีอาการป่วยหรือไม่ () มี () ไม่มี (ถ้าไม่มีข้ามไปตอบข้อ 5)
 ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....
 ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 () ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.
 ภูมิสำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... ซอย.....
 ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 () ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.
 ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี).....
 วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... วันที่จำหน่าย.....
 ผลการรักษา () กำลังรักษา () หาย () ตาย () ส่งต่อ ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ไข้	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	น้ำหนักลด	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ไอมีเสมหะ เล็กน้อย	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ไอมีเสมหะปน เลือด	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ข้ออักเสบ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ทางเดิน ปัสสาวะหรือไต อักเสบ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ฝีที่ผิวหนัง	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	อาการของฝีใน ปอด	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
อาการของฝีใน ตับ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	อาการของฝีใน ตำแหน่งอื่นๆ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ ระบุ.....
ข้ออักเสบ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	อื่นๆ (ระบุ).....	

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 ซ้อมสีแกรม () ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล..... () ไม่ทำ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....
- 3.2 ตรวจ IHA () ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล..... () ไม่ทำ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

3.3 ตรวจ IFA () ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล.....
() ไม่ทำ

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

3.4 เพาะเชื้อแบคทีเรีย () ทำ สิ่งส่งตรวจ.....วันส่งตรวจ.....ผล.....

() ไม่ทำ ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ.....

4. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับจากการตรวจรักษาครั้งแรก.....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 โรคเรื้อรังที่พบก่อน ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

การติดเชื้อทางเดิน หายใจเรื้อรัง	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	การติดเชื้อวัณ โรค	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
การติดเชื้อเรื้อรังอื่น ๆ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	มะเร็ง	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	เบาหวาน	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
โรคไต	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ ระบุ.....	โรคเลือด	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ ระบุ.....

5.2 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ

() ทำนา ทำมาเป็นระยะเวลา.....() ทำสวน ทำมาเป็น

ระยะเวลา.....

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

() ทำไร่ ทำมาเป็นระยะเวลา.....() อาชีพเก็บขยะ ทำมาเป็น

ระยะเวลา.....

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

ขุดลอกท่อระบายน้ำ/สระ/คู/คลอง จับสัตว์น้ำ ทำมาเป็นระยะเวลา.....

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

ระบุสถานที่ที่ทำ.....

ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ ทำงานในโรงฆ่าสัตว์

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

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

ว่ายน้ำ ระบุที่ คั้นน้ำที่ไม่ได้ผ่านการต้มสุก

() เดินลุยน้ำ ระบุที่..... () มักมีบาดแผลจากการประกอบ

อาชีพ

() เคยทำอาชีพเกษตรกรรมในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อ ถึง

.....

อื่นๆ ระบุ.....

6. การค้นหาผู้ป่วยโรคmelioidosisเฉียบพลัน (Acute Melioidosis) รายอื่น

6.1 ในระยะ 10 วัน ก่อน(ป่วย) มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกัน หรือสถานที่ประกอบอาชีพที่เดียวกันหรือไม่

() มี ระบุ () ไม่มี

ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

6.2 ในระยะ 10 วัน หลังวันเริ่มป่วย มีผู้ป่วยอาการคล้ายกันที่อยู่ในละแวกบ้านเดียวกัน หรือสถานที่ประกอบอาชีพที่เดียวกัน หรือไม่

() มี ระบุ () ไม่มี

ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

ชื่อ.....ที่อยู่.....วันเริ่มป่วย.....รักษาที่.....

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรค รายเฉียบพลันอยู่ภายใน 2 วัน แต่ถ้าติดเชื้อแบบเรื้อรัง จะนานเป็นเดือนจนถึงหลายปี

ชื่อผู้สอบสวน.....

ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่

สอบสวน.....

โทรศัพท์.....