

## แบบสอบสวนไขัภากหลังแอน (Meningococcal meningitis)

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) .....

เลขที่บัตรประชาชน □ - □□□□ - □□□□□ - □□ - □ อายุ ..... ปี ..... เดือน เพศ □ ชาย □ หญิง

HN ..... AN ..... อาชีพ .....

ศาสนา ..... สัญชาติ ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

### 2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่  ไม่มี  มี

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.

การตรวจร่างกายแรกจับ อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	กระสับกระส่าย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เพ้อ (delirium) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หนาวสั่น <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เขียว (cyanosis) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาเจียน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	จ้ำเลือด (purpura) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผื่น (skin rash) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซีด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คอแข็ง (stiff neck) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่น ๆ .....

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การตรวจตัวอย่างเลือด

##### 3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ ..... Hct ..... % Platelet .....  $\times 10^3$  WBC .....  
Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... % Eosinophil ..... %  
Monocyte ..... % Other .....

ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ ..... Hct ..... % Platelet .....  $\times 10^3$  WBC .....  
Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... % Eosinophil ..... %  
Monocyte ..... % Other .....

3.1.2 การย้อมสีอื่น ๆ ระบุ .....  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....

3.1.3 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ผล Serogroup .....  
ผล Drug sensitivity ระบุชื่อยา .....  
ผล Drug resistance ระบุชื่อยา .....  
ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....

3.1.4 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ ระบุวิธี .....  
 Single serum วันที่ส่งตรวจ ..... Titer .....  
สรุปผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....  
 Pair sera ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ ..... Titer .....  
ครั้งที่ 2 วันที่ส่งตรวจ ..... Titer .....  
สรุปผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....

3.1.5 วิธี PCR  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....

3.1.6 อื่น ๆ ระบุ .....  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....

#### 3.2 การตรวจตัวอย่างน้ำไขสันหลัง (CSF)

3.2.1 การตรวจนับเซลล์และซีวเคมี  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
ลักษณะของน้ำไขสันหลัง  ชุ่น ใส  อื่น ๆ ระบุ .....  
Cell count ..... Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... % Eosinophil ..... %  
Glucose ..... mg/dl Protein ..... mg/dl Other .....

3.2.2 การย้อมสีแกรม (Bacterial Gram stain)  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....

3.2.3 การย้อมสีอื่น ๆ ระบุ .....  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....

3.2.4 วิธีเพาะเชื้อแบคทีเรีย  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ผล Serogroup .....  
ผล Drug sensitivity ระบุชื่อยา .....  
ผล Drug resistance ระบุชื่อยา .....  
ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....

3.2.5 การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
ระบุวิธี ..... ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....

- 3.2.6 วิธี PCR  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....
- 3.2.7 อื่น ๆ ระบุ .....  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ .....  
 ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....
- 3.3 ตัวอย่างอื่น ๆ ระบุชนิดตัวอย่าง ..... วิธีตรวจ.....  
 ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ วันที่ส่งตรวจ ..... ผล .....
- ผล Drug resistance ระบุชื่อยา ..... ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ .....
- 3.4 การตรวจทางรังสีวิทยา ระบบประสาท (Neuroimaging)
- 3.4.1 CT Brain วันที่ตรวจ ..... การฉีดสี  ฉีด  ไม่ฉีด ผลการตรวจ .....
- 3.4.2 MRI Brain วันที่ตรวจ ..... ผลการตรวจ .....

#### 4. การรักษา

วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น. วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก .....

สถานที่เข้ารับการรักษารั้งแรก ..... จังหวัด .....

สถานที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน ..... จังหวัด .....

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ .....

.....

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....

การวินิจฉัย ..... วันที่จำหน่าย .....

#### 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ประวัติการสัมผัสโรค ในช่วง 10 วันก่อนป่วย

- ไปเที่ยวสถานเริงรมย์  ไม่เคย  เคย ระบุสถานที่ .....
  - ไปร่วมพิธีฮัจน์ หรือพิธีกรรมทางศาสนา  ไม่เคย  เคย ระบุสถานที่ ..... วันที่ .....
  - คนในครอบครัวไปร่วมพิธีฮัจน์ หรือพิธีกรรมทางศาสนา ต่างพื้นที่หรือไม่  ไม่เคย  
 เคย ระบุสถานที่ ..... วันที่ .....
- ระบุตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
- สภาพพื้นที่พักอาศัย  ชุมชนแออัด  ทึบหนา  อื่น ๆ ระบุ .....
  - มีผู้มาเยี่ยมหรือไม่  ไม่มี  มี ระบุ .....
  - มีการสัมผัสใกล้ชิดกับชาวต่างชาติ  ไม่มี  มี ระบุ .....
- ชื่อ ..... เพศ ..... สัญชาติ .....

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....	
				วันที่เริ่มป่วย .....	
2.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....	
				วันที่เริ่มป่วย .....	
3.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....	
				วันที่เริ่มป่วย .....	
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....	
				วันที่เริ่มป่วย .....	
5.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....	
				วันที่เริ่มป่วย .....	

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....