

## แบบสอบถามไข้มาลาเรีย (Malaria)

### 1. ข้อมูลทั่วไป

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

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

HN ..... AN ..... ศาสนา ..... สัญชาติ .....

อาชีพ ..... ที่ทำงาน/โรงเรียน ..... ชั้นเรียน .....

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

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

จังหวัด ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  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) .....

อาชีพผู้ปกครอง ..... เกี่ยวข้องเป็น .....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....

### 2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่  ไม่มี  มี

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที  
 หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

ไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตับโต/ม้ามโต	<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	ตาเหลือง	<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	ซีด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปัสสาวะสีดำน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดท้อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
เหงื่อออก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดข้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	เบื่ออาหาร	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ .....			

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การวินิจฉัยด้วยกล้องจุลทรรศน์

1. การตรวจ Thick film  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

2. การตรวจ Thin film  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.2 การใช้ชุดตรวจหาเชื้อมาลาเรีย  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

3.3 วิธี PCR  ไม่ได้ตรวจ  ตรวจ สิ่งส่งตรวจ ..... วันที่ส่งตรวจ .....  
ผล ..... ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ .....

### 4. การรักษา

ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

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

การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....

สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....

ยาปฏิชีวนะ/ยาด้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

Mefloquine  ไม่ใช่  ใช่ วันที่ให้การรักษา .....

Primaquine  ไม่ใช่  ใช่ วันที่ให้การรักษา .....

Quinine  ไม่ใช่  ใช่ วันที่ให้การรักษา .....

Tetracycline/Doxycycline  ไม่ใช่  ใช่ วันที่ให้การรักษา .....

Artemether  ไม่ใช่  ใช่ วันที่ให้การรักษา .....

Artesunate  ไม่ใช่  ใช่ วันที่ให้การรักษา .....

Chloroquine  ไม่ใช่  ใช่ วันที่ให้การรักษา .....

อื่น ๆ ระบุ .....  ไม่ใช่  ใช่ วันที่ให้การรักษา .....

## 5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ในระยะ 6 เดือน ก่อนเริ่มมีอาการ

- 5.1 เคยป่วยเป็นมาลาเรียมาก่อนหรือไม่  ไม่เคย  ระบุช่วงเวลาที่ยป่วย .....  
ชนิดของเชื้อที่เคยพบ (หากทราบ) .....
- 5.2 อาชีพ/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำ  
 หาของป่า/ล่าสัตว์ ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- ทำป่าไม้ ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- นักสำรวจป่า/ธรรมชาติ ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- ทหาร/ตำรวจ ตระเวนชายแดน ทำมาเป็นระยะเวลา ..... ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- อื่น ๆ (ระบุ) .....
- 5.3 งานอดิเรก  
 หาของป่า/ล่าสัตว์ ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- ท่องเที่ยว ระบุสถานที่ที่ทำ .....
- 5.4 ประวัติการรับเลือด (Blood Transfusion)  
 ไม่มี  มี ระบุวันที่รับ ..... สถานที่รับ .....
- 5.5 ชนิดยุงพาหะโรคมาลาเรีย (ที่เคยมีการสำรวจไว้บริเวณบ้านพักผู้ป่วย)  
 ไม่มีการสำรวจ  มีการสำรวจ ระบุชนิด  
ระบุ ..... ช่วงเวลาที่สำรวจ .....
- ระบุ ..... ช่วงเวลาที่สำรวจ .....
- ระบุ ..... ช่วงเวลาที่สำรวจ .....
- 5.6 ในช่วง 60 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปพื้นที่เสี่ยงใดบ้าง เช่น พื้นที่ป่า หรือพื้นที่ที่เคยมีรายงาน  
ผู้ป่วยมาลาเรีย  ไม่เคย  เคย ระบุ  
1. ระบุ ..... วันที่ .....
2. ระบุ ..... วันที่ .....
3. ระบุ ..... วันที่ .....
- 5.7 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน ก่อนวันที่ผู้ป่วยรายนี้เริ่มป่วย  
 ไม่มี  มี ระบุ  
1. ชื่อ ..... อายุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
2. ชื่อ ..... อายุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
3. ชื่อ ..... อายุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
- 5.8 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 60 วัน ก่อนวันที่เริ่มป่วย  
ของผู้ป่วยรายนี้  ไม่มี  มี ระบุ  
1. ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
2. ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
3. ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
- 5.9 มีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจากหมู่บ้านอื่นมาพักอาศัยร่วมบ้านหรือบ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน  
ในช่วง 60 วัน ก่อนวันที่เริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้  ไม่มี  มี ระบุ  
1. ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
2. ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
3. ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... วันที่เริ่มป่วย .....

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน/อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรียในช่วง 14 วัน  
หลังจากวันที่เริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้

ไม่มี     มี ระบุ

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

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

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

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