

ภาคผนวก 7 : แบบสอบถามเฉพาะรายผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□-□□-□
(กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี กรุณาระบุชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง).....โทร.....
2. เพศ ชาย หญิง
3. เชื้อชาติ ไทย พม่า ลาว อื่น (ระบุ)
4. ศาสนา พุทธ อิสลาม อื่นๆ ระบุ
5. อาชีพ เกษตรกรรม รับจ้าง ระบุ..... ข้าราชการ ค้าขาย
 นักเรียน/นักศึกษา ระบุ ชื่อสถานศึกษา.....ระดับชั้น..... อื่นๆ ระบุ
6. ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ชุมชน.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เป็นพื้นที่ ในเขตเทศบาล ในเขต อบต.
7. ภูมิลำเนา ที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วย หากอยู่คนละที่กับที่อยู่ขณะป่วย โปรดลงรายละเอียด
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ชุมชน.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เป็นพื้นที่ ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล ในเขต อบต.
8. เบอร์โทรศัพท์ของญาติ /เพื่อนบ้าน/ผู้นำสง ที่สามารถติดต่อได้.....

ส่วนที่ 2 อาการและอาการแสดง

1. วันเริ่มมีอาการ.....เข้ารับการรักษาที่ รพ./สอ./คลินิก.....วันที่.....
2. ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน
3. ผลการรักษา กำลังรักษา ระบุสถานที่..... เสียชีวิต วันที่.....
4. อาการและอาการแสดง

| | | | |
|--|---|--------------------------|---|
| ไข้ | <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 |
| ตื่นเต้นกระวนกระวาย ต่อสิ่งเร้า แสง/เสียง | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | อาละวาดดุเดือดดุหนึ่ง | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| กลืนลำบาก | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ซึม ไม่รู้สึกตัว | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| ถ่มน้ำลายตลอดเวลา | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ถอนหายใจเป็นพักๆ | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| กล้ามเนื้อ | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | ขนลุกบางส่วนหรือทั้งตัว | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| กล้ามเนื้อ | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | สูญเสียความทรงจำชั่วคราว | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| รูม่านตาไม่ตอบสนอง ต่อแสง | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ | แขน ขาอ่อนแรง | <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| อื่นๆ ระบุ..... | | | |

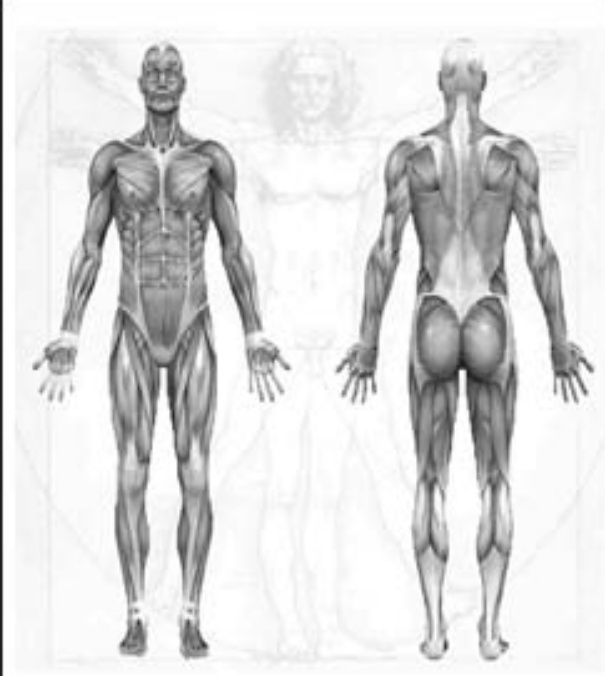
ส่วนที่ 3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการในคน

1. เบื่อสมอ ไม่ได้ส่ง ส่ง วันที่ส่งตรวจ.....สถานที่ส่งตรวจ.....ค.บ Positive Negative
2. น้ำลาย ไม่ได้ส่ง ส่ง วันที่ส่งตรวจ.....สถานที่ส่งตรวจ.....ค.บ Positive Negative
3. น้ำไขสันหลัง ไม่ได้ส่ง ส่ง วันที่ส่งตรวจ.....สถานที่ส่งตรวจ.....ค.บ Positive Negative
4. ปัสสาวะ ไม่ได้ส่ง ส่ง วันที่ส่งตรวจ.....สถานที่ส่งตรวจ.....ค.บ Positive Negative
5. ปมรากผม ไม่ได้ส่ง ส่ง วันที่ส่งตรวจ.....สถานที่ส่งตรวจ.....ค.บ Positive Negative
6. ผิวหนังที่หายทอ ไม่ได้ส่ง ส่ง วันที่ส่งตรวจ.....สถานที่ส่งตรวจ.....ค.บ Positive Negative
7. เซลล์ภาวะจากตา ไม่ได้ส่ง ส่ง วันที่ส่งตรวจ.....สถานที่ส่งตรวจ.....ค.บ Positive Negative

ส่วนที่ 4 ประวัติการสัมผัสโรค

1. ชนิดของสัตว์ที่สัมผัส สุนัข แมว ลิง ชะนี หนู อื่นๆ ระบุ.....
2. วันที่ถูกสัตว์กัด.....(ถ้าไม่ทราบวันที่สามารถระบุเป็นช่วงเวลาได้) ไม่ทราบ
3. สถานที่ที่ถูกกัด ในบริเวณบ้าน นอกบ้าน ระบุสถานที่.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ต่างประเทศ ระบุ.....
4. ลักษณะสถานที่ที่ถูกสัตว์กัด ในเขต อบต. ในเขตเทศบาล ชุมชนเมือง ชานเมือง ธรรมชาติ
5. การได้รับเชื้อ ไม่ทราบ ถูกน้ำลาย ถูกคลอโรฟอร์ม ถูกข่วน ถูกกัด
6. บริเวณที่ถูกสัมผัสและอาการรุนแรง

โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนภาพร่างกายบริเวณที่ถูกกัดข่วนถูกน้ำลายถูกสิ่งให้ชีวิตเงิน

| | | | | | | | | |
|---|-----------------|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|------------------|------------------------|------------------|
|  | ลำดับที่ | บริเวณที่ได้รับสัมผัส | ลักษณะการสัมผัส | | | | | |
| | | | ถูกกัด | | ถูกข่วน | | ถูกสิ่งของให้ชีวิตเงิน | |
| | | | มี เป็นรอย | ไม่มี เป็นรอย | มี เป็นรอย | ไม่มี เป็นรอย | มี เป็นรอย | ไม่มี เป็นรอย |
| 1 | ศีรษะ | | | | | | | |
| | หน้า | | | | | | | |
| | หลัง | | | | | | | |
| 2 | มือ | | | | | | | |
| 3 | แขน | | | | | | | |
| 4 | ขา | | | | | | | |
| 5 | เท้า | | | | | | | |
| 6 | อื่นๆ ระบุ..... | | | | | | | |

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติเมื่อถูกกัด/ข่วน/ถูกน้ำลาย/ถูกเลีย

1. การทำความสะอาดแผล

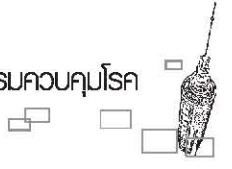
- ไม่ได้ล้าง เพราะ.....
- ล้างทันทีที่ถูกกัด ล้างหลังจากถูกกัดแล้ว.....ชั่วโมง/วัน
- วิธีล้างดังนี้ ล้างด้วยน้ำเปล่า สบู่/ผงซักฟอก อื่นๆ ระบุ.....
- 2. การใช้ยาใส่แผล ไม่ได้ใช้ ใช้ ระบุชนิด.....
- 3. การเย็บแผล ไม่ได้เย็บแผล เย็บแผลที่ รพ./รพ.สต./คลินิก.....

ส่วนที่ 6 ประวัติการได้รับวัคซีนอิมมูโนโกลบูลิน/อาการแทรกซ้อนหลังการฉีดของผู้เสียชีวิต

- 1. ฉีดอิมมูโนโกลบูลิน ไม่ได้ฉีด
- ฉีด ERIG HRIG เมื่อวันที่.....
- จำนวน.....หน่วยสากล (IU) Lot. No.วันหมดอายุ
- ไม่ทราบ
- 2. ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ไม่ทราบ
- ไม่ได้ฉีด
- ฉีด ชนิดของวัคซีน ระบุ HDCV PCEC PVRV CPRV PDEV
- วันที่เริ่มฉีด.....จำนวน.....ซีซี Lot. No.....วันหมดอายุ.....
- วิธีฉีด เข้ากล้ามเนื้อ (I.M.) ในผิวหนัง (I.D.)
- ในวันที่ 0 3 7 14 30 รวม.....ครั้ง
- 3. อาการแทรกซ้อนหลังฉีดวัคซีน ไม่มี
- มี ระบุ... บวมที่บริเวณฉีด ปวดศีรษะ ไข้สูง
- ปัสสาวะลำบาก อัมพาต เสียชีวิต
- อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 7 ประวัติของสัตว์ที่กัด

- 1. อายุสัตว์ น้อยกว่า 3 เดือน 3 – 6 เดือน 6 – 12 เดือน มากกว่า 1 ปี ไม่ทราบ
- 2. สถานภาพสัตว์ มีเจ้าของ ไม่มีเจ้าของ ไม่ทราบ
- 3. การกักขังติดตามดูอาการสัตว์ ไม่ได้กักขัง
- ได้กักขัง/ติดตาม พบ ไม่ตายภายใน 10 วัน ตายเองภายใน 10 วัน
- ถูกฆ่าตาย สัตว์หายไปติดตามไม่ได้



4. สาเหตุที่ถูกกัด : ถูกกัดโดยไม่มีสาเหตุโน้มนำ
 ถูกกัดโดยมีสาเหตุโน้มนำ เนื่องจาก ทำร้าย หรือแก้งสัตว์
 พยายามแยกสัตว์ที่กำลังต่อสู้กัน
 เข้าใกล้สัตว์แม่ลูกอ่อน
 รบกวนสัตว์ขณะกินอาหาร
 อื่นๆ ระบุ.....

5. ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของสัตว์นำโรค
 ไม่ทราบ
 ไม่ได้รับ
 ได้รับ จำนวน.....ครั้ง ภายใน 1 ปี เกิน 1 ปี จำไม่ได้
 จาก คลินิกรักษาสัตว์ รถหน่วยปฐมพยาบาล โรงพยาบาลสัตว์รัฐบาล
 โรงพยาบาลสัตว์เอกชน เจ้าของสัตว์ซื้อมาฉีดเอง สถานที่ชื่อ.....

6. การส่งหัวสัตว์ตรวจ ไม่ได้ส่งตรวจเนื่องจาก.....
 ส่งตรวจ ระบุสถานที่ส่ง.....
 ผลการตรวจ พบเชื้อ ไม่พบเชื้อ

ส่วนที่ 8 ผู้สัมผัสโรครายอื่น

1. ผู้สัมผัสโรคจากสัตว์ตัวเดียวกัน
 มีผู้ถูกกัดจำนวน.....คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว.....คน
 มีผู้สัมผัสน้ำลายจำนวน.....คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว.....คน
 มีผู้ถึงแก่กรรมจากสัตว์ตัวเดียวกันนี้กัด
 ไม่มี มี ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทรศัพท์ ญาติ/ผู้เกี่ยวข้อง.....

2. ผู้สัมผัสโรคจากผู้ป่วยรายนี้
 สัมผัสน้ำลายโดยไม่มีแผล.....คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว.....คน
 สัมผัสน้ำลายโดยมีแผลหรือถูกผู้ป่วยกัด.....คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว.....คน

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
 ชื่อ-สกุล.....ผู้สอบสวนโรคตำแหน่ง.....
 สถานที่ปฏิบัติงาน.....โทรศัพท์.....E-mail.....
 วันที่สอบสวนโรค.....

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรค (Incubation period) ที่เชื่อถือได้สั้นที่สุด 7 วัน ยาวนานที่สุด 3 ปี (โดยเฉลี่ย 30-90 วัน)