แบบสอบสวนกลุ่มอาการไวรัสตับอักเสบเฉียบพลัน

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ – สกุลผู้ป่วย..... เลขที่บัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....สถานที่.....

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ผู้ป่วยเป็นนักเรียนชั้น.....โรงเรียน.....ที่ตั้งของโรงเรียน ถนน..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง ☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

☐ ในเขตเทศบาลนคร ☐ ในเขตเทศบาลเมือง ☐ ในเขตเทศบาลตำบล ☐ ในเขต อบต.

วันเริ่มอาการ..... วันที่มาโรงพยาบาล.....

ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต วันที่.....

☐ ไม่สมัครใจอยู่ ☐ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

ประวัติการเจ็บป่วย

- เคยป่วยเป็นโรคดีซ่าน ☐ เคย ☐ ไม่เคย
- ประวัติการรับวัคซีนป้องกันตับอักเสบชนิด เอ

  ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ เมื่อวันที่ .....
- ประวัติการรับวัคซีนป้องกันตับอักเสบชนิด บี

  ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับเข็ม 1 เมื่อวันที่ .....

  ได้รับเข็ม 2 เมื่อวันที่ .....

  ได้รับเข็ม 3 เมื่อวันที่ .....
- ประวัติการรับเลือด ☐ เคย เมื่อไร ..... ☐ ไม่เคย
- ประวัติการสัก หรือเจาะหู ☐ เคยสัก ☐ เคยเจาะหู ☐ ไม่เคยสัก ☐ ไม่เคยเจาะหู
- มีประวัติการตรวจเลือดเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบ

  ☐ ไม่ได้ตรวจ ☐ ตรวจ เมื่อวันที่ .....ผลการตรวจ .....

2. อาการและอาการแสดง

ตัวเหลือง ตาเหลือง	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	☐อาเจียน	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
ไข้	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	☐ปวดแน่นท้อง/ท้องอืด	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
อ่อนเพลีย	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	☐ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
ครั่นเนื้อ ครั่นตัว	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	☐จุกแน่นบริเวณใต้ชายโครงขวา	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ
เบื่ออาหาร	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ	☐อื่น ๆ			
คลื่นไส้	☐มี	☐ไม่มี	☐ไม่ทราบ				

3. **ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :** ห้องปฏิบัติการที่ตรวจระบุ .....

- ซีรั่ม เจาะเลือดครั้งแรก วันที่ ..... ผลการตรวจ ..... ทราบผลวันที่ .....
  เจาะเลือดครั้งสอง วันที่ ..... ผลการตรวจ ..... ทราบผลวันที่ .....
- ผลการตรวจตัวอย่างน้ำ

ชนิดตัวอย่างน้ำ	แหล่งที่เก็บ	วันที่เก็บ	ผลการตรวจเพาะเชื้อ	วันที่ทราบผล
			☐ พบ เชื้อ..... ไม่พบ	
			☐ พบ เชื้อ..... ☐ ไม่พบ	
			☐ พบ เชื้อ..... ☐ ไม่พบ	

4. **การรักษา**

- รับการตรวจรักษา ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....
  ☐ ได้พบแพทย์ ☐ พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ☐ อื่น ๆ ระบุ .....
- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค .....
- รับไว้เป็นผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

5. **ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค**

ประวัติการรับประทานอาหารและน้ำโดยปกติหรือในช่วง 1 เดือน

☐ ดื่มนมสดระบุชนิดของนม..... | แหล่งผลิตนมระบุ .....
☐ ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ
☐ ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี ☐ ต้ม ☐ พาสเจอไรส์ ☐ สเตอริไลซ์
☐ กินผักดิบระบุ ..... ☐ กินไอศกรีม แหล่งที่ซื้อ ระบุ .....
☐ ปกติดื่มน้ำ ระบุ .....แหล่งน้ำดื่ม ..... ☐ ต้ม ☐ ไม่ต้ม ☐ กรอง ☐ ขวดปิดสนิท
☐ หอยนางรมดิบ ☐ เคยกิน ☐ ไม่เคยกิน

- **โดยปกติรับประทานอาหารที่ไหน**

มื้ออาหาร	สถานที่					
	บ้าน	โรงเรียน	ร้านอาหาร	รถเข็น	หาบเร่	อื่น ๆ ระบุ
มื้อเช้า						
มื้อกลางวัน						
มื้อเย็น						

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ๆ และผู้สัมผัส

- ผู้สัมผัสร่วมบ้าน : ผู้ปรุงอาหาร, คนในครอบครัว มีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง หรือไม่

  ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

  ระบุชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

- ผู้สัมผัสในโรงเรียน : เพื่อนในโรงเรียนมีอาการ ตาเหลือง ตัวเหลืองหรือไม่

  ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

  ระบุชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....ชั้นเรียน.....

- ผู้ปรุงอาหารในโรงเรียนหรือสถานเลี้ยงดูเด็ก หรือสถานสงเคราะห์ฯลฯ มีอาการตาเหลือง ตัวเหลืองหรือไม่

  ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

  ระบุชื่อ ..... อายุ ..... เพศ ..... ทำหน้าที่ .....

- ผู้สัมผัสในชุมชนเพื่อนบ้านใกล้เคียงที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำ มีอาการตาเหลือง ตัวเหลือง หรือไม่

  ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....

  ระบุชื่อ ..... อายุ ..... เพศ .....ที่อยู่ .....

หมายเหตุ ระยะฟักตัว

- Viral Hepatitis A 15 – 50 วัน โดยเฉลี่ย 28 – 30 วัน
- Viral Hepatitis B 45 – 180 วัน เฉลี่ย 60 – 90 วัน สั้นที่สุด 2 สัปดาห์ ยาวที่สุด 6 – 9 เดือน (ที่ตรวจพบ HBs Ag)
- Viral Hepatitis C 2 สัปดาห์ – 6 เดือน ปกติ 6 – 9 สัปดาห์ การติดเชื้อเรื้อรังอาจยาวนานถึง 20 ปี ก่อนเริ่มมีอาการตับแข็งหรือมีเนื้องอกที่ตับ
- Viral Heapatitis D หรือ Delta hepatitis ประมาณ 2 – 8 สัปดาห์
- Viral Hepatitis E 15 – 64 วัน หรือระหว่าง 26 – 42 วัน ในการระบาดในที่ต่างกัน

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....