

**แบบสอบถามโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง  
สงสัยใช้หวัดใหญ่/ใช้หวัดนก/ปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ (SARI-AI 2)**

**ส่วนที่ 1**

**1. ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อ-สกุล ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง อายุ ..... ปี ..... เดือน  
สัญชาติ.....เชื้อชาติ .....อาชีพ (ระบุลักษณะงานที่ทำ เช่น เป็นนักเรียน, นักบวช, ทหาร, ตำรวจ หรือ นักโทษ เป็นต้น)  
.....  
ระบุชื่อสถานที่ทำงาน .....อำเภอ ..... จังหวัด .....  
ที่อยู่ขณะป่วย เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/ชุมชน .....  
ซอย .....ถนน ..... ตำบล.....  
อำเภอ .....จังหวัด .....  
โทรศัพท์ บ้าน ..... ที่ทำงาน ..... มือถือ .....  
ที่อยู่ภูมิลำเนา เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/ชุมชน .....  
ซอย .....ถนน ..... ตำบล.....  
อำเภอ ..... จังหวัด .....

**2. ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ**

- 2.1 ในช่วง 7 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ท่านได้มีการสัมผัสสัตว์ปีก (ฟาร์ม/เลี้ยง/ในธรรมชาติ)  
เช่น อู๋ม ช้างและรับประทานแบบสุกๆดิบๆฝั่งกลบเป็นต้น  
 ไม่มี  มี ระบุ ลักษณะการสัมผัส.....
- 2.2 ในช่วง 7 วันก่อนวันเริ่มป่วย ท่านสัมผัสโดยตรงกับสุกร หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ ที่ป่วย/ตายผิดปกติหรือไม่ทราบสาเหตุ  
 ไม่มี  มี ระบุ (วันที่/เดือน/ปี) ..... ชนิดสัตว์.....  
ลักษณะการสัมผัส.....
- 2.3 ในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ท่านพักอาศัยในพื้นที่ที่มีสัตว์ปีกป่วยตายผิดปกติหรือพบเชื้อในสัตว์ปีกหรือสิ่งแวดล้อม  
 ไม่มี  มี
- 2.4 ในช่วง 14วันก่อนป่วย ท่านอาศัยอยู่หรือมีการเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด  
 ไม่มี  มี ถ้ามีระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้  
ชื่อประเทศ.....เมือง/จังหวัด..... อำเภอ .....  
วันที่ไป.....วันที่กลับ.....  
เหตุผลของเดินทางไปในประเทศดังกล่าว.....
- 2.5 ในช่วง 10วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ท่านให้การดูแลหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือ ไข้หวัดนก  
หรือปอดอักเสบหรือไม่  
 ไม่มี  มี ระบุ.....
- 2.6 ผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงหรือเสียชีวิตที่หาสาเหตุไม่ได้  
 ไม่ใช่  ใช่
- 2.7 เป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ  
 ไม่ใช่  ใช่ ระบุ.....

2.8 ผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หรือปอดอักเสบเป็นกลุ่มก้อน

- ไม่ใช่  ใช่ ระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้ของผู้ป่วยปอดอักเสบรายอื่นที่มีความเกี่ยวข้องทางระบาดวิทยา
- ชื่อ นามสกุล.....วันเริ่มป่วย.....
- อาการ.....
- การวินิจฉัย.....ชื่อโรงพยาบาลที่วินิจฉัย.....
- ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรายนี้.....

3. ข้อมูลการเจ็บป่วย

3.1 วันเริ่มป่วยวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

3.2 สถานที่รับการรักษา (ครั้งแรก)..... วันที่ .....

ประเภทผู้ป่วย ( ) ผู้ป่วยนอก ( ) ผู้ป่วยใน

สถานที่รับไว้ในอนโรงพยาบาล (Admit ครั้งแรก).....วันที่.....

3.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หรือโรคประจำตัว (ถ้ามี) ระบุ.....

- ( ) โรคปอดเรื้อรัง เช่น COPD, chronic bronchitis, chronic bronchiectasis, BPD หรือ หอบ (asthma) ที่กำลังรักษา)
- ( ) โรคหัวใจ เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด, โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ congestive heart failure
- ( ) โรคตับเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง (cirrhosis) ( ) โรคไต, ไตวาย ( ) เบาหวาน
- ( ) ความดันโลหิตสูง ( ) ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ( ) โลหิตจาง (ธาลัสซีเมีย, sickle cell anemia)
- ( ) พิกัดทางสมองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ( ) ตั้งครรภ์ อายุครรภ์..... สัปดาห์
- ( ) อ้วน ส่วนสูง.....เซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม (BMI = .....)
- ( ) มะเร็งที่กำลังรักษา ระบุประเภท..... ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

ประวัติสูบบุหรี่ ( ) ไม่สูบ ( ) สูบ ถ้าสูบ ( ) ยังสูบ ปริมาณ ..... มวน/ซอง ต่อ วัน/สัปดาห์

( ) หยุดสูบ เลิกมานาน.....

ประวัติดื่มสุรา ( ) ไม่สูบ ( ) เคย ถ้าดื่ม ( ) ยังดื่ม ปริมาณ.....ต่อ วัน/สัปดาห์

( ) หยุดดื่ม เลิกมานาน.....

3.4 ประวัติการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่

( ) ไม่เคยได้รับ ( ) เคยได้รับ ถ้าเคยได้รับ ครั้งล่าสุดเมื่อ (วัน/เดือน/ปี) .....

3.5 อาการสำคัญที่ทำให้มาโรงพยาบาล

.....

.....

.....

### 3.6 อาการผู้ป่วยตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยจนถึงวันสอบสวน

| อาการและ<br>อาการแสดง | วันเริ่มป่วย |       | วันที่หลังวันเริ่มป่วย |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |
|-----------------------|--------------|-------|------------------------|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|
|                       | 0            |       | 1                      |       | 2  |       | 3  |       | 4  |       | 5  |       | 6  |       |
|                       | มี           | ไม่มี | มี                     | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี | มี | ไม่มี |
| ไข้ (ระบุ Temp °C)    |              |       |                        |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |
| ไอ                    |              |       |                        |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |
| เจ็บคอ                |              |       |                        |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |
| มีน้ำมูก              |              |       |                        |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |
| มีเสมหะ               |              |       |                        |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |
| หายใจลำบาก            |              |       |                        |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |
| หอบเหนื่อย            |              |       |                        |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |
| ปวดกล้ามเนื้อ         |              |       |                        |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |
| ปวดศีรษะ              |              |       |                        |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |
| ถ่ายเหลว              |              |       |                        |       |    |       |    |       |    |       |    |       |    |       |

อาการอื่น ๆ ระบุ (ถ้ามี).....

การรักษา ได้รับยาต้านไวรัส

( ) ไม่ได้รับ ( ) ได้รับ ระบุชื่อยา ..... ขนาดที่ได้รับ .....

วันที่เริ่มให้ยา (วัน/เดือน/ปี) ..... วันที่หยุดยา .....

### 4. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC ครั้งที่ 1: วันที่..... ผล Hb.....mg% Hct.....% Wbc.....cell/cu.mm<sup>3</sup>

Neutrophil.....% Band.....% Lymphocyte.....% Atypical lymphocyte.....%

Monocyte.....% Eosinophil.....% Platelet count.....x 10<sup>3</sup> cell/cu.mm<sup>3</sup>

CBC ครั้งที่ 2: วันที่.....ผล Hb.....mg% Hct.....% Wbc.....cell/cu.mm<sup>3</sup>

Neutrophil.....% Band.....% Lymphocyte.....% Atypical lymphocyte.....%

Monocyte.....% Eosinophil.....% Platelet count.....x 10<sup>3</sup> cell/cu.mm<sup>3</sup>

Sputum gram stain: วันที่.....ผล.....

Sputum AFBครั้งที่ 1: วันที่..... ผล.....

ครั้งที่ 2: วันที่..... ผล.....

ครั้งที่ 3: วันที่..... ผล.....

Sputum culture: วันที่..... ผล.....

Hemo-culture: วันที่..... ผล.....

CXR ครั้งแรก: วันที่..... ผล.....

CXR ครั้งที่ 2: วันที่..... ผล.....

CXR ครั้งที่ 3: วันที่..... ผล.....

Rapid test สำหรับใช้หัดใหญ่ ระบุชื่อชุดทดสอบ ..... วันที่..... ผล.....

Renal function test: วันที่..... ผล BUN..... Cr..... GFR.....

Liver function test: วันที่..... ผล SGOT..... SGPT..... ALP.....

Total Bilirubin..... Direct Bilirubin.....

Total Protein..... Albumin..... Globulin.....

5. การเก็บวัตถุตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ไม่เก็บ  เก็บ ระบุตัวอย่างที่เก็บ

1. Nasopharyngeal swab หรือ Throat swab หรือ Secretion Suction จากท่อช่วยหายใจ 2 ตัวอย่าง

วันที่เก็บ.....

2. ซีรัม 7-10 มล. เก็บ ครั้งที่ 1 วันที่..... ครั้งที่ 2 วันที่.....

6. การวินิจฉัยเบื้องต้น.....

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย.....

7. ในกรณีที่ผู้ป่วยตาย ได้ทำการผ่าพิสูจน์ศพ หรือไม่

ไม่ทำ  ทำ ถ้าทำกรุณาแจ้งผล.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้สอบสวน..... หน่วยงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ ..... วันที่สอบสวน .....

วันที่..... ส่งรายงานการสอบสวนให้กับ สำนักป้องกันควบคุมโรคที่.....

วันที่..... ส่งรายงานการสอบสวนให้กับสำนักระบาดวิทยา

สำนักระบาดวิทยา โทรศัพท์: 0-2590-1882, 0-2590-1895 โทรสาร: 0-2591-8579, 0-2590-1784

E-mail: [outbreak@health.moph.go.th](mailto:outbreak@health.moph.go.th)

**8. การค้นหาผู้แพร่โรคและผู้สัมผัส**

รายชื่อผู้สัมผัสใกล้ชิดในระยยะป่วย ระบุลักษณะการสัมผัสวันที่และระยะเวลาการสัมผัส ถ้ามีอาการป่วยระบุอาการด้วย

| ลำดับที่ | ชื่อ - สกุล | เพศ | อายุ | ที่อยู่ / เบอร์โทรศัพท์ | วันที่สัมผัสและอาการ | ลักษณะการสัมผัส |
|----------|-------------|-----|------|-------------------------|----------------------|-----------------|
|          |             |     |      |                         |                      |                 |
|          |             |     |      |                         |                      |                 |
|          |             |     |      |                         |                      |                 |
|          |             |     |      |                         |                      |                 |
|          |             |     |      |                         |                      |                 |
|          |             |     |      |                         |                      |                 |
|          |             |     |      |                         |                      |                 |
|          |             |     |      |                         |                      |                 |
|          |             |     |      |                         |                      |                 |
|          |             |     |      |                         |                      |                 |
|          |             |     |      |                         |                      |                 |
|          |             |     |      |                         |                      |                 |
|          |             |     |      |                         |                      |                 |
|          |             |     |      |                         |                      |                 |
|          |             |     |      |                         |                      |                 |
|          |             |     |      |                         |                      |                 |
|          |             |     |      |                         |                      |                 |

ส่วนที่ 2: การติดตามลักษณะอาการผู้ป่วยหลังการสอบสวน

| อาการ/<br>อาการแสดง       | วันแรกรับ |     | วันที่หลังวันนอนโรงพยาบาล |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |  |  |
|---------------------------|-----------|-----|---------------------------|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|--|--|
|                           | 0         |     | 1                         |     | 2  |     | 3  |     | 4  |     | 5  |     | 6  |     | 7  |     | 8  |     | 9  |     | 10 |     | 11 |     | 12 |     |  |  |
|                           | มี        | ไม่ | มี                        | ไม่ | มี | ไม่ | มี | ไม่ | มี | ไม่ | มี | ไม่ | มี | ไม่ | มี | ไม่ | มี | ไม่ | มี | ไม่ | มี | ไม่ | มี | ไม่ | มี | ไม่ |  |  |
| ไอ                        |           |     |                           |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |  |  |
| เจ็บคอ                    |           |     |                           |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |  |  |
| มีน้ำมูก                  |           |     |                           |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |  |  |
| มีเสมหะ                   |           |     |                           |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |  |  |
| หนาวสั่น                  |           |     |                           |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |  |  |
| หายใจลำบาก                |           |     |                           |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |  |  |
| หอบเหนื่อย                |           |     |                           |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |  |  |
| ปวดกล้ามเนื้อ             |           |     |                           |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |  |  |
| ปวดศีรษะ                  |           |     |                           |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |  |  |
| ถ่ายเหลว                  |           |     |                           |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |  |  |
| อุณหภูมิร่างกาย<br>สูงสุด |           |     |                           |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |  |  |
| อัตราการหายใจ<br>สูงสุด   |           |     |                           |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |  |  |
| ซีฟเจอร์สูงสุด            |           |     |                           |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |  |  |
| Oxygen<br>saturation      |           |     |                           |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |    |     |  |  |

| การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบว่าผิดปกติ |            |        |
|---|------------|--------|
| สิ่งที่ตรวจ                             | วันที่เก็บ | ผลตรวจ |
| CBC                                     |            |        |
| CXR                                     |            |        |
| Sputum gram stain                       |            |        |
| Sputum culture                          |            |        |
| Hemoculture                             |            |        |
| อื่นๆ                                   |            |        |
|   |            |        |
|   |            |        |

| การตรวจหาเชื้อ ปอดอักเสบ    | วันที่เก็บ | ผลตรวจ |
|-----------------------------|------------|--------|
| Influenza A                 |            |        |
| Influenza B                 |            |        |
| Adeno virus                 |            |        |
| Respiratory syncytial virus |            |        |
| Corona virusครั้งที่1       |            |        |
| Corona virusครั้งที่2       |            |        |
| Chlamydia                   |            |        |
| Mycoplasma                  |            |        |
| Legionella                  |            |        |