

แบบสอบถามโรคอาหารเป็นพิษ

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุลผู้ป่วย..... เลขที่บัตรประชาชน _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _ - _

อายุ.....ปี เพศ () ชาย () หญิง

อาชีพ.....ลักษณะงานที่ทำ.....สถานที่ทำงาน.....

(กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กรอกอาชีพของผู้ปกครอง) ชื่อผู้ปกครอง..... เกี่ยวข้อง
เป็น.....

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

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

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.
ภูมิสำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

วันเริ่มอาการ.....เวลา.....น. วันที่มาโรงพยาบาล.....เวลา.....น.
ผลการรักษา () กำลังรักษา () หาย () เสียชีวิต วันที่.....
() ไม่สมัครใจอยู่ ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....

2. อาการและอาการแสดง

ถ่ายเป็นน้ำ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ไข้	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ถ่ายเหลว	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ถ่ายมีมูก	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ตะคริวที่ท้อง	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ถ่ายมีเลือด	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ปวดมวนท้อง	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ปวดท้อง	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ตะคริวที่ขา	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ท้องผูก	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	อ่อนเพลีย	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
คลื่นไส้ อาเจียน	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	ความดันโลหิตต่ำ	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
อาหารไม่ย่อย	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	อัมพาต	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
ปากแห้ง	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	เห็นภาพซ้อน	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ
เหงื่อออกตัวเย็น	() มี () ไม่มี () ไม่ทราบ	อาการอื่นๆ ระบุ.....	

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ห้องปฏิบัติการที่ตรวจ ระบุวันที่ส่ง

ตรวจ.....

- อาหารที่ส่งเพาะเชื้อระบุ () เพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ () เพาะเชื้อไม่ () ไม่ได้เพาะเชื้อ
..... ขึ้น
- เพาะเชื้อจากอุจจาระ () เพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ () เพาะเชื้อไม่ขึ้น () ไม่ได้เพาะเชื้อ
- เพาะเชื้อจาก rectal swab () เพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ () เพาะเชื้อไม่ขึ้น () ไม่ได้เพาะเชื้อ
- เพาะเชื้อจากอาเจียน () เพาะเชื้อ พบเชื้อระบุ () เพาะเชื้อไม่ขึ้น () ไม่ได้เพาะเชื้อ
- ทดสอบการสร้างสารพิษของ () พบสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น () ไม่พบสารพิษของเชื้อที่เพาะขึ้น
เชื้อที่เพาะขึ้น ไม่ได้ทดสอบ

4. การรักษา

- รับการตรวจรักษาที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
() ได้พบแพทย์ () พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข () อื่นๆ ระบุ
- ยาปฏิชีวนะ
() ได้รับ ระบุ () ไม่ได้รับ () ไม่ทราบ
- ป่วยครั้งนี้ได้ซื้อยามาเชื้อ (ปฏิชีวนะ) กินเองก่อนไปรับการตรวจรักษาหรือไม่
() ซื้อ ระบุ () ไม่ได้ซื้อ
- ได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) หรือไม่ () ได้รับ () ไม่ได้รับ () ไม่ทราบ
- ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ () ได้รับ () ไม่ได้รับ () ไม่ทราบ

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- พฤติกรรมเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยง (การรับประทานอาหาร/อาหารว่าง/ขนม/นมสดหรืออื่นๆ) ช่วง 3 วัน ก่อนป่วย

() กินเนื้อสัตว์ดิบ ระบุชนิด () กินอาหารทะเลดิบ ระบุชนิด..... กินอาหารค้างมือโดยไม่ได้อุ่น ระบุ ดื่มนมสดระบุชนิดของนม..... แหล่งผลิตนมระบุ () ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ () ผ่านการฆ่าเชื้อโดยวิธี () ต้ม () พาสเจอร์ไรส์ () สเตอริไลซ์ กินนมระบุ กินอาหารหมักดอง ระบุ ปกติดื่มน้ำ () ต้ม () ไม่ต้ม () กรอง () ขวดปิดสนิท	() กินเนื้อสัตว์สุกๆ ดิบๆ ระบุชนิด..... () กินอาหารทะเลสุกๆ ดิบๆ ระบุชนิด กินอาหารอื่นๆ ระบุ
--	---

- ประวัติการรับประทานอาหารช่วง 3 วันก่อนเริ่มป่วย

	มือเช้า	มือกลางวัน	มือเย็น
--	---------	------------	---------

วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วม รับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วม รับประทาน			
วันที่			
ประเภทอาหาร (ระบุ)			
แหล่งที่ซื้อ			
จำนวนผู้ร่วม รับประทาน			

- อาหารที่สงสัยเป็นสาเหตุของการป่วยครั้งนี้ (ระบุ)
วันที่รับประทาน เวลา น. ชื่อจากแหล่ง ระบุ
- จำนวนผู้ร่วมรับประทานอาหารที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ คน
() มีอาการเหมือนผู้ป่วย..... คน () ไม่มีใครมีอาการป่วย

6. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น : ในสถานที่เดียวกันและช่วงเวลาใกล้เคียงกัน กับการป่วยของผู้ป่วย

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ผลการเพาะเชื้อจากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง			วันที่เริ่มมีอาการป่วย คล้ายผู้ป่วย	ไม่มีอาการ
		อุจจาระ/...../.....	Rectal swab/...../.....	อาเจียน/...../..... ...		
1.		พบเชื้อ..... ไม่พบ	พบเชื้อ..... ไม่พบ	พบเชื้อ..... ไม่พบ		
2.		พบเชื้อ..... ไม่พบ	พบเชื้อ..... ไม่พบ	พบเชื้อ..... ไม่พบ		
3.		พบเชื้อ..... ไม่พบ	พบเชื้อ..... ไม่พบ	พบเชื้อ..... ไม่พบ		
4.		พบเชื้อ..... ไม่พบ	พบเชื้อ..... ไม่พบ	พบเชื้อ..... ไม่พบ		
5.		พบเชื้อ..... ไม่พบ	พบเชื้อ..... ไม่พบ	พบเชื้อ..... ไม่พบ		
6.		พบเชื้อ..... ไม่พบ	พบเชื้อ..... ไม่พบ	พบเชื้อ..... ไม่พบ		

หมายเหตุ ระยะเวลาฟักตัวของ *Staphylococcus aureus* 30 นาที - 8 ชั่วโมง โดยปกติ 2 - 4 ชั่วโมง

ระยะเวลาฟักตัวของ *Clostridium perfringens* 6 - 24 ชั่วโมง โดยปกติ 10 - 12

ชั่วโมง

ระยะเวลาฟักตัวของ *Bacillus cereus* 1 - 6 ชั่วโมง ในรายที่มีอาการอาเจียน ส่วนในรายที่มี

อาการท้องเสีย

ระยะเวลาฟักตัวอยู่ในช่วง 6 - 24 ชั่วโมง

ระยะเวลาฟักตัวของ *Vibrio parahaemolyticus* 12 - 24 ชั่วโมง หรือในช่วง 3 -

30 ชั่วโมง

ระยะเวลาฟักตัวของ *Vibrio vulnificus* 12 ชั่วโมง - 3 วัน ภายหลังจากกินอาหารทะเลที่ไม่ได้

ทำให้สุกก่อน โดย

เฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเรื้อรังอยู่ก่อน เกิดปัญหา septicemia

ชื่อผู้สอบสวน.....

ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....

โทรศัพท์.....