

# ทะเบียนการติดตามตรวจผู้สัมผัสโรคเรื้อน

กลุ่มกำจัดโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย  
<http://thaileprosy.ddc.moph.go.th/site/index.htm>

## สำหรับจุดบำบัดรักษา

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... อายุ .....ปี ว.ด.ป.ที่ขึ้นทะเบียนรักษา..... ชนิดโรค ..... ประเภทการรักษา .....  
 ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ ..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

## ทะเบียนผู้สัมผัสโรคในบ้าน (Household contact)

| ลำดับที่ | ชื่อ-สกุลผู้สัมผัสโรคที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อน | อายุ (ปี) | ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | ระยะเวลาที่สัมผัสโรค (...เดือน) | ผลการตรวจร่างกาย (ปี พ.ศ.) |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   | อาการที่สงสัยและระยะเวลาที่เริ่มเป็น | วินิจฉัยโรคเรื้อนชนิด/ว.ด.ป. | เหตุที่จำหน่ายจากผู้สัมผัสโรค/ว.ด.ป. |
|----------|--|-----------|------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
|          |  |           |                        |                                 | ปีที่ 1<br>25...           | ปีที่ 2<br>25... | ปีที่ 3<br>25... | ปีที่ 4<br>25... | ปีที่ 5<br>25... | ปีที่ 6<br>25... | ปีที่ 7<br>25... | ปีที่ 8<br>25... | ปีที่ 9<br>25... | ปีที่ 10<br>25... |                                      |                              |                                      |
|          |  |           |                        |                                 |                            |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                                      |                              |                                      |
|          |  |           |                        |                                 |                            |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                                      |                              |                                      |
|          |  |           |                        |                                 |                            |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                                      |                              |                                      |
|          |  |           |                        |                                 |                            |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                                      |                              |                                      |
|          |  |           |                        |                                 |                            |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                                      |                              |                                      |
|          |  |           |                        |                                 |                            |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                                      |                              |                                      |
|          |  |           |                        |                                 |                            |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                                      |                              |                                      |
|          |  |           |                        |                                 |                            |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                                      |                              |                                      |
|          |  |           |                        |                                 |                            |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                                      |                              |                                      |
|          |  |           |                        |                                 |                            |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                                      |                              |                                      |
|          |  |           |                        |                                 |                            |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                                      |                              |                                      |
|          |  |           |                        |                                 |                            |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                   |                                      |                              |                                      |

หมายเหตุ:

- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ให้ระบุสั้น ๆ ว่า เป็นอะไรกับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร (ชายหรือหญิง) พี่ หลาน ปู่ ย่า ตา ยาย ผู้อาศัย หรือ อื่น ๆ
- ระยะเวลาที่สัมผัสโรค ให้ระบุ ระยะเวลาที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อนตั้งแต่เริ่มแสดงอาการของโรคในตอนแรกเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษา
- ผลการตรวจร่างกาย ให้ระบุ ปกติ หรือ สงสัย พร้อมวันที่/เดือนกำกับ
- เหตุที่จำหน่ายจากผู้สัมผัสโรค/ว.ด.ป. ให้ระบุสาเหตุของการจำหน่ายผู้สัมผัส เนื่องจากไม่อยู่รวมบ้านกับผู้ป่วยอีกต่อไป เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป เช่น ตาย ย้ายที่อยู่ หรือเป็นโรคเรื้อนพร้อมทั้งระบุ ว.ด.ป. ที่จำหน่าย

แหล่งข้อมูล: 1. บัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน (นส.3)  
 2. กิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในผู้สัมผัสโรค

ทะเบียนผู้สัมผัสโรคที่มีบ้านอยู่รอบบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อน (Neighboring contact) ชื่อ-สกุลผู้ป่วย .....

| ลำดับที่ | ชื่อ-สกุลผู้สัมผัสโรคที่มีบ้านอยู่รอบๆ บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อน | อายุ (ปี) | ที่อยู่ปัจจุบัน | ระยะเวลาที่สัมผัสโรค (...เดือน) | ผลการตรวจร่างกาย (ปี พ.ศ.) |       | อาการที่สงสัยและระยะเวลาที่เริ่มเป็น | วินิจฉัยโรคเรื้อน ชนิด/ว.ด.ป. |
|----------|---|-----------|-----------------|---------------------------------|----------------------------|-------|--------------------------------------|-------------------------------|
|          |   |           |                 |                                 | 25..                       | 25... |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |
|          |   |           |                 |                                 |                            |       |                                      |                               |

หมายเหตุ:

ระยะเวลาที่สัมผัสโรค            ให้ระบุ ระยะเวลาที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อนตั้งแต่เริ่มแสดงอาการของโรคในตอนแรกเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษา

ผลการตรวจร่างกาย            ให้ระบุ ปกติ หรือ สงสัย พร้อมวันที่/เดือนกำกับ

แหล่งข้อมูล: กิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในผู้สัมผัสโรค

