

# แบบค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคเรื้อน

## 1. ข้อมูลทั่วไป (Index case)

ชื่อ - สกุล .....

เลขที่บัตรประชาชน  -  -  -  -

อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง

อาชีพ.....ศาสนา.....

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า15ปี) .....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

สถานที่ทำงานผู้ป่วย ในปัจจุบัน ชื่อสถานประกอบการ.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/

ชุมชน.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

## 2. ประวัติการรักษา (Index case)

วันที่มารับการรักษา.....สถานที่รักษา.....

อาการเริ่มแรกมีลักษณะ.....ที่บริเวณ.....เริ่มมีอาการมานาน.....เดือน/ปี

## 3. ประวัติผู้ป่วย (Index case)

3.1 ที่อยู่ภูมิลำเนาเดิมผู้ป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง  ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

3.2 ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาผู้ป่วยมีการย้ายที่อยู่หรือไม่

ไม่มี  มี ให้ระบุรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ปี พ.ศ.....- พ.ศ..... บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ปี พ.ศ.....- พ.ศ..... บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

3.3 ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยมีการเดินทางไปประกอบอาชีพที่อื่นหรือไม่

ไม่มี  มี ให้ระบุรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ปี พ.ศ.....- พ.ศ..... สถานที่ทำงาน.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ปี พ.ศ.....- พ.ศ..... สถานที่ทำงาน.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

4 สอบถามหาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วรายอื่นๆ ในชุมชน (ซึ่งอาจเป็นผู้แพร่เชื้อให้หรือรับเชื้อจากผู้ป่วยรายปัจจุบัน (Index case))

4.1 มีหรือเคยมีผู้ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนหรือไม่

ไม่มี

มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า)	อายุ	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคเรื้อน เมื่อปี พ.ศ.	อาการ โรคเรื้อน เป็นครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ.	ประวัติการรักษา	
					ยา	ผลการรักษา
					<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
					<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
					<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
					<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา

4.2 มีหรือเคยมีผู้ที่อาศัยอยู่รอบๆ บ้านผู้ป่วยในรัศมี 20 เมตร มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนหรือไม่

ไม่มี

มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า)	อายุ	ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคเรื้อน เมื่อปี พ.ศ.	อาการโรคเรื้อน เป็นครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ.	ประวัติการรักษา	
				ยา	ผลการรักษา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ขาดยา

4.3 มีหรือเคยมีผู้ที่ทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วยนานอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ต้องติดต่อกัน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือน เช่น เพื่อนร่วมงาน ฯลฯ มีประวัติป่วยเป็นโรคเรื้อนหรือไม่

ไม่มี

มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า)	อายุ	ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อนเมื่อ ปี พ.ศ.	อาการโรคเรื้อนเป็นครั้งแรกเมื่อ ปี พ.ศ.	ประวัติการรักษา	
				ยา	ผลการรักษา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ชาดยา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ชาดยา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ชาดยา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ชาดยา
				<input type="checkbox"/> Mono Therapy <input type="checkbox"/> MDT <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> ไม่รักษา <input type="checkbox"/> กำลังรักษา <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> ชาดยา

5. สอบถามเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ (ซึ่งอาจเป็นผู้แพร่เชื้อให้หรือรับเชื้อจากผู้ป่วยโรคเรื้อนรายปัจจุบัน (Index case))

5.1 มีหรือเคยมีผู้ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย (Household contact) หรือไม่

ไม่มี

มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า)	อายุ	ที่อยู่ ปัจจุบัน	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วย	ระยะเวลาที่ สัมผัสโรค (.....ปี.....เดือน)	ผลการตรวจ คัดกรอง โรคเรื้อน	อาการที่สงสัย โรคเรื้อน เริ่มเป็น ครั้งแรกเมื่อ เดือน..... พ.ศ.....	วินิจฉัย โรคเรื้อน
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
					<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น

**ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (Household contact)** หมายถึง ผู้ที่อาศัยหรือเคยอาศัยอยู่ร่วมชายคาเดียวกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยสูตรยาผสมระยะสั้น (Multidrug Therapy : MDT) โดยผู้ที่มาอยู่อาศัยหลังจากผู้ป่วยกินยาแล้วไม่นับเป็นผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน

**ระยะเวลาที่สัมผัสโรค** คือ ช่วงเวลาที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อนตั้งแต่แสดงอาการของโรคก่อนการรักษา

## 5.2 มีหรือเคยมีผู้ที่อาศัยอยู่รอบๆ บ้านผู้ป่วยในรัศมี 20 เมตร (Neighboring contact) หรือไม่

 ไม่มี มี ระบุ รายละเอียดตามตารางด้านล่าง

ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า)	อายุ	ที่อยู่ ปัจจุบัน	ระยะเวลาที่ สัมผัสโรค (.....ปี.....เดือน)	ผลการตรวจ คัดกรองโรคเรื้อน	อาการที่สงสัย โรคเรื้อนเริ่มเป็น ครั้งแรกเมื่อ เดือน..... พ.ศ.....	วินิจฉัย โรคเรื้อน
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น

5.3 มีหรือเคยมีผู้ที่ทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วยนานอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ต้องติดต่อกัน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือน (Social contact) หรือไม่

ไม่มี

มี ระบุรายละเอียดตามตารางด้านล่าง

ชื่อ - นามสกุล (ใส่คำนำหน้า)	อายุ	ที่อยู่ ปัจจุบัน	ระยะเวลาที่ สัมผัสโรค (.....ปี.....เดือน)	ผลการตรวจ คัดกรองโรคเรื้อน	อาการที่สงสัย โรคเรื้อน เริ่มเป็น ครั้งแรก เดือน..... พ.ศ.....	วินิจฉัย โรคเรื้อน
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น
				<input type="checkbox"/> สงสัย <input type="checkbox"/> ไม่สงสัย		<input type="checkbox"/> เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น

หมายเหตุ :- กรณีที่พบผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน ให้ยืนยันการวินิจฉัยโรคโดยผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อน