

แบบสอบถามโรคเรื้อน (Leprosy)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/ นาง/ น.ส./ ด.ช./ ด.ญ.)

เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ อายุ ปี เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เพศ □ ชาย □ หญิง อาชีพ

สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา.....

ศาสนา..... สัญชาติ..... หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน

ซอย ถนน ตำบล อำเภอ

จังหวัด ภูมิภาค..... อำเภอ จังหวัด.....

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

เกี่ยวข้องเป็น..... หมายเลขโทรศัพท์.....

2. ประวัติการอยู่อาศัย

ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่ใดบ้าง

ไม่มีการย้ายที่อยู่อาศัย และ อาศัยอยู่ ณ ที่อยู่ขณะป่วยตลอด 15 ปีที่ผ่านมา

มีการย้ายที่อยู่อาศัย โดยมีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

- ปี พ.ศ. ถึง พ.ศ. อาศัยอยู่ที่ อำเภอ.....จังหวัด.....ประเทศ.....

- ปี พ.ศ. ถึง พ.ศ. อาศัยอยู่ที่ อำเภอ.....จังหวัด.....ประเทศ.....

- ปี พ.ศ. ถึง พ.ศ. อาศัยอยู่ที่ อำเภอ.....จังหวัด.....ประเทศ.....

3. อาการและอาการแสดง

3.1. วันที่มารับการรักษา สถานที่รักษา

3.2. อาการสำคัญของโรคเรื้อนที่ตรวจพบ

1.) รอยโรคที่พบ วงสีขาว ผื่นสีเข้ม วงแหวน ผื่นแดง แผ่นนูนแดงหนา ตุ่ม

2.) ลักษณะของผิวหนังบริเวณรอยโรค ไม่คัน แห้งเหี่ยวไม่ออก ขนร่วง
 คัน อุ่มนูนเป็นมันเลื่อม อื่นๆระบุ.....

3.) ผลเรื้อรัง ไม่มี มี ระบุตำแหน่ง

4.) อาการที่ตรวจพบจากการทดสอบอาการชา

บริเวณรอยโรค ชา ไม่ชา

ฝ่ามือ ชา ไม่ชา

ฝ่าเท้า ชา ไม่ชา

5.) อาการเส้นประสาทโต ไม่มี มี ระบุตำแหน่ง ไม่ทราบ

6.) อาการที่บ่งชี้ความพิการ

มือ รูปร่างปกติ

รูปร่างผิดปกติ ได้แก่ นิ้วงอ ข้อติดแข็ง กระดูกหลุดสั้น มีแผล ข้อมือตกร

เท้า รูปร่างปกติ

รูปร่างผิดปกติ ได้แก่ นิ้วงอ ข้อติดแข็ง กระดูกหลุดสั้น มีแผล เดินเท้าตก

ตา หนังตา/ตาปกติ หนังตาผิดปกติ/ตาหลับไม่สนิท

สายตาไม่มีัว

สายตามัวไม่มาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตรได้ถูกต้อง)

สายตามัวมาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตร ไม่ได้)

3.3. วันที่เริ่มมีอาการแสดงของโรคเรื้อน (Onset) วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับการวินิจฉัย (Since of onset) : เริ่มมีอาการมานาน เดือน/ปี

4. ปัจจัยเสี่ยงของการได้รับการวินิจฉัยรักษาล่าช้า (เลือกได้หลายข้อ)

เข้าใจว่าเป็นโรคผิวหนังชนิดอื่น

ไปสถานพยาบาลแล้วแต่แพทย์ไม่สงสัยโรคเรื้อน

ไม่ได้สังเกตรอยโรคตนเอง

ไปหาหมอที่บ้าน

กังวลว่าจะถูกรังเกียจ

กินยาสมุนไพร

ไม่อยากยอมรับว่าเป็นโรคเรื้อน

ไปซื้อยาที่ร้านขายยา

อื่นๆ ระบุ.....

5. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วิธี Slit skin smear ไม่ได้ตรวจ รอผล ผลลบ พบเชื้อ ระบุค่า BI เฉลี่ย.....

วิธี Biopsy ไม่ได้ตรวจ รอผล ตรวจ ระบุผล biopsy

วิธี PCR ไม่ได้ตรวจ รอผล ผลลบ พบเชื้อ

6. การรักษา

วันที่เริ่มยา วันที่ เดือน ปี พ.ศ.

ประเภทเชื้อมนุษย์ (Paucibacillary leprosy: PB) ระยะเวลา 6 เดือน

Rifampicin (RFP) 600 มก. 1 ครั้ง/เดือน ร่วมกับ Dapsone (DDS) 100 มก./วัน

ประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy: MB) ระยะเวลา 24 เดือน

Rifampicin (RFP) 600 มก. และ Clofazimine (CLO) 300 มก. 1 ครั้ง/เดือน ร่วมกับ Dapsone (DDS) 100 มก./วัน และ Clofazimine (CLO) 50 มก./วัน หรือ 100 มก. วันเว้นวัน

7. การค้นหาแหล่งแพร่เชื้อและตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรค

7.1 ผู้ป่วยมีประวัติสัมผัสโรคเรื้อนมาก่อนหรือไม่

มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อนรายก่อนหน้า ได้แก่ ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น

ผู้อยู่อาศัยร่วมบ้าน

ผู้มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน

เพื่อนบ้าน

อื่นๆ ระบุ.....

ผู้ป่วยรายก่อนหน้า เริ่มมีอาการเมื่อ วันที่ เดือน ปี พ.ศ.

ได้รับการรักษา วันที่ เดือน ปี พ.ศ.

โรงพยาบาลที่รับการรักษา.....

ปฏิเสธประวัติสัมผัสโรคเรื้อน หรือ ไม่พบความเชื่อมโยงกับผู้ป่วยโรคเรื้อนรายก่อนหน้า

7.2 ผู้ป่วยได้รับการแพร่กระจายเชื้อมาจากแหล่งใด

สงสัยการได้รับเชื้อจากต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศ.....

สงสัยการได้รับเชื้อจากภายในประเทศ โดย

สงสัยการได้รับเชื้อภายในจังหวัดที่ได้รับการวินิจฉัย

สงสัยการได้รับเชื้อจากนอกจังหวัดที่ได้รับการวินิจฉัย ได้แก่ จังหวัด.....

8. การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด

นิยามผู้สัมผัสใกล้ชิดโรคเรื้อน

- กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (Household contact): ผู้ที่พกอาศัย หรือเคยพกอาศัยในบ้านหลังเดียวกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อน เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา
- กลุ่มเพื่อนบ้าน (Neighboring contact): ผู้ที่พกอาศัยในบ้านรอบ ๆ บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อนในรัศมี 20 เมตร เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา
- กลุ่มบุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน (Social contact): ผู้ที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ต้องติดต่อกัน เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา

No	ชนิดของผู้สัมผัส (✓)			ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ที่อยู่	ผลการคัดกรองโรคเรื้อน (✓)		ผลยืนยันวินิจฉัยโรคเรื้อน (✓)	
	ผู้สัมผัสร่วมบ้าน	เพื่อนบ้าน	บุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน					สงสัย	ไม่สงสัย	ใช่โรคเรื้อน	ไม่ใช่โรคเรื้อน
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

สถานที่ทำงาน วันที่สอบสวน เบอร์โทรศัพท์