

## 1. ข้อมูลทั่วไป

- ชื่อ - สกุล ..... เลขที่บัตรประชาชน ----  
อายุ.....ปี เพศ  ชาย  หญิง อาชีพ.....  
ชื่อบิดา-มารดา หรือผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) .....
- ที่อยู่ขณะป่วย  
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
- ภูมิลำเนา  
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
- ในกรณีเป็นนักเรียน  
เรียนอยู่ชั้น..... โรงเรียน..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
- วันเริ่มป่วย.....วันที่มาโรงพยาบาล.....วันที่จำหน่าย.....

## 2. อาการและอาการแสดง

ไข้/ไข้สูงเฉียบพลัน	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้อ	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
ปวดกระดูกหรือข้อต่อ	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
ผื่นแดง	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกตามผิวหนัง	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกทางอวัยวะภายใน	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
ตับโตมักกดเจ็บ	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
มีภาวะช็อค	(1) มี	(2) ไม่มี	(9) ไม่ทราบ
Tourniquet test	(1) ผลบวก	(2) ผลลบ	(3) ไม่ได้ทำ
อื่น ๆ ระบุ.....			

## 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

## 3.1 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป (CBC)

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	จำนวนเม็ดเลือดขาว(WBC) (เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	เกล็ดเลือด (platelets) (เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	Hematocrit (Hct) %	อื่น ๆ (ระบุ)

- Hct แกร็บ = .....% Hct ต่ำสุด = .....% Hct สูงสุด = .....%



## 1. ข้อมูลทั่วไป

- ชื่อ - สกุล ..... เลขที่บัตรประชาชน ----
- อายุ.....ปี เพศ  1 ชาย  2 หญิง อาชีพ.....
- ชื่อบิดา-มารดา หรือผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) .....

## 2. ที่อยู่ขณะป่วยโดยละเอียด

- บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
- กรณีเป็นนักเรียน  
เรียนอยู่ชั้น..... โรงเรียน..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
- กรณีไม่พบผู้ป่วยในชุมชน  
(1) ผู้ป่วยไปอยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
(2) ไม่ทราบที่อยู่  
(3) ตรวจสอบแล้วไม่มีผู้ป่วยในชุมชน

## 3. ข้อมูลเกี่ยวกับการป่วย

- 3.1 วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... วันที่จำหน่าย.....
- 3.2 ซื้ยยาจากร้านค้ากินเอง (1) ไม่มี (2) มี ระบุชนิดของยา/วันเดือนปีที่กิน.....
- 3.3 การตรวจรักษา

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	สถานบริการ ที่ไปรับการรักษา	ผลการทำ Tourniquet test				การรักษาที่ได้รับ
			(1) Positive	(2) Negative	(3) ไม่ได้ทำ	(9) ไม่ทราบ	

- ก่อนป่วย 2 สัปดาห์  
(1) อาศัยอยู่ในชุมชน  
(2) เดินทางไปต่างชุมชน ระบุโดยละเอียด.....  
.....
- ในบ้านมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี .....คน และมีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในปีนี้เป็น.....คน



4.3 การจัดกิจกรรมควบคุมโรค

4.3.1 การพน้เคมีกำจัดยุงลาย

ครั้งที่ 1 วันที่.....

- (1) พ่นหมอกควันในรัศมี 100 เมตร (2) พ่นหมอกควันครอบคลุมทั้งชุมชน (3) อื่น ๆ ระบุ.....

ครั้งที่ 2 วันที่.....

- (1) พ่นหมอกควันในรัศมี 100 เมตร (2) พ่นหมอกควันครอบคลุมทั้งชุมชน (3) อื่น ๆ ระบุ.....

ครั้งที่ 3 วันที่.....

- (1) พ่นหมอกควันในรัศมี 100 เมตร (2) พ่นหมอกควันครอบคลุมทั้งชุมชน (3) อื่น ๆ ระบุ.....

ครั้งที่ 4 วันที่.....

- (1) พ่นหมอกควันในรัศมี 100 เมตร (2) พ่นหมอกควันครอบคลุมทั้งชุมชน (3) อื่น ๆ ระบุ.....

4.3.2 การควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย

ครั้งที่ 1 วันที่.....

- (1) ใช้ทรายกำจัดลูกน้ำเป็นวิธีหลัก (2) อื่น ๆ ระบุ.....

ครั้งที่ 2 วันที่.....

- (1) ใช้ทรายกำจัดลูกน้ำเป็นวิธีหลัก (2) อื่น ๆ ระบุ.....

ครั้งที่ 3 วันที่.....

- (1) ใช้ทรายกำจัดลูกน้ำเป็นวิธีหลัก (2) อื่น ๆ ระบุ.....

ครั้งที่ 4 วันที่.....

- (1) ใช้ทรายกำจัดลูกน้ำเป็นวิธีหลัก (2) อื่น ๆ ระบุ.....

4.3.3 การจัดทำกระบวนการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม หรือ จัดทำประชาคม

(1) ไม่ทำ

(2) ทำ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม.....คน

ประกอบด้วย (1) ผู้นำชุมชน / อสม. (2) โรงเรียน/อบต. (3) อื่น ๆ ระบุ.....

4.3.4 กิจกรรมอื่น ๆ ระบุ.....

.....

.....

4.4 กิจกรรมอื่น ๆ ระบุ.....

.....

.....

5. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบพื้นที่ ได้แก่.....

ผู้รายงาน .....

( )

ตำแหน่ง.....

วันที่รายงาน.....

(1) ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรค

อำเภอ.....

(2) สถานบริการที่รับผิดชอบพื้นที่.....

.....