

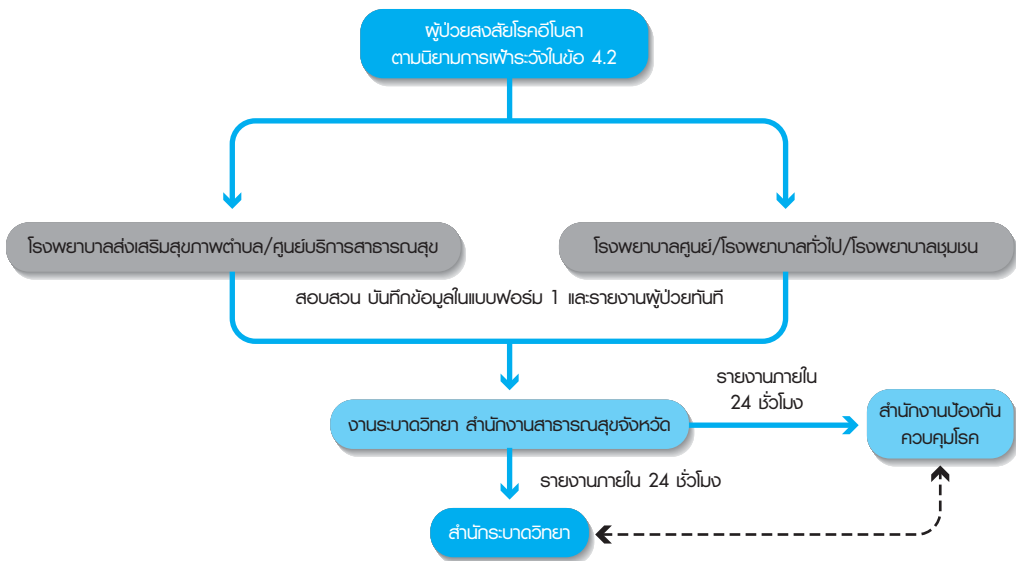
# 5

## การสอบสวนโรค

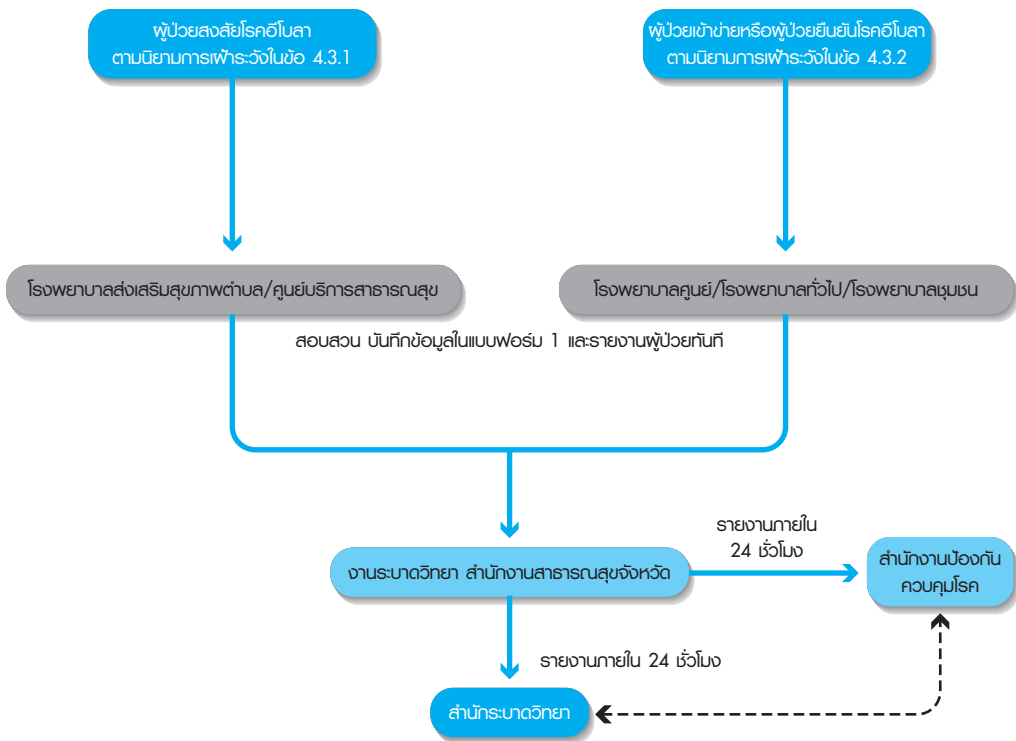
### 5.1 แนวทางการสอบสวนผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola

กรณีที่มีผู้ป่วยที่สงสัยว่าป่วยด้วยโรค Ebola โดยอาศัยเกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อการเฝ้าระวังโรคที่ได้กล่าวไว้แล้ว ให้รีบรายงานผู้ป่วยไปยังงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และส่งรายละเอียดเบื้องต้นไปยังสำนักระบาดวิทยาทันที ภายใน 24 ชั่วโมงโดยใช้แบบฟอร์มที่ 1: แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัส Ebola (รูปที่ 3 และ 4) เพื่อเตรียมพร้อมในการออกสอบสวนโรคและประสานงานกับห้องชันสูตรให้พร้อมหลังจากสำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานให้ประสานกับสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคเขต เพื่อร่วมกันออกไปดำเนินการสอบสวน เก็บตัวอย่างส่งตรวจ ควบคุมป้องกันโรคในทันที และเฝ้าระวังโรคอย่างใกล้ชิดต่อไปอีกเป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 42 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการสอบสวนโรคนี้ได้ถอดความจากแบบสอบสวนขององค์การอนามัยโลก [6] โดยสาระมีดังต่อไปนี้

รูปที่ 3 แนวทางการรายงานและสอบสวนผู้ป่วยกรณีที่ยังไม่มีผู้ป่วยในประเทศไทย



รูปที่ 4 แนวทางการรายงานและสอบสวนผู้ป่วยกรณีที่มีการระบาดในประเทศไทย



## แบบฟอร์มที่ 1: แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัส Ebola

วันที่...../...../.....

### 1. รายละเอียดผู้ป่วย

ชื่อ.....เลขที่ผู้ป่วย.....

อายุ.....วันเดือนปีเกิด.....เพศ.....อาชีพ.....

ที่อยู่.....

ชื่อเจ้าของบ้าน.....ชื่อบิดา/มารดา (กรณีผู้ป่วยเด็ก).....

เบอร์โทร.....หรือวิธีการติดต่ออย่างอื่น เช่น อีเมล.....

โรงพยาบาล.....ที่อยู่.....

วันรับรักษา.....วันจำหน่าย.....

ทราบว่ามีผู้ป่วยรายนี้จากแหล่งใด

ชาวลื้อ  การเสียชีวิต  ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล  ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน

### 2. อาการทางคลินิก

ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยนอก

มีชีวิต  เสียชีวิต วันที่เสียชีวิต.....

มีไข้สูง อุณหภูมิแรกรับ.....องศาเซลเซียส อุณหภูมิสูงสุด.....องศาเซลเซียส  ไม่มีไข้.....  ไม่ทราบ

วันที่ทำ post-mortem skin biopsy.....

นิยามผู้ป่วย:  ผู้ป่วยสงสัย  ผู้ป่วยเข้าข่าย  ไม่เป็นผู้ป่วย

มีผู้ป่วยรายอื่นที่อาศัยอยู่ในละแวกใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่

มี  ไม่มี

พบผู้ป่วยรายใหม่ชื่อ.....นามสกุล.....วันเริ่มป่วย.....

อาการของผู้ป่วย.....

ระบุอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย

กลุ่ม	ไข้	อาการและอาการแสดง	วันที่ป่วย														ข้อสังเกตอื่นๆ		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
A		ปวดศีรษะ																	
		คลื่นไส้/อาเจียน																	
		เบื่ออาหาร																	
		ถ่ายเหลว																	
		อ่อนเพลีย																	
		ปวดท้อง																	
		ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ																	
		คลื่นไส้มาก																	
		หายใจลำบาก																	
		สะอึก																	
	อื่นๆ ระบุ.....																		
B	ไข้	อาการและอาการแสดง																	ข้อสังเกตอื่นๆ
		มีเลือดออกตามเหงือก																	
		ตาแดง																	
		มีจุดแดงที่ผิวหนัง																	
		อุจจาระมีเลือดปน																	
		อาเจียนมีเลือดปน																	
		เลือดกำเดา																	
		อื่นๆ																	

3. ประวัติสัมผัสภายใน 21 วันก่อนมีอาการป่วย

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola เนื่องจากเป็นสมาชิกในบ้าน

ใช่.....  ไม่ใช่.....  ไม่ทราบ.....

ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส.....

ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย.....

ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส.....

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola เนื่องจากเป็นบุคลากรทางการแพทย์

ใช่.....  ไม่ใช่.....  ไม่ทราบ.....

ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส.....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย.....

และระยะเวลาของการสัมผัส.....

สถานพยาบาลที่สัมผัส.....จังหวัด.....อำเภอ.....

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola เนื่องจากเป็นผู้ร่วมเดินทาง

ใช่.....  ไม่ใช่.....  ไม่ทราบ.....

ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส.....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย.....

และระยะเวลาของการสัมผัส.....

เส้นทางที่เดินทาง.....วันที่เดินทาง.....

สัมผัสกับสัตว์ป่วยหรือตาย (โดยเฉพาะ ลิง แอนติโลปป่า (สัตว์กึ่งคูดอยู่ในวงศ์วัวและควาย) หนู และค้างคาว)

ใช่.....  ไม่ใช่.....  ไม่ทราบ.....

ชนิดสัตว์ที่สัมผัส.....

วันที่สัมผัส.....

ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส.....

สถานที่ที่สัมผัส (เช่น ตอนเดินทางไปแอฟริกา หรือขณะอยู่ในประเทศไทย).....

ชื่อแพทย์ผู้รักษา/ ชื่อโรงพยาบาล.....

วันที่.....

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตัวอย่างที่ 1 ชนิดตัวอย่าง.....วิธีการตรวจ.....สถานที่ส่งตรวจ.....

วันที่.....ผล.....

ตัวอย่างที่ 2 ชนิดตัวอย่าง.....วิธีการตรวจ.....สถานที่ส่งตรวจ.....

วันที่.....ผล.....

5. ข้อคิดเห็น

.....  
.....  
.....

## 5.2 การติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัส

เมื่อได้รับรายงานผู้ป่วย ให้บันทึกข้อมูลลงในแบบรายงานทุกราย โดยไม่ต้องคำนึงถึงการจำแนกผู้ป่วยว่าเป็นผู้ป่วยสงสัยหรือผู้ป่วยเข้าข่าย และเก็บรายงานนั้นไว้ที่สถานบริการสาธารณสุขเพื่อติดตามประเมินการระบาด ส่วนผู้สัมผัสจะต้องติดตามสังเกตอาการ และรายงานต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อผู้สัมผัสมีอาการไข้ โดยบันทึกอุณหภูมิ 2 ครั้งใน 1 วัน เป็นเวลา 21 วันหลังจากประวัติสัมผัสครั้งสุดท้าย ในผู้สัมผัสที่มีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.5 °C (101 °F) ให้จัดเป็นผู้ป่วยใหม่และแยกออกจากผู้อื่น ให้ติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยทุกรายโดยใช้แบบฟอร์มที่ 2: แบบบันทึกประวัติผู้สัมผัสผู้ป่วยโรค Ebola [7] เมื่อมีอาการป่วยให้จัดเข้าเป็นผู้ป่วยและใช้แบบฟอร์มที่ 3: แบบรายงานเฝ้าระวังเชิงรุกของผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola [6] บันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังในพื้นที่ที่มีการระบาด จะต้องดำเนินการเป็นระยะเวลา 2 เท่าของระยะฟักตัว (2 เท่าของ 21 วัน เท่ากับ 42 วัน) หลังจากวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการตามนิยามดังกล่าวในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ให้รายงานผู้ป่วยไปยังสำนักโรควิทยาการควบคุมโรค ภายใน 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลทุกระดับในส่วนภูมิภาคให้รายงานนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทันทีที่พบผู้ป่วยตามนิยามดังกล่าว โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครให้รายงานผู้อำนวยการกองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

## แบบฟอร์มที่ 2: แบบบันทึกประวัติผู้สัมผัสผู้ป่วยโรค Ebola

### ส่วนที่ 1 ประวัติผู้สัมผัส

รหัสผู้สัมผัส .....

ชื่อ.....สกุล..... เพศ [ ] ชาย [ ] หญิง อายุ.....ปี วัน/เดือน/ ปีเกิด .....

ที่อยู่ (ที่บ้าน) .....

ที่อยู่ (ที่ทำงาน) .....

หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ).....(บ้าน).....ที่อยู่อีเมล .....

### ส่วนที่ 2 ชนิดของการสัมผัส

[ ] บุคลากรทางการแพทย์      กรุณาให้รายละเอียดในส่วนที่ 3

[ ] สมาชิกในบ้าน      กรุณาให้รายละเอียดในส่วนที่ 4

[ ] ผู้ร่วมเดินทาง      กรุณาให้รายละเอียดในส่วนที่ 5

[ ] อื่น ๆ      กรุณาให้รายละเอียดในส่วนที่ 6

กรณีอื่น ๆ โปรดระบุ.....

### ส่วนที่ 3 ผู้สัมผัสที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์

#### ตำแหน่ง

[ ] เจ้าหน้าที่ทำความสะอาด      [ ] แพทย์      [ ] ผู้ช่วยพยาบาล      [ ] พยาบาล

[ ] นักวิทยาศาสตร์การแพทย์      [ ] เภสัชกร      [ ] อื่นๆ ระบุ .....

1. ท่านสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงหรือไม่ เช่น การรักษาผู้ป่วยประจำวัน [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่ [ ] ไม่ทราบ

ถ้าใช่ ท่านใส่ PPE หรือไม่      [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่ [ ] ไม่ทราบ

PPE ที่ใส่ [ ] ถุงมือ [ ] หน้ากาก [ ] เสื้อกาวน์ [ ] แวนสำหรับป้องกันการติดเชื้อ

2. ท่านได้สัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยหรือไม่      [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่ [ ] ไม่ทราบ

ถ้าใช่ ท่านใส่ PPE หรือไม่      [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่ [ ] ไม่ทราบ

PPE ที่ใส่ [ ] ถุงมือ [ ] หน้ากาก ชนิด.....ทำ fit test [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่

[ ] เสื้อกาวน์ [ ] แวนสำหรับป้องกันการติดเชื้อ

3. ท่านมีผิวหรือเยื่อบุใด ที่ไม่ได้ป้องกันการติดเชื้อจากสารคัดหลั่งของผู้ป่วยหรือไม่

[ ] ใช่ ระบุ..... [ ] ไม่ใช่ [ ] ไม่ทราบ

4. ท่านอยู่ในทีมช่วยชีวิตผู้ป่วยหรือไม่  ใช่ มีหน้าที่อย่างไร.....  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

5. กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ท่านอยู่ในทีมผ่าศพหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

#### อธิบายรายละเอียดที่ท่านสัมผัสผู้ป่วย

.....  
.....  
.....

ระยะเวลาที่สัมผัสผู้ป่วย.....

วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรก..... วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้าย.....

#### การประเมิน

กรณีข้อ 1-5 ตอบไม่ใช่ทั้งหมด = ไม่เสี่ยง/สัมผัสผู้ป่วยโดยบังเอิญ

กรณีข้อ 1 หรือ 2 ตอบใช่ และใส่ PPE = เสี่ยงต่ำ/สัมผัสผู้ป่วยใกล้ชิด

กรณีข้อ 1 หรือ 2 ตอบใช่ และไม่ได้ใส่ PPE อย่างเหมาะสม หรือข้อ 3-4-5 ตอบใช่ = เสี่ยงสูง

#### ส่วนที่ 4 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

##### ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

สามเษภรรยา/ คู่นอน

คู่รัก

บุตร

ญาติ

เพื่อนร่วมบ้าน

อื่น ๆ ระบุ .....

1. ท่านได้อยู่อาศัยร่วมกับผู้ป่วยหรือไม่

ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

(ถ้าไม่ใช่ให้ตอบที่ส่วน 5)

เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการป่วย ท่านปฏิบัติดังนี้

2. อยู่ร่วมห้องกับผู้ป่วย

ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

3. มีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

4. จับมือกับผู้ป่วย

ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

5. กอดผู้ป่วย

ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

6. จูบผู้ป่วย

ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

7. ดูแลผู้ป่วย

ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

8. ท่านได้สัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยหรือไม่

ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

9. ท่านได้สัมผัสเสื้อผ้าผู้ป่วยที่เปื้อนสารคัดหลั่งหรือไม่

ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

10. ข้อ 8 หรือ 9 ตอบใช่ท่านได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันหรือไม่

ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ



PPE ที่ใส่  ถุงมือ  หน้ากาก ชนิด.....ทำ fit test  ใช่  ไม่ใช่  
 เสื้อกาวน์  แวนสำหรับป้องกันการติดเชื้อ

**อธิบายรายละเอียดที่ท่านสัมผัสผู้ป่วย**

.....  
 .....  
 .....

ระยะเวลาที่สัมผัสผู้ป่วย.....  
 วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรก..... วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้าย.....

**การประเมิน**

กรณีเฉพาะข้อ 1 ตอบใช่ = เสี่ยงต่ำ/ สัมผัสผู้ป่วยใกล้ชิด  
 กรณีข้อ 2, 4, 5 หรือ 7 ตอบใช่ และข้อ 8 ตอบไม่ = เสี่ยงต่ำ/ สัมผัสผู้ป่วยใกล้ชิด  
 กรณีข้อ 3 หรือ 6 ตอบใช่ และข้อ 8, 9 ใช่ ข้อ 10 ตอบไม่ใช่ = เสี่ยงสูง/ ผู้สัมผัสผู้ป่วยใกล้ชิดที่เสี่ยงสูง

**ส่วนที่ 5 ผู้สัมผัสประวัติเดินทางร่วมกับผู้ป่วย**

ประเภทผู้โดยสาร

ผู้ร่วมโดยสาร  นักบิน/ ผู้ขับ  แอร์โฮสเตส/ ไกด์  อื่น ๆ ระบุ.....  
 กรณีโดยสารเครื่องบิน สายการบิน ..... เที่ยวบิน .....  
 ตำแหน่งที่นั่ง แถวที่ ..... เลขที่ที่นั่ง .....

กรณีจำแถว และเลขที่นั่งไม่ได้ท่านนั่งที่ไหน

ด้านหน้าของเครื่องบิน  ด้านหลังของเครื่องบิน  ด้านข้างของทางออกฉุกเฉิน  
 ทางเดินตรงกลาง  นั่งติดหน้าต่าง  นั่งใกล้ห้องน้ำ  
 ชั้นประหยัด  ชั้นธุรกิจ/ พรีเมียม/ ชั้นหนึ่ง  บริเวณปีกเครื่องบิน

1. ท่านมีการสัมผัสผิวหนังหรือเยื่อเมือกที่มีโอกาสสัมผัสสูงโดยที่ไม่ได้ป้องกันหรือไม่ เช่น จูบหรือมีเพศสัมพันธ์  
 ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ
2. ท่านสัมผัสสารเหลว รวมเหงื่อด้วยไหม? หรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยหรือไม่  
 ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

### อธิบายรายละเอียดที่ท่านสัมผัสผู้ป่วย

.....  
.....  
.....

ระยะเวลาที่สัมผัสผู้ป่วย.....

วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรก..... วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้าย.....

#### การประเมิน

กรณีที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง หรือสารเหลวจากผู้ป่วยแต่โดยสารหรือใช้ห้องน้ำด้วยกัน = ไม่เสี่ยง/ ผู้สัมผัสผู้ป่วยโดยบังเอิญ

กรณีข้อ 1 หรือ 2 ตอบใช่ = เสี่ยงสูง

### ส่วนที่ 6 ผู้สัมผัสอื่น ๆ

1. ท่านสัมผัสผู้ป่วยโดยไม่ได้ป้องกันผิวหนังหรือเยื่อเมือกหรือไม่ เช่น จูบหรือมีเพศสัมพันธ์

[ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่ [ ] ไม่ทราบ

2. ท่านสัมผัสสารเหลว เช่น ปัสสาวะ อุจจาระ หรือเลือดจากผู้ป่วยหรือไม่

[ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่ [ ] ไม่ทราบ

### อธิบายรายละเอียดที่ท่านสัมผัสผู้ป่วย

.....  
.....  
.....

ระยะเวลาที่สัมผัสผู้ป่วย.....

วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรก..... วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้าย.....

#### การประเมิน

กรณีที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง หรือสารเหลวจากผู้ป่วยแต่โดยสารหรือใช้ห้องน้ำด้วยกัน = ไม่เสี่ยง/ ผู้สัมผัสผู้ป่วยโดยบังเอิญ

กรณีข้อ 1 หรือ 2 ตอบใช่ = เสี่ยงสูง

### ส่วนที่ 7 สถานะสุขภาพของผู้ป่วย

1. ท่านมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงดีหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ
2. ท่านมีไข้ หรือมีประวัติมีไข้หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ
3. ท่านมีอาการเลือดออกบ้างหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

### ส่วนที่ 8 Check list

- | การดำเนินการ:                | ไม่เสี่ยง/ผู้สัมผัส<br>ผู้ป่วยโดยบังเอิญ | เสี่ยงต่ำ/ ผู้สัมผัสใกล้ชิด          | เสี่ยงสูง   |
|------------------------------|--|--------------------------------------|---|
| 1. จัดเตรียมเอกสารให้ความรู้ | <input type="checkbox"/> ใช่             | <input type="checkbox"/> ใช่         | <input type="checkbox"/> ใช่                      |
| 2. เฝ้าระวังโรค              | <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น       | <input type="checkbox"/> ดูแลตัวเอง  | <input type="checkbox"/> ให้ดำเนินการเฝ้าระวังโรค |
| 3. การให้ยาป้องกันล่วงหน้า   | <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น       | <input type="checkbox"/> ไม่ได้แนะนำ | <input type="checkbox"/> ให้พิจารณา               |

### การคำนวณระยะเวลาในการเฝ้าระวัง

วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรก..... วันที่ของวันนี้ .....

ระยะห่างระหว่างวันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรกเทียบกับวันนี้ ..... วัน

ระยะเวลาที่ต้องเฝ้าระวังต่อ: 21 - ระยะห่างระหว่างวันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรกเทียบกับวันนี้ = ..... วัน

กรณีที่มีอาการป่วย ผู้ป่วยรายนี้ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับผู้สัมผัสให้เข้ารับการรักษาหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

**คำจำกัดความของผู้สัมผัสโดยตรง** หมายถึงผู้ที่สัมผัสผิวหรือเยื่อเมือกที่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

ชื่อผู้เก็บข้อมูล..... วันที่.....

**แบบฟอร์มที่ 3: แบบรายงานเฝ้าระวังเชิงรุกของผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola**

ทีม:.....วันที่สังเกตการณ์ครั้งแรก.....

ลำดับการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องตลอด/ต้องติดตามผู้ป่วยอย่างน้อย 21 วัน หลังพบผู้ป่วย

**1. รายละเอียดผู้ป่วย**

ชื่อ.....ประเภทผู้ป่วย [ ] ผู้ป่วยสงสัย [ ] ผู้ป่วยเข้าข่าย

ชื่อเจ้าหน้าที่อาศัย.....จำนวนสมาชิกในบ้าน.....

ที่อยู่.....

**2. ผู้สัมผัสร่วมบ้านและอาการ**

ลำดับที่	1	2	3	4	5	6	7
ชื่อ-นามสกุล							
ความสัมพันธ์							
เพศ							
อายุ							
สัมผัสครั้งสุดท้าย							
ชนิดของการสัมผัส							
- ดูแลผู้ป่วย							
- จัดการศพ							
- แพทย์ผู้ให้การรักษา							
- คนในครอบครัว							
- วันที่เริ่มมีอาการป่วย							
- ไข้สูง							
- ปวดศีรษะ							
- คลื่นไส้/อาเจียน							
- เบื่ออาหาร							
- ถ่ายเหลว							
- ปวดเมื่อย							

ลำดับที่	1	2	3	4	5	6	7
- กลืนลำบาก							
- หายใจลำบาก							
- สะอึก							
- เหงื่อออกอึกเสป							
- ตาแดง							
- มีผื่นแดงตามตัว							
- อูจจากระดำ							
- อาเจียนเป็นเลือด							
- เลือดกำเดา							
- อื่นๆ							

### 3. สิ่งที่ได้จากการสังเกตผู้ป่วย

.....

.....

.....

.....

ชื่อผู้เก็บข้อมูล..... วันที่.....