

**การพัฒนาาระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ
ระบบสอบสวนโรค
กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออก
ในพื้นที่อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี**

หลักการและเหตุผล

การสอบสวนโรคเป็นการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ อธิบายรายละเอียดของปัญหา ค้นหาสาเหตุ นำไปสู่การควบคุมป้องกันปัญหาการระบาด

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับระบบการสอบสวนโรคของโรงพยาบาลบ้านไร่

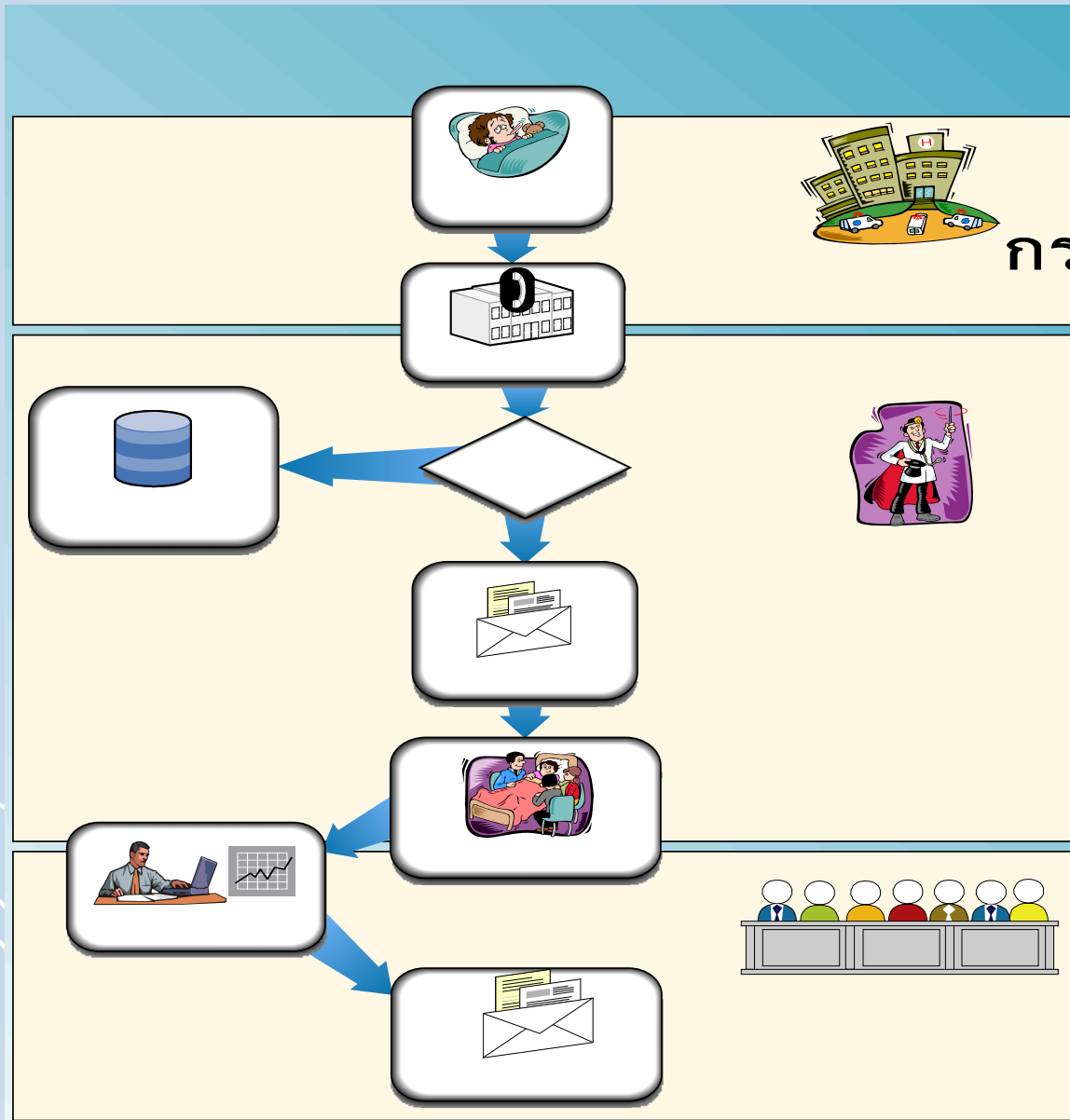
การรายงานที่ล่าช้าเนื่องจากขั้นตอนการส่งต่อข้อมูลของทีมสอบสวนโรค

เอกสารการรายงานที่ซ้ำซ้อน

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ล่าช้าไม่เป็นปัจจุบัน

การนำเสนอข้อมูลหลายระดับ

การเรียกใช้ข้อมูลถูกจำกัดอยู่ที่ผู้รับผิดชอบงานต้องอยู่ประจำที่สำนักงาน



กระบวนการสอบสวน

พบผู้ป่วย

ลงทะเบียนรับ

No

Deng
Fever

เก็บข้อมูล

Output Design

แบบสอบถามโรคไข้เลือดออกเฉพาะราย

-1-

แบบสอบถามโรคไข้เลือดออกเฉพาะราย

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ..... (1).....สกุล..... (2).....เลขที่บัตรประชาชน..... (3).....
 อายุ..... (4).....ปี เพศ..... (5).....อาชีพ..... (8).....
 ลักษณะงานที่ทำ..... (7).....
 ที่อยู่ขณะป่วย..... (6)..... หมู่ที่..... (9)..... ตำบล..... (10).....
 อำเภอ..... (11)..... จังหวัด..... (13).....
 ในเขต..... (14).....
 ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่..... (15).....
 ภูมิอำนาจ บ้านเลขที่..... (16)..... หมู่ที่..... (17)..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน..... (18).....
 ตำบล..... (19)..... อำเภอ..... (20)..... จังหวัด..... (21).....
 ในเขต..... (22).....

ผู้ให้สัมภาษณ์ป่วยหรือไม่ 1 ป่วยมีจัน (23) 2 ไม่ป่วย (ห้ามป่วย 5)
 วันเริ่มป่วย..... (24)..... วันที่มาโรงพยาบาล..... (25)..... วันที่จำหน่าย..... (26).....
 ผลการรักษา 1 (27).....

2. อาการและอาการแสดง

ไข้/ไข้สูงเฉียบพลัน	<input type="checkbox"/> 1 มี..... (28)	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี.....	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> 1 มี..... (29)	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี.....	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดระอกลตา	<input type="checkbox"/> 1 มี..... (30)	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี.....	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> 1 มี..... (31)	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี.....	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ปวดกระดูกหรือข้อต่อ	<input type="checkbox"/> 1 มี..... (32)	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี.....	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ผื่นแดง	<input type="checkbox"/> 1 มี..... (33)	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี.....	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกตามผิวหนัง	<input type="checkbox"/> 1 มี..... (34)	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี.....	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกทางอวัยวะภายใน	<input type="checkbox"/> 1 มี..... (35)	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี.....	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
ตับโตผิดปกติ	<input type="checkbox"/> 1 มี..... (40)	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี.....	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
มีภาวะช็อค	<input type="checkbox"/> 1 มี..... (41)	<input type="checkbox"/> 2 ไม่มี.....	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ
Tourniquet test	<input type="checkbox"/> 1 ผลบวก..... (42)	<input type="checkbox"/> 2 ผลลบ.....	<input type="checkbox"/> 9 ไม่ทราบ

-2-

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

- จำนวนเม็ดเลือดขาว < 5,000 เซล / ลูกบาศก์มิลลิเมตร
 1 มี ระบุผล..... (43)..... วันที่ส่งตรวจ..... (44)..... 2 ไม่มี
- เกล็ดเลือด < 100,000 เซล / ลูกบาศก์มิลลิเมตร
 1 มี ระบุผล..... (45)..... วันที่ส่งตรวจ..... (46)..... 2 ไม่มี
- ฮีมาโตคริต > 40
 1 มี ระบุผล..... (47)..... วันที่ส่งตรวจ..... (48)..... 2 ไม่มี

3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

- PCR 1 มี ระบุผล..... (49)..... วันที่ส่งตรวจ..... (50)..... 2 ไม่มี
- การแยกเชื้อ 1 มี ระบุผล..... (51)..... วันที่ส่งตรวจ..... (52)..... 2 ไม่มี
- HI ตรวจน้ำเหลือง 1 มี ระบุผล..... (53)..... วันที่ส่งตรวจ..... (54)..... 2 ไม่มี
- ตรวจน้ำเหลืองด้วย 1 มี ระบุผล..... (54)..... วันที่ส่งตรวจ..... (54)..... 2 ไม่มี
- EIA 1 มี ระบุผล..... (55)..... วันที่ส่งตรวจ..... (56)..... 2 ไม่มี
- อื่น ๆ ระบุ..... (56)..... 2 ไม่มี

4. การรักษา

- ไปรับการรักษาที่..... (57)..... วันที่..... (58)..... เดือน..... พ.ศ.....
- การวินิจฉัย..... (59).....
- การรักษา..... (60).....

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
- ในบ้านผู้ป่วย $CI = \dots (61) \dots \%$
 จำนวนภาชนะในบ้นที่สำรวจ..... (62)..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย..... (63)..... ภาชนะ
 จำนวนภาชนะนอกบ้นที่สำรวจ..... (64)..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย..... (65)..... ภาชนะ
- รอบบ้านผู้ป่วย $CI = \dots (66) \%$ $HI = \dots (67) \%$ $BI = \dots (68) \%$
 จำนวนภาชนะในบ้นที่สำรวจ..... (69)..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย..... (70)..... ภาชนะ
 จำนวนภาชนะนอกบ้นที่สำรวจ..... (71)..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย..... (72)..... ภาชนะ
 จำนวนบ้นที่สำรวจ..... (73)..... หลังคาเรือน พบลูกน้ำยุงลาย..... (74)..... หลังคาเรือน
- ในโรงเรียนที่ผู้ป่วยเรียน $CI = \dots (75) \%$
 จำนวนภาชนะภายในอาคาร..... (76)..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย..... (77)..... ภาชนะ
 จำนวนภาชนะภายนอกอาคาร..... (78)..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย..... (79)..... ภาชนะ
- ในวัด / ศูนย์เด็กเล็ก $CI = \dots (80) \%$
 จำนวนภาชนะทั้งหมดที่สำรวจ..... (81)..... ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย..... (82)..... ภาชนะ
- แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอื่น ๆ นอกจากภาชนะที่มนุษย์ทำขึ้น เช่น น้ำขังบนถนนใบพืช $CI = \dots (83) \%$
 จำนวนแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทั้งหมดที่สำรวจ..... (84)..... แหล่ง พบลูกน้ำยุงลาย..... (85)..... แหล่ง

-3-

6. แหล่งโรค

6.1 ในช่วง 14 วัน ก่อนป่วย ผู้ป่วยเคยเดินทางไปไหนบ้าง 1 เลข..... (86) 2 ไม่มีเลข.....

- ระบุ..... (87)..... ช่วงวันที่..... (88).....
- ระบุ..... ช่วงวันที่.....

6.2 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
 1 มี ระบุ..... (89) 2 ไม่มี

- ชื่อ..... (90)..... อายุ..... (91)..... วันเริ่มป่วย..... (92).....
- ชื่อ..... อายุ..... วันเริ่มป่วย.....

6.3 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครู ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
 1 มี ระบุ..... (93) 2 ไม่มี

- ชื่อ..... (94)..... ที่อยู่..... (95)..... วันเริ่มป่วย..... (96).....
- ชื่อ..... ที่อยู่..... วันเริ่มป่วย.....

6.4 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
 1 มี ระบุ..... (97) 2 ไม่มี

- ชื่อ..... (98)..... ที่อยู่..... (99)..... วันเริ่มป่วย..... (100).....
- ชื่อ..... ที่อยู่..... วันเริ่มป่วย.....

7. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น

7.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
 1 มี ระบุ..... (101) 2 ไม่มี

- ชื่อ..... (102)..... อายุ..... (103)..... วันเริ่มป่วย..... (104).....
- ชื่อ..... อายุ..... วันเริ่มป่วย.....

7.2 ที่โรงเรียน/ เพื่อน/ ครู ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
 1 มี ระบุ..... (105) 2 ไม่มี

- ชื่อ..... (106)..... ที่อยู่..... (107)..... วันเริ่มป่วย..... (108).....
- ชื่อ..... ที่อยู่..... วันเริ่มป่วย.....

7.3 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกในช่วง 14 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้
 1 มี ระบุ..... (109) 2 ไม่มี

- ชื่อ..... (110)..... ที่อยู่..... (111)..... วันเริ่มป่วย..... (112).....
- ชื่อ..... ที่อยู่..... วันเริ่มป่วย.....

ชื่อผู้สอบสวน..... (113)..... ตำแหน่ง.....
 ที่ทำงาน..... วันที่สอบสวน..... (114).....

แบบสอบถามโรคไข้เลือดออก เร่งด่วน 1,2

แบบรายงานเบื้องต้น ผลการสอบสวนควบคุมโรคไข้เลือดออกครั้งที่ 1 ของปี 2 ครั้งที่ 3

หมู่ที่ 4 ชุมชน 5 สถานีอนามัย 6 ตำบล 7 อำเภอ 8 จังหวัด 9

วันที่ออกสอบสวนโรค 10

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชื่อ 11 อายุ 12 ปี อาชีพ 13 โรงเรียน 14

ที่อยู่จริงขณะป่วย 15

วันเริ่มป่วย 16 วันพบผู้ป่วย 17 วันวินิจฉัย หรือ R/O 18 โรงพยาบาล 19

การวินิจฉัยแรก 20 ระยะห่างระหว่างวันเริ่มป่วยของรายนี้กับรายแรกก่อนหน้านั้นในชุมชนเดียวกัน จำนวน 21 วัน

ผลการสอบสวนโรค

ผลการสอบสวนทางห้องปฏิบัติการ WBC 22 , HCT 23 , Platelet 24 การตรวจจำเพาะอื่นๆ ระบุ

Tourniquet test 25 การเดินทาง 14 วัน ก่อนป่วย (ระบุสถานที่ 26)

กิจกรรมที่ดำเนินการแล้ว (ครั้งที่ 1)

X สอบสวนโรค 27 X สํารวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย

X การพ่นสารเคมีกำจัดแมลง X การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ กำจัดลูกน้ำยุงลาย

X การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ X การประชาสัมพันธ์ชาวบ้าน อื่น ๆ

ผลการสำรวจสภาพแวดล้อม

บ้านปูน 2 ชั้น มีโถ่งน้ำอยู่หลังบ้าน 28

ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายก่อนควบคุมโรค

บ้านผู้ป่วย 29 ไม่พบ X พบ มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย CI

โรงเรียน 30 X ไม่พบ พบ มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย CI

วัด 31 X ไม่พบ พบ มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย CI

ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยทั้งหมด มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI 32 % BI 33

กิจกรรมที่ดำเนินการแล้ว(ครั้งที่ 2) การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย.. 34

สถานะผู้ป่วย 35 หายแล้ว อื่น ๆ ผลการตรวจเพิ่มเติม(ถ้ามี).....

36

สํารวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย การพ่นสารเคมีกำจัดแมลง การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ กำจัดลูกน้ำยุงลาย

การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การประชาสัมพันธ์ชาวบ้าน อื่น ๆ ค้นหาผู้ป่วยเพิ่ม

ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายหลังควบคุมโรค 14 วัน

บ้านผู้ป่วย 37 ไม่พบ พบ มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย CI %

โรงเรียน 38 ไม่พบ พบ มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย CI %

วัด 39 ไม่พบ พบ มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย CI %

ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยทั้งหมด มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย HI 40 % , BI 41 %

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร 42

.....

SRRT ผู้รายงาน 43

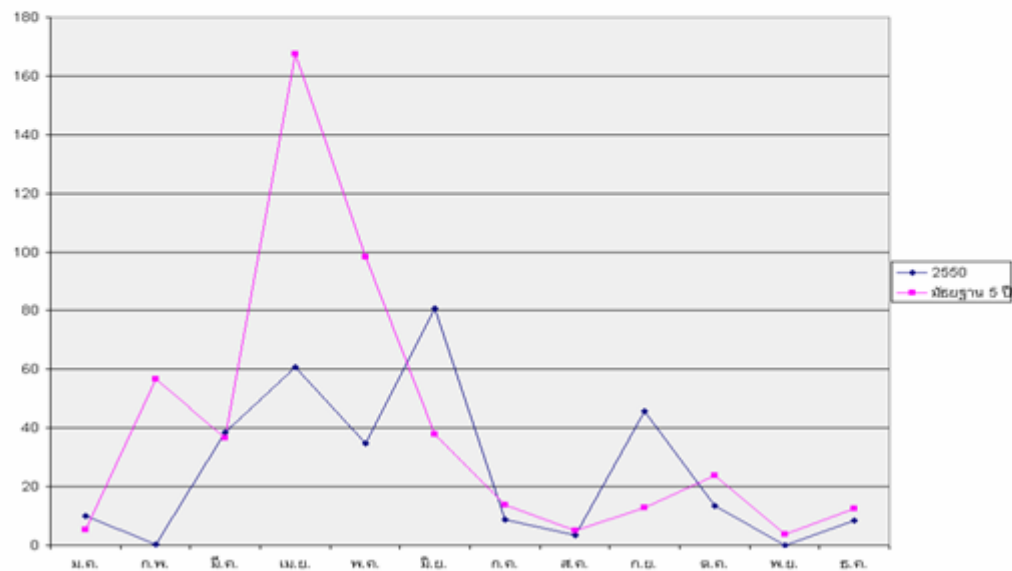
ระบบการสอบสวนโรค --> แสดงกราฟเปรียบเทียบ

วันที่ ๒๒-๐๐๐๐-๑๙๙๙ เวลา ๑๑:๑๑:๑๑

ศูนย์ปฏิบัติการโรคระบาดวิทยาเขตรัฐบริการสุขภาพอำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี
โทร ๐-๕๖๕๓-๑๐๐๐ ต่อ ๑๒๔ Email : p98363674@hotmail.com

HOME

เลือกปี



ระบบการสอบสวนโรค ---> HISTOGRAM



วันที่ ๑๑ xxxx 9999 เวลา ๑๑:๑๑:๑๑

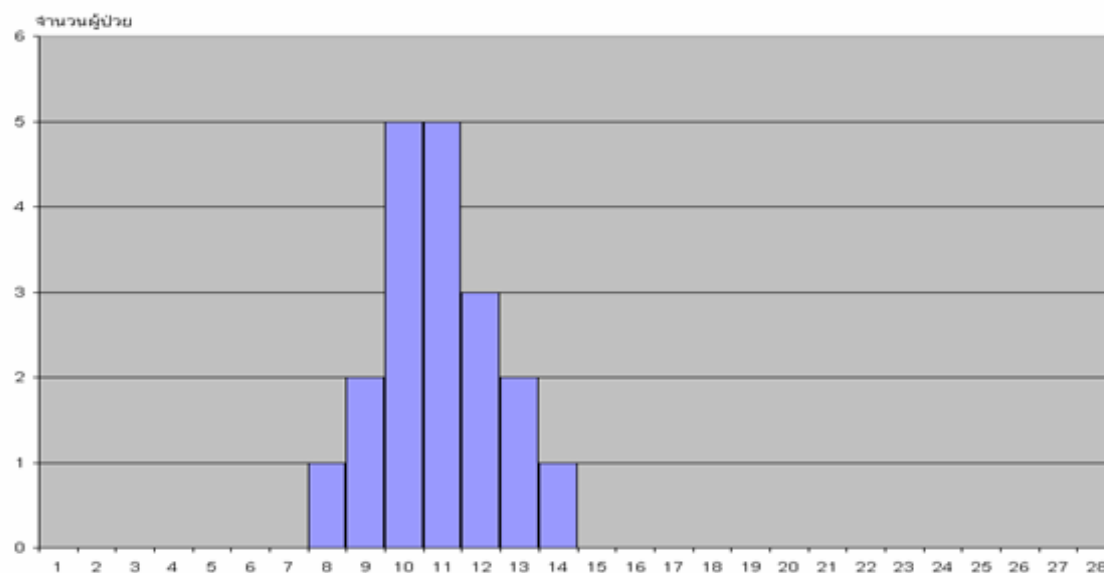


ศูนย์ปฏิบัติการระดับวิทยาเขตฯบริการสุขภาพอำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

โทร 0-5653-9000 ต่อ 124 Email : p98363674@hotmail.com

[HOME](#)

เลือกพื้นที่หมู่ ตำบล วันที่ ถึง



ระบบการสอบสวนโรค

วันที่ ๑๑-๐๐๐๐-๑๑๑๑ เวลา ๑๑:๑๑:๑๑

ศูนย์ปฏิบัติการโรคระบาดวิทยาเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี
โทร 0-5653-9000 ต่อ 124 Email : p98363674@hotmail.com

LOGIN เข้าโปรแกรม

Name :

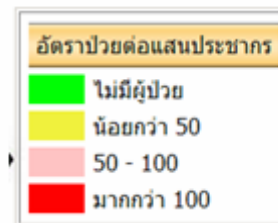
Password :

เข้าสู่ระบบ

[สมัครสมาชิก](#)

“ระบบสอบสวนโรคเป็นระบบ
ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลผู้ป่วย
จึงรองรับสำหรับสมาชิกเท่านั้น!”

พื้นที่เกิดโรคไทฟอยด์ออก จำนวนรายตำบล



*ภาพแผนที่จากweb งานระบาดสาธารณสุขอุทัยธานี

ระบบการสอบสวนโรค ---> [สมัครสมาชิก](#)

วันที่ ๑๑/๑๑๑๑/๑๑๑๑ เวลา ๑๑:๑๑:๑๑

ศูนย์ปฏิบัติการระบาดวิทยาและห้องปฏิบัติการสุขภาพอำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี
โทร 0-5653-9000 ต่อ 124 Email : p98363674@hotmail.com

HOME

คำนำหน้าชื่อ :

ชื่อ :

นามสกุล :

เพศ :

วันเดือนปีเกิด :

ที่อยู่ หมู่ ตำบล อำเภอ ๑๑๑๑๑๑ จังหวัด ๑๑๑๑๑๑

สถานที่ทำงาน :

ตำแหน่ง :

เบอร์โทรศัพท์ :

EMAIL :

กำหนด USERNAME กำหนด PASSWORD บันทึก PASSWORD อีกครั้ง

บันทึก

ยกเลิก

ระบบการสอบสวนโรค ---> การแจ้งข้อมูลการเกิดโรค

ศูนย์ปฏิบัติการระดับชาติโรคเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
วันที่ ๑๑ xxxx ๑๙๙๙ เวลา ๑๑:๑๑:๑๑ สมาชิกผู้แจ้ง xxx xxxxx xxxxx โทร 0-5653-9000 ต่อ 124 Email : p98363674@hotmail.com

HOME

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย	1	ชื่อ*	2	นามสกุล	3	เลข HN*	4		
เพศ	5	เลขประจำตัวประชาชน	6						
วันเดือนปีเกิด	7	หรือ อายุ	8	ปี					
ที่อยู่ขณะป่วย*	9	หมู่	10	ตำบล	11	อำเภอ	12	จังหวัด	13
สถานที่ติดต่อผู้ป่วยในพื้นที่	14	หมู่	15	ตำบล	16	อำเภอ	17	จังหวัด	18
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ	19								
สถานที่รักษา	20								
โรคที่วินิจฉัย *	21								
แพทย์ที่วินิจฉัย	22								
วันเริ่มป่วย	23	วันพบผู้ป่วย*	24						
อาการสำคัญ	25								
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	26	ผลการตรวจ	27	วันที่ตรวจ	28				
	<u>xxxx</u>	ผลการตรวจ	<u>xxxx</u>	วันที่ตรวจ	99 <u>xxxx</u> ๑๙๙๙				

บันทึก

ยกเลิก

ระบบการสอบสวนโรค ---> [บันทึกข้อมูลการสอบสวนโรค](#)

ศูนย์ปฏิบัติการระดับวิทยาเขตโรคเข่าชนบริการสุขภาพอำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี
วันที่ 31/xxxx/9999 เวลา 23:59:59 ผู้บันทึก xxx/xxxxx/xxxxx โทร 0-5653-9000 ต่อ 124 Email : p98363674@hotmail.com

[HOME](#) --> [ข้อมูลทั่วไป](#) [อาการแสดง](#) [การตรวจทางห้องปฏิบัติการ](#) [การรักษา](#) [แหล่งรังโรค](#) [การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น](#) [กิจกรรมที่ดำเนินการ](#) [การสำรวจสภาพแวดล้อม](#) [การสำรวจลูกน้ำ](#) [ข้อเสนอแนะ](#)

คำนำหน้าชื่อผู้ป่วย	<input type="text"/>	ชื่อ	<input type="text"/>	นามสกุล	<input type="text"/>	เลข HN :	<input type="text"/>		
เพศ	<input type="text"/>	เลขประจำตัวประชาชน	<input type="text"/>						
วันเดือนปีเกิด	<input type="text"/>	หรือ อายุ	<input type="text"/>	ปี					
อาชีพ	<input type="text"/>								
ที่อยู่ขณะป่วย	<input type="text"/>	หมู่	<input type="text"/>	ตำบล	<input type="text"/>	อำเภอ	<input type="text"/>	จังหวัด	<input type="text"/>
ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย	<input type="text"/>								
ภูมิลำเนา	<input type="text"/>	หมู่	<input type="text"/>	ตำบล	<input type="text"/>	อำเภอ	<input type="text"/>	จังหวัด	<input type="text"/>
ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้ป่วยหรือไม่	<input type="text"/>								
โรคที่วินิจฉัย	<input type="text"/>								
วันเริ่มป่วย	<input type="text"/>	วันพบผู้ป่วย	<input type="text"/>	วันที่จำหน่าย	<input type="text"/>				
ผลการรักษา	<input type="text"/>								

บันทึก

แก้ไข

ยกเลิก

ระบบการสอบสวนโรค ---> บันทึกข้อมูลการสอบสวนโรค

ศูนย์ปฏิบัติการระดับวิทยาเขตรัชบริการสุขภาพอำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

วันที่ 31 xxx 9999 เวลา 23:59:59 ผู้บันทึก xxx xxxxx xxxxx โทร 0-5653-9000 ต่อ 124 Email : p98363674@hotmail.com

HOME -> ข้อมูลทั่วไป [อาการแสดง](#) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา แหล่งรังโรค การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น กิจกรรมที่ดำเนินการ การสำรวจสภาพแวดล้อม การสำรวจลูกน้ำ ข้อเสนอแนะ

อาการและอาการแสดง

ไข้.....	<input type="checkbox"/>	1 มี	2 ไม่มี	9 ไม่ทราบ
ปวดศีรษะ.....	<input type="checkbox"/>	1 มี	2 ไม่มี	9 ไม่ทราบ
ปวดกระบอกตา.....	<input type="checkbox"/>	1 มี	2 ไม่มี	9 ไม่ทราบ
ปวดกล้ามเนื้อ.....	<input type="checkbox"/>	1 มี	2 ไม่มี	9 ไม่ทราบ
ปวดกระดูก.....	<input type="checkbox"/>	1 มี	2 ไม่มี	9 ไม่ทราบ
ผื่นแดง.....	<input type="checkbox"/>	1 มี	2 ไม่มี	9 ไม่ทราบ
มีอาการเลือดออกทางอวัยวะภายใน...	<input type="checkbox"/>	1 มี	2 ไม่มี	9 ไม่ทราบ
ตับโตมักกดเจ็บ.....	<input type="checkbox"/>	1 มี	2 ไม่มี	9 ไม่ทราบ
มีภาวะซีด.....	<input type="checkbox"/>	1 มี	2 ไม่มี	9 ไม่ทราบ
Tourniquet test.....	<input type="checkbox"/>	1 บวก	2 ลบ	9 ไม่ทราบ

บันทึก

แก้ไข

ยกเลิก

ระบบการสอบสวนโรค ---> [บันทึกข้อมูลการสอบสวนโรค](#)

----- ศูนย์ปฏิบัติการระบาดวิทยาเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

วันที่ [31](#) [xxxx](#) 9999 เวลา 23:59:59 ผู้บันทึก [xxx](#) [xxxxxx](#) [xxxxxx](#) โทร 0-5653-9000 ต่อ 124 Email : p98363674@hotmail.com

[HOME](#) --> [ข้อมูลทั่วไป](#) [อาการแสดง](#) [การตรวจทางห้องปฏิบัติการ](#) [การรักษา](#) [แหล่งรังโรค](#) [การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น](#) [กิจกรรมที่ดำเนินการ](#) [การสำรวจสภาพแวดล้อม](#) [การสำรวจลูกน้ำ](#) [ข้อเสนอแนะ](#)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

จำนวนเม็ดเลือดขาว ($\leq 5,000$ เซล / ลูกบาศก์มิลลิเมตร)

วันที่ส่งตรวจ

เกล็ดเลือด $< 100,000$ เซล / ลูกบาศก์มิลลิเมตร

วันที่ส่งตรวจ

ฮีมาโตคริต > 40

วันที่ส่งตรวจ

บันทึก

แก้ไข

ยกเลิก

ระบบการสอบสวนโรค ---> ทะเบียนการสอบสวนโรค

วันที่ 99 .xxxx 9999 เวลา 99:99:99

ศูนย์ปฏิบัติการระบาดวิทยาเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

โทร 0-5653-9000 ต่อ 124 Email : p98363674@hotmail.com

HOME

ลำดับ	โรคที่วินิจฉัย	ชื่อ	ชื่อสกุล	ที่อยู่ขณะป่วย	วันพบผู้ป่วย	ส่งแบบสอบสวน เฉพาะราย(วัน)	ส่งแบบสอบสวน เร่งด่วน 1(วัน)	ส่งแบบสอบสวน เร่งด่วน 2(วัน)
9	XXXX	XXXXX	XXXXX	XXX หมู่ 99 ต. XXXXX	99 XX 99	99 XX 99(99)	ยังไม่ส่ง (99)	ยังไม่ส่ง (99)
8	XXXX	XXXXX	XXXXX	XXX หมู่ 99 ต. XXXXX	99 XX 99	99 XX 99(99)	99 XX 99(99)	99 XX 99(99)
7	XXXX	XXXXX	XXXXX	XXX หมู่ 99 ต. XXXXX	99 XX 99	99 XX 99(99)	99 XX 99(99)	99 XX 99(99)
6	XXXX	XXXXX	XXXXX	XXX หมู่ 99 ต. XXXXX	99 XX 99	99 XX 99(99)	99 XX 99(99)	99 XX 99(99)
5	XXXX	XXXXX	XXXXX	XXX หมู่ 99 ต. XXXXX	99 XX 99	99 XX 99(99)	99 XX 99(99)	99 XX 99(99)
4	XXXX	XXXXX	XXXXX	XXX หมู่ 99 ต. XXXXX	99 XX 99	99 XX 99(99)	99 XX 99(99)	99 XX 99(99)
3	XXXX	XXXXX	XXXXX	XXX หมู่ 99 ต. XXXXX	99 XX 99	99 XX 99(99)	99 XX 99(99)	99 XX 99(99)
2	XXXX	XXXXX	XXXXX	XXX หมู่ 99 ต. XXXXX	99 XX 99	99 XX 99(99)	99 XX 99(99)	99 XX 99(99)
1	XXXX	XXXXX	XXXXX	XXX หมู่ 99 ต. XXXXX	99 XX 99	99 XX 99(99)	99 XX 99(99)	99 XX 99(99)

ส่งข้อมูลเบื้องต้น

Q & A

