

## แบบบันทึกการสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียน

1. ชื่อโรงเรียน.....
2. สำนักงานเขต.....
3. แหล่งข้อมูลที่แจ้งการเกิดโรค
 

<input type="checkbox"/> โรงเรียน	<input type="checkbox"/> ผู้ปกครอง	<input type="checkbox"/> สื่อมวลชน
<input type="checkbox"/> ศูนย์บริการสาธารณสุข	<input type="checkbox"/> อาสาสมัครสาธารณสุข	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....
4. วันที่ได้รับแจ้งเหตุ.....
5. วันที่ดำเนินการสอบสวนโรค.....
6. ข้อมูลเบื้องต้น
  - 6.1 อาหารที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรค.....
  - 6.2 จำนวนผู้ป่วย.....คน
  - 6.3 สถานที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาล
 

<input type="checkbox"/> โรงพยาบาล (ระบุชื่อ).....
<input type="checkbox"/> ศูนย์บริการสาธารณสุข (ระบุ).....
<input type="checkbox"/> ห้องพยาบาลของโรงเรียน
  - 6.4 หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการสอบสวนโรค ประกอบด้วย.....  
.....  
.....
7. ลักษณะอาการผู้ป่วย
 

<input type="checkbox"/> ถ่ายเป็นน้ำ	<input type="checkbox"/> ถ่ายเหลว	<input type="checkbox"/> ถ่ายมีมูก	<input type="checkbox"/> ถ่ายมีเลือด
<input type="checkbox"/> ปวดท้อง	<input type="checkbox"/> ท้องผูก	<input type="checkbox"/> คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="checkbox"/> อาหารไม่ย่อย
<input type="checkbox"/> ปากแห้ง	<input type="checkbox"/> เหงื่อออกตัวเย็น	<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> ตะคริวที่ท้อง
<input type="checkbox"/> ตะคริวที่ขา	<input type="checkbox"/> ปวดมวนท้อง	<input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตต่ำ
<input type="checkbox"/> อัมพาต	<input type="checkbox"/> เห็นภาพซ้อน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	



10. ผลการตรวจตัวอย่างอาหาร/น้ำดื่ม/น้ำใช้/น้ำแข็ง (ตรวจด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย)

วันที่เก็บ ตัวอย่าง	บริเวณที่เก็บ/ ร้านค้าที่	ชนิดตัวอย่าง	ประเภทการตรวจ		ผลการตรวจ		หมายเหตุ (ระบุเชื้อโรคที่ตรวจพบ/ ชนิดสารเคมีที่ตรวจพบ)
			ทางเคมี	ทางจุลินทรีย์	ไม่พบการปนเปื้อน/ อยู่ในเกณฑ์	พบการปนเปื้อน/ เกินเกณฑ์	

ข้อคิดเห็นและคำแนะนำเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....