

แบบสอบถามโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี (Congenital syphilis)

1. ข้อมูลทารก

ชื่อ-นามสกุล _____ HN _____ AN _____
 เพศ ☐ 1.ชาย ☐ 2.หญิง วัน/เดือน/ปี ที่คลอด _____ น้ำหนักแรกคลอด _____ กรัม
 อายุครรภ์ที่คลอด _____ สัปดาห์
 สถานที่คลอด ☐ 1. รพช. ☐ 2. รพศ./รพท. ☐ 3. รพ.เอกชน ☐ 4. อื่นๆ ระบุ _____
 สถานะการคลอด ☐ 1. มีชีวิต ☐ 2. คลอดมีชีวิตและเสียชีวิตภายหลัง ระบุวันที่เสียชีวิต ____/____/____ สาเหตุ _____
☐ 3. ตายคลอด ระบุสาเหตุ _____ ☐ 4. ไม่ทราบ

1.1 อาการ/อาการแสดงในทารก

- ☐ ไม่มีอาการ
- ☐ มีอาการ
- ☐ 1. Condyloma lata ☐ 2. Syphilitic skin rash ☐ 3. Snuffles ☐ 4. Hepatomegaly
☐ 5. Splenomegaly ☐ 6. Hydrops fetalis ☐ 7. Edema ☐ 8. Pseudo paralysis
☐ 9. Jaundice (non-viral hepatitis) ☐ 10. อื่นๆ ระบุ _____

1.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของทารก

- ช่องทางการเก็บเลือด : ☐ 1. Cord blood ☐ 2. Vein ☐ 3. อื่นๆ ระบุ _____
- การตรวจ Non Treponemal (RPR/VDRL)
☐ 1. ได้ตรวจ วันที่เจาะเลือด ____/____/____ Titer _____ ☐ 2. ไม่ได้ตรวจ ☐ 3. ไม่ทราบ
- การตรวจ Treponemal
☐ 1. ได้ตรวจ ☐ IgG ☐ IgM ☐ IgM/IgG
☐ 2. ไม่ได้ตรวจ
☐ 3. ไม่ทราบ
- การตรวจ X-rays long bone
☐ 1. ได้ตรวจ วันที่ตรวจ ____/____/____ ☐ ผลตรวจปกติ ☐ ผลตรวจผิดปกติ ระบุ _____
☐ 2. ไม่ได้ตรวจ ☐ 3. ไม่ทราบ
- การเจาะน้ำไขสันหลัง
☐ 1. ได้ตรวจ วันที่ตรวจ ____/____/____
 ▪ ตรวจ WBC และโปรตีนในน้ำไขสันหลัง
 ผล WBC _____ cell/mm³ ผลโปรตีน _____ mg/dL ผล RBC _____ cell/mm³
 ผล CSF sugar _____ mg/dL ผล Blood sugar (DTX) _____ mg/dL
 ▪ ตรวจ VDRL ในน้ำไขสันหลัง
 ☐ VDRL ระบุผล _____
☐ 2. ไม่ได้ตรวจ
☐ 3. ไม่ทราบ
- การตรวจพิเศษ : ตรวจรูปดู Dark field หรือ special stain
☐ 1. ได้ตรวจ Dark field ระบุผล _____ ☐ 2. ได้ตรวจ special stain ระบุผล _____
☐ 3. ไม่ได้ตรวจ ☐ 4. ไม่ทราบ

1.3 ประวัติการรักษาในทารก

- ☐ 1. ได้รับการรักษาด้วย Penicillin G (PGS) ☐ นาน 10 วัน ☐ น้อยกว่า 10 วัน ☐ มากกว่า 10 วัน
- ☐ 2. ได้รับการรักษาด้วย Benzathine penicillin 1 dose
- ☐ 3. ได้รับการรักษาด้วยยาอื่น ระบุชื่อยา _____ จำนวน _____ วัน
- ☐ 4. ไม่ได้รักษา ☐ 5. ไม่ทราบ

1.4 การติดตามทารก

- ☐ 1. ได้รับการติดตาม
- ทารกอายุ 2-4 เดือน ☐ ได้ติดตาม วันที่ _____ ผล VDRL/RPR Titer _____
- ทารกอายุ 6 เดือน ☐ ได้ติดตาม วันที่ _____ ผล VDRL/RPR Titer _____ CSF VDRL _____
- ทารกอายุ 18 เดือน ☐ ได้ติดตาม วันที่ _____ ผล VDRL/RPR Titer _____ TPHA _____
- ☐ 2. ไม่ได้ติดตามตรวจ

2. ข้อมูลมารดา

ชื่อ-นามสกุล _____ เลขที่บัตรประชาชน _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _

HN _____ AN _____

อายุ _____ ปี สัญชาติ _____ อาชีพ _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ซอย _____ ถนน _____

ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

2.1 ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา (ขณะตั้งครรภ์)

ครรภ์ที่ (G) _____ เคยคลอดบุตรมาแล้ว (P) _____ ครั้ง จำนวนการแท้ง (A) _____ ครั้ง จำนวนบุตรที่มีชีวิต (L) _____ คน

ได้รับการฝากครรภ์หรือไม่ ☐ 1. ฝากครรภ์ จำนวน _____ ครั้ง ☐ 2. ไม่ฝากครรภ์

อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก ประมาณ _____ สัปดาห์

สถานที่ฝากครรภ์ครั้งแรก ☐ 1. รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. ☐ 2. รพช. ระบุ _____

☐ 3. รพท./รพศ. ☐ 4. รพ.เอกชน/คลินิก ☐ 5. อื่นๆ ระบุ _____

2.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของมารดา

- การตรวจหาซิฟิลิสด้วยวิธี RPR/VDRL ระหว่างตั้งครรภ์ ☐ 1. ตรวจ ระบุตามครั้ง ☐ 2. ไม่ได้ตรวจ ☐ 3. ไม่ทราบ
- ตรวจครั้งที่ 1 วันที่เจาะเลือด ____/____/____ อายุครรภ์ที่เจาะเลือด _____ สัปดาห์ Titer _____
- ตรวจครั้งที่ 2 วันที่เจาะเลือด ____/____/____ อายุครรภ์ที่เจาะเลือด _____ สัปดาห์ Titer _____
- ตรวจครั้งที่ 3 วันที่เจาะเลือด ____/____/____ อายุครรภ์ที่เจาะเลือด _____ สัปดาห์ Titer _____
- การตรวจหาซิฟิลิสด้วยวิธี Treponemal test ☐ 1. ผลบวก ☐ 2. ผลลบ ☐ 3. ไม่ทราบผล ☐ 4. ไม่ได้ตรวจ
- การตรวจหาซิฟิลิสด้วยวิธี RPR/VDRL ระหว่างคลอด
- ☐ 1. ได้ตรวจ วันที่เจาะเลือด ____/____/____ Titer _____ ☐ 2. ไม่ได้ตรวจ ☐ 3. ไม่ทราบ
- การตรวจหาเชื้อเอชไอวี ☐ 1. ผลบวก ☐ 2. ผลลบ ☐ 3. ไม่ทราบผล ☐ 4. ไม่ได้ตรวจ

2.3 การวินิจฉัยซิฟิลิสในมารดา

- ☐ 1. Primary ☐ 2. Secondary ☐ 3. Early latent ☐ 4. Late or late latent
- ☐ 5. Previously treated/serofast ☐ 6. Unknown ☐ 7. Other (ระบุ) _____

2.4 ประวัติการรักษาในมารดา

- ☐ 1. Benzathine penicillin 2.4mU x 1 Dose วันที่ได้รับยา ระบุ ____/____/____
- ☐ 2. Benzathine penicillin 2.4mU x 3 Doses
วันที่ได้รับยา ☐ ครั้งที่ 1 ____/____/____ ☐ ครั้งที่ 2 ____/____/____ ☐ ครั้งที่ 3 ____/____/____
- ☐ 3. ยาอื่นๆ ระบุ _____ วันที่ได้รับยา ระบุ ____/____/____
- ☐ 4. ไม่ได้รักษา ☐ 5. ไม่ทราบ

➤ การรักษา

- ☐ 1. เริ่มรักษา $\geq$ 30 วันก่อนคลอด ☐ 2. เริ่มรักษา $<$ 30 วัน ก่อนคลอด
- ☐ 3. ไม่ได้รักษา ☐ 4. ไม่ทราบ

3. ข้อมูลการตรวจเลือดของบิดา (สามีหรือคู่ของมารดา)

➤ การตรวจหาซิฟิลิส

- ☐ 1. ตรวจวิธี RPR/VDRL ครั้งที่ 1 วันที่เจาะเลือด ____/____/____ Titer ____
ครั้งที่ 2 วันที่เจาะเลือด ____/____/____ Titer ____
- ☐ 2. ตรวจวิธี Treponemal test ☐ ผลบวก ☐ ผลลบ ☐ ไม่ทราบผล
- ☐ 3. ไม่ได้ตรวจ ☐ 4. ไม่ทราบ

➤ การรักษา

- ☐ 1. รักษาครบ ☐ 2. อยู่ระหว่างการรักษาและติดตาม ☐ 3. ขาดการติดตาม
- ☐ 4. รักษาไม่ครบ ☐ 5. ไม่ได้รักษา ☐ 6. ไม่ทราบ

➤ การตรวจหาเชื้อเอชไอวี

- ☐ 1. ผลบวก ☐ 2. ผลลบ ☐ 3. ไม่ทราบผล ☐ 4. ไม่ได้ตรวจ

4. สรุปการวินิจฉัยการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด

ICD-10 ตามโรงพยาบาลระบุ : _____

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน _____ ตำแหน่ง _____ จังหวัด _____

หน่วยงาน _____ โทรศัพท์ _____ วันที่รายงาน _____