

ภาคผนวก ข

**ใบเก็บข้อมูลการสำรวจความเหมาะสมในการใช้ยาปฏิชีวนะ
ในเด็กอุจจาระร่วงจัดปล้นในโรงพยาบาลภาคใต้**

ส่วนที่ 1 สำหรับพยาบาล (ผู้ช่วยวิจัย)**กรอกข้อมูล**

1. Record NO.
2. HN.....
3. เพศ (GENDER)
 1. ชาย 2. หญิง
4. วัน เดือน ปีเกิด (DOB).....
5. วันที่มาโรงพยาบาล (DOT).....
6. โรงพยาบาล (HOS)
 1. หาดใหญ่
 2. สทิงพระ
 3. พัทลุง
 4. ป่าบอน
 5. สุราษฎร์ธานี
 6. พุนพิน
 7. วชิระภูเก็ต
 8. ถลาง
 9. ยะลา
 10. รามัน
7. ประเภทแพทย์ผู้รักษา (DOCT)
 1. กุมารแพทย์
 2. แพทย์เชี่ยวชาญสาขาอื่น
 3. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
(ครอบคลุมแพทย์ใช้ทุน, intern)
 4. นักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติ
 5. พยาบาลวิชาชีพ
8. ปีที่ผู้รักษาจบการศึกษา (GRAD)
 1. ทราบ ระบุ ปี พ.ศ.....
 2. ไม่ทราบ

**ส่วนที่ 2 เว้นว่างไว้สำหรับ
เจ้าหน้าที่โครงการ**

1. REC _____
2. HN _____
3. GEN ____
4. DOB ____/____/____
5. DOT ____/____/____
6. HOS ____
7. DOCT ____
8. GRAD ____
GRAD1 _____

9. ระยะเวลาที่มีอาการ (DUR-G)วัน
1. น้อยกว่า 1 วัน
 2. เท่ากับหรือมากกว่า 1 วัน ระบุ..... วัน (DUR-F)
10. ประวัติลักษณะอุจจาระ (CHAR)
1. น้ำส่วนใหญ่หรือถ่ายเหลว
 2. เนื้อละเอียดส่วนใหญ่
 3. น้ำปนมูก
 4. เนื้อละเอียดปนมูก
 5. มูกปนเลือด
 6. ไม่มีข้อมูล
11. ความถี่อุจจาระ (FREQ)
1. ความถี่.....ครั้ง/วัน (FREQ1)
 1. น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง/วัน
 2. มากกว่า 5-10 ครั้ง/วัน
 3. มากกว่า 10 ครั้ง/วัน
 2. อื่นๆ (เช่น บ่อยๆ กะปริบกะปรอย) ระบุ.....
 3. ไม่มีข้อมูล
12. ประวัติไข้ (FEVER)
1. มี
 2. ไม่มี
 3. ไม่มีข้อมูล
13. อุณหภูมิตรวจร่างกาย (TEMP)°C
14. ภาวะขาดน้ำ (DEHY)
1. No
 2. Mild
 3. Moderate
 4. Severe
 5. ไม่มีข้อมูล
15. ผู้รักษาเห็นอุจจาระผู้ป่วย
1. เห็น
 2. ไม่เห็น (ข้ามข้อ 16 ไปทำข้อ 17)
16. ลักษณะอุจจาระที่ผู้รักษาเห็น
1. มีมูกเลือด
 2. ไม่มีมูกเลือด
9. DUR-G __
DUR-F __
10. CHAR __
- 11.1 FREQ __
11.2 FREQ1 __
11.3 FREQ2 __
12. FEVER __
13. TEMP ____
14. DEHY __
15. SEE __
16. SEE_BL__

- | | |
|--|---------------------|
| 17. ส่งตรวจ stool exam | 17. ST-EX __ |
| 1. ส่งตรวจ | |
| 2. ไม่ได้ส่งตรวจ (ข้ามข้อ 18-20 ไปทำข้อ 21) | |
| 18. ตรวจอุจจาระเห็นมูกเลือด (MU-BL) | 18. MU-BL __ |
| 1. ปรากฏ | |
| 2. ไม่ปรากฏ | |
| 19. ตรวจอุจจาระพบ WBC. | |
| 19.1.HPF | 19.1 ST- WBC1 __ __ |
| 19.2..... | 19.2 ST- WBC2 __ |
| 1. few | |
| 2. moderate | |
| 3. numerous | |
| 4. negative or not seen | |
| 20. ตรวจอุจจาระพบ rbc | |
| 20.1HPF | 20.1 ST-RBC1 __ __ |
| 20.2 | 20.2 ST-RBC2 __ |
| 1. few | |
| 2. moderate | |
| 3. numerous | |
| 4. negative or not seen | |
| 21. ส่งเพาะเชื้อจากอุจจาระ | 21. CUL __ |
| 1. ส่ง | |
| 2. ไม่ส่ง (ข้ามข้อ 22 ไปทำข้อ 23) | |
| 22. ผลเพาะเชื้อจากอุจจาระ (ST-CUL) | 22. ST-CUL __ |
| 1. ENTEROPATHOGENEC | |
| ระบุเชื้อ..... | |
| 2. NON-ENTEROPATHOGENIC | |
| 23. การรักษาที่ได้ ORS (TR-ORS) | 23. TR-ORS __ |
| 1. ได้รับ | |
| 2. ไม่ได้รับ | |
| 24. การรักษาที่ได้ยาปฏิชีวนะ (TR-ANTBIO) | 24. TR-ANTBIO __ |
| 1. ได้รับ | |
| 2. ไม่ได้รับ (ข้ามข้อ 25 ไปทำข้อ 26) | |

25. ถ้าได้รับยาปฏิชีวนะระบุ (TYP-ANT)

1. Norfloxacin
2. Bactrim
3. Colistin
4. Metronidazole
5. อื่นๆ

26. การรักษาที่ได้นมสูตรพิเศษ (TR-MILK)

1. ได้รับ ระบุชื่อ.....
2. ไม่ได้รับ

27. การรักษาที่ได้ยา anti-diarrhea (TR-ANTID)

1. ได้รับ ระบุชื่อ.....
2. ไม่ได้รับ

25. TYO-ANT __

26. TR-MILK __

27. TR-ANTID __

หมายเหตุ ถ้าข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่บันทึกโดยพยาบาลกับแพทย์ไม่ตรงกัน ให้ยึดถือข้อมูลของแพทย์