

กลุ่มโรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

แบบสอบสวนไข้อัด (Measles) หรือไข้อัดเยอรมัน (Rubella)

ชนิดของผู้ป่วย สอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย สอบสวนผู้ป่วยในเหตุการณ์การระบาด

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน วันเกิด /..... /.....

เพศ ชาย หญิง HN AN

สัญชาติ ไทย พม่า มาเลเซีย กัมพูชา ลาว
 เวียดนาม อื่น ๆ ระบุ

อาชีพ เกษตรกร ข้าราชการ รับจ้าง ค้าขาย งานบ้าน
 นักบวช ทหาร/ตำรวจ ประมง ครู นักเรียน/นักศึกษา
 เลี้ยงสัตว์ ในปกครอง บุคลากรสาธารณสุข อื่น ๆ ระบุ

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

สถานศึกษาหรือสถานที่ทำงานขณะป่วย ชั้น/ปี/แผนก ห้อง/คณะ

2. อาการและอาการแสดง

วันเริ่มป่วย วันที่รับการวินิจฉัย โรงพยาบาล จังหวัด

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาได้เพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา หาย วันที่จำหน่าย เสียชีวิต ระบุ ยังรักษาอยู่
 ส่งต่อ ระบุ ไม่ทราบ

ไข้ ถ้ามีระบุวันเริ่มมีไข้ <input type="checkbox"/> มี ระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	ผื่น ถ้ามีระบุวันเริ่มมีผื่น <input type="checkbox"/> มี ระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ไอ <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	ตาแดง/เยื่อตาอักเสบ <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
มีน้ำมูก <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	ถ่ายเหลว <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ปอดอักเสบ <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	หูน้ำหนวก <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
สมองอักเสบ <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	ปวดข้อ <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ข้อบวมแดง <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	ต่อมน้ำเหลืองโต <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
ตั้งครรภ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ ระบุ สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	Koplik's spots <input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
		อื่น ๆ ระบุ	

3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- 3.1 เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน หรือไม่
 ไม่เคย เคย 1 ครั้ง เคย 2 ครั้ง เคยแต่ไม่ทราบจำนวนครั้ง ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- 3.2 แหล่งข้อมูลเรื่องประวัติวัคซีน สมุดวัคซีน จากคำบอกเล่า
- 3.3 มีประวัติเดินทางไปพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคหัดในช่วง 3 สัปดาห์หรือไม่ ไม่มี มี ระบุ
- 3.4 มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยโรคหัดหรือไข่ออกผื่นในช่วง 3 สัปดาห์ก่อนป่วยหรือไม่ ไม่มี มี ระบุ
- ระบุชื่อ เกี่ยวข้องเป็น

4. ผู้สัมผัส (หากผู้สัมผัสมีอาการให้วงว่าเป็นผู้ป่วยสงสัยโรคหัดหรือหัดเยอรมัน)

- 4.1 ร่วมบ้าน จำนวน คน มีอาการป่วยสงสัยโรคหัด/หัดเยอรมัน คน
4.2 ร่วมสถานศึกษา/ที่ทำงาน จำนวน คน มีอาการป่วยสงสัยโรคหัด/หัดเยอรมัน คน

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 5.1 ตัวอย่างเลือด ไม่เก็บ
 เก็บ วันที่เก็บ วันที่ส่ง ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 5.2 ตัวอย่าง Throat/nasal swab ไม่เก็บ
 เก็บ วันที่เก็บ วันที่ส่ง ผล
ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

ที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์

วันที่รับแจ้งผู้ป่วย วันที่สอบสวน

วันที่รายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง

แบบสอบสวนโรคหัดเยอรมันแต่กำเนิด (Congenital rubella syndrome)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN อาชีพ

ศาสนา สัญชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ภูมิลำเนา เป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุลมารดา เลขที่บัตรประชาชน - - - -

อายุ ปี จำนวนการตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้

ฝากครรภ์หรือไม่ ไม่ฝาก ฝาก ระบุสถานที่ฝากครรภ์ สถานที่คลอดครั้งนี้

อายุครรภ์ของมารดาตอนคลอด สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอด กรัม APGAR score

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

หัวใจพิการแต่กำเนิด ถ้ามี โปรดระบุชนิด.....	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มีจ้ำเลือด (purpura)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตาเป็นต้อกระจก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ศีรษะเล็ก (Microcephaly)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ต้อหินแต่กำเนิด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	สมองหรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningoencephalitis)	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
Pigmentary retinopathy	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตัวเหลือง ตาเหลือง ภายใน 24 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
สูญเสียการได้ยิน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ม้ามโต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
Radiolucent bone disease	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	พัฒนาการล่าช้า	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาการผิดปกติอื่น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ระบุ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจทางซีโรโลยี (Rubella IgM) ไม่ตรวจ ตรวจ
 สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.2 การตรวจทางซีโรโลยี (Rubella IgG) ไม่ตรวจ ตรวจ
 สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 วิธีเพาะแยกเชื้อ ไม่ตรวจ ตรวจ
 สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.4 วิธี PCR ไม่ตรวจ ตรวจ
 สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง วันที่ส่งตรวจ
 ผล ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
 การรักษาคั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
 ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
 ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ระบุ ส่งต่อ ระบุ
 สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

5.1 มารดาเคยได้รับวัคซีนป้องกันหัดเยอรมันก่อนตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้าเคย ระบุอายุที่เคยได้รับวัคซีน	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ
5.2 มารดาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหัดเยอรมันในขณะตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้ามีระบุอายุครรภ์ตอนได้รับการวินิจฉัย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
5.3 มารดามีประวัติไข่ออกฝิ่นระหว่างตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้ามีระบุอายุครรภ์ตอนได้รับการวินิจฉัย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
5.4 มารดามีประวัติไข่ออกฝิ่นร่วมกับมีต่อมน้ำเหลืองโต และปวดข้อระหว่าง ตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้ามีระบุอายุครรภ์ สัปดาห์	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
5.5 มารดาเคยมีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยหัดเยอรมันขณะตั้งครรภ์หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
5.6 มารดาเคยมีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วยไข่ออกฝิ่นขณะตั้งครรภ์หรือไม่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

มีหญิงตั้งครรภ์ที่สัมผัสกับผู้ป่วยหรือไม่

ไม่มี

มี ระบุชื่อ บ้านเลขที่ อายุ เพศ

ไม่มีอาการป่วย

มีอาการป่วย ระบุอาการ

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

แบบสอบสวนโรคคอตีบ (Diphtheria)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)

ชื่อ-สกุล เลขที่บัตรประชาชน - - - -

HN AN อาชีพ

ศาสนา สัญชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ภูมิลำเนา เป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)

จำนวนสมาชิกครอบครัวในบ้านเดียวกัน คน

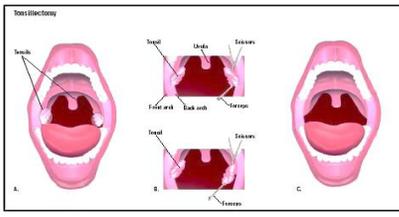
2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ซีฟจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ประวัติ/อาการ	ผลการตรวจร่างกายแรกเริ่ม (กรณีมาโรงพยาบาล)	
ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	Temp °C	BP mmHg
เจ็บคอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	PR /min	RR /min
กินได้น้อย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	Tonsil <input type="checkbox"/> Patch <input type="checkbox"/> Exudates	
ไอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> Injected <input type="checkbox"/> Enlargement	
แผ่นฝ้าขาว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <i>Adherent membrane</i>	Pharynx <input type="checkbox"/> injected <input type="checkbox"/> Not injected	
ตำแหน่งที่พบ (แบบภาพถ่ายประกอบกรรงานได้) <input type="checkbox"/> ทอนซิลซ้าย <input type="checkbox"/> ทอนซิลขวา <input type="checkbox"/> คอ <input type="checkbox"/> จมูก <input type="checkbox"/> ลิ้นไก่ <input type="checkbox"/> คอหอยส่วนหลัง <input type="checkbox"/> กล่องเสียง		
คอบวม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	Lung <input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Abnormal	
อื่น ๆ ระบุ <input type="checkbox"/> แน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> หายใจไม่ออก <input type="checkbox"/> กลืนลำบาก <input type="checkbox"/> สำลักน้ำ <input type="checkbox"/> แขนขาอ่อนแรง		

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
ครั้งที่ 1 วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3$ WBC
Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
Other
- 3.2 การตรวจเพาะเชื้อและการเก็บตัวอย่าง ตรวจ ไม่ตรวจ
ชนิดตัวอย่าง วันที่เก็บ ผลตรวจที่ รพ. Growth No growth ใน 2 วัน
ผลตรวจจากกรมวิทย์ฯ/ศูนย์วิทย์ ผลตรวจ Toxin บวก ลบ
ชนิดตัวอย่าง วันที่เก็บ ผลตรวจที่ รพ. Growth No growth ใน 2 วัน
ผลตรวจจากกรมวิทย์ฯ/ศูนย์วิทย์ ผลตรวจ Toxin บวก ลบ

4. ประวัติการแพ้ยา

- ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา แพ้ยาในกลุ่มเพนนิซิลิน แพ้ยาในกลุ่ม Erythromycin
 เคยแพ้เซรุ่มมาก่อน แพ้ยาในกลุ่มอื่น ๆ ระบุ

5. ประวัติวัคซีน

- 5.1 การรับวัคซีน ไม่เคยได้รับ ไม่มีข้อมูล/ไม่แน่ใจ
 เคยได้รับวัคซีน ระบุจำนวนครั้งที่ได้รับ
- กรณีเด็กวัคซีน ครบตามเกณฑ์ ไม่ครบ ครั้งล่าสุดที่ได้รับ วันที่
ระบุ (DTP1, DTP2 เป็นต้น)
- กรณีผู้ใหญ่ dT จำนวน เข็ม ครั้งล่าสุดที่ได้รับ วันที่

6. การรักษา

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
 ซ้ำยากินเอง ชื่อยา
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ รพ.สต. วันที่ วินิจฉัย
- รพ. วันที่ วินิจฉัย
- คลินิก วันที่ วินิจฉัย
- การรักษาครั้งนี้ วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.
ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ระบุ ส่งต่อ ระบุ
- สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย
- การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของแพทย์ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ทางเดินหายใจอุดตัน
 เส้นประสาทอักเสบ อื่น ๆ ระบุ
- การรักษา DAT วันที่ ขนาด หน่วย
 dT/DPT วันที่ ขนาด หน่วย
- การได้รับยาปฏิชีวนะในการป่วยครั้งนี้
 ไม่ได้รับ ได้รับ วันแรกที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
- ชนิดของยาที่ได้รับ Roxithromycin Erythromycin PGS
 ใส่ท่อช่วยหายใจ (ET-tube) เจาะคอ (Tracheostomy)

7. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- โรคประจำตัว ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
 อื่น ๆ
- มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ
- มีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำ ประวัติสารเสพติด ระบุ
- มีประวัติเดินทางใน 14 วันก่อน ไม่ได้เดินทาง เดินทาง (ระบุ)
ระบุสถานที่ วันที่เดินทางไป กลับ
- สัมผัสผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคติดต่อในระยะ 14 วันก่อนป่วย
ระบุชื่อ ลักษณะการสัมผัส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
- ไปร่วมงานเลี้ยงหรืองานเทศกาลในระยะ 14 วันก่อนป่วย
ระบุชื่อ ลักษณะการสัมผัส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
ระบุสถานที่ วันที่

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

ทะเบียนรายงานการตรวจ Throat swab คาเชื้อ Corynebacterium diphtheriae (แบบคอตัว 4)

อำเภอ จังหวัด

ที่	ชื่อ-สกุล	HN	อายุ(ปี)	ที่อยู่	วันที่เก็บ TSC	วันที่ลง Plate	ผล Throat swab culture	หมายเหตุ
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

หมายเหตุ : แบบรายงานนี้ใช้สำหรับทะเบียนการตรวจ Throat swab คาเชื้อ Corynebacterium diphtheriae ที่มีข้อให้สรุปและรายงาน สสจ. หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการค้นหาโดยเร็ว

3.4 การตรวจโดยวิธีอื่น ๆ ไม่ตรวจ ตรวจ ระบุวิธี

สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง วันส่งตรวจ

ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ ผลการตรวจ

4. การรักษา

ไม่ได้รับการรักษาใดๆ

ซื้อยากินเอง ชื่อยา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย

การรักษา

.....

วันที่วินิจฉัย / / วันที่จำหน่าย / /

ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ วันที่ได้รับ

5. ประวัติการได้รับวัคซีน

5.1 MMR 1 ได้ วันที่ได้รับวัคซีน ไม่ได้ ไม่ทราบ

5.2 MMR 2 ได้ วันที่ได้รับวัคซีน ไม่ได้ ไม่ทราบ

5.3 มีบัตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ มี ไม่มี

6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

6.1 ในช่วง 25 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยโรคคางทูมหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ

1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย

ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย

ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

6.2 ในช่วง 25 วันที่ผ่านมา ก่อนป่วย มีผู้ป่วยด้วยโรคคางทูมที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกบ้านเดียวกันหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ

1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย

ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย

ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

- 6.3 ในช่วง 25 วันที่ผ่านมา ก่อนที่ผู้ป่วยรายนี้จะมีผู้ป่วยด้วยโรคคางทูมที่อยู่ในโรงเรียนหรือสถานที่ทำงานเดียวกันหรือไม่
- ไม่มี มี ระบุ
1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย
- ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์
2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันที่เริ่มป่วย
- ประวัติการรับวัคซีน ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์

7. การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด

ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ก่อนที่ผู้ป่วยรายนี้จะมีอาการปวดบวมที่ต่อมน้ำลายหรือ 9 วันหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการปวดบวมที่ต่อมน้ำลายมีประวัติสัมผัสกับคนอื่น ๆ หรือไม่

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ	
				วันที่เริ่มป่วย	
2.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ	
				วันที่เริ่มป่วย	
3.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ	
				วันที่เริ่มป่วย	
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ	
				วันที่เริ่มป่วย	
5.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ	
				วันที่เริ่มป่วย	

8. การค้นหาผู้ป่วยรายอื่น ๆ

1. ชื่อ อายุ ปี เพศ หมายเลขโทรศัพท์
- มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี ระบุ
2. ชื่อ อายุ ปี เพศ หมายเลขโทรศัพท์
- มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี ระบุ

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

แบบสอบถามโรคบาดทะยัก (Tetanus)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN อาชีพ

ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ขากรรไกรแข็ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คอแข็ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กล้ามเนื้อเกร็งทั่วร่างกาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หน้าอัมเสยยะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลืนลำบาก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่นๆ	

3. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย

ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ วันที่ได้รับ

4. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ในช่วง 21 วันที่ผ่านมา ท่านมีบาดแผลหรือไม่ ไม่มี มี อธิบาย

4.1. มีบาดแผลเกิดจาก ระบุ วันที่เกิดบาดแผล

4.2. ตำแหน่งของบาดแผล ระบุ

4.3. การทำความสะอาดบาดแผล ระบุ

5. ประวัติวัคซีน

เคยได้รับการฉีดที่ออกชอยด์ป้องกันบาดทะยักหรือไม่

ไม่เคย

เคย ระบุ จำนวน ครั้ง ครั้งสุดท้ายฉีดเมื่อวันที่

เข็มก่อนหน้าครั้งสุดท้ายฉีดเมื่อวันที่

เคย แต่ไม่ทราบจำนวนครั้ง

ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

แบบสอบสวนโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด (Tetanus neonatorum)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN อาชีพ

ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ทารกมีปัญหาเรื่องการดูดนม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อาการชัก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
แขนขาเหยียดเกร็ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	คอแข็ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หลังแข็ง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ภาวะแทรกซ้อน
อื่น ๆ	

3. การรักษา

ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย เวลา น.

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

สถานที่รักษา วันที่จำหน่าย

ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ วันที่ได้รับ

แบบฟอร์ม AFP3/40

แบบสอบสวนโรค AFP/โศปโปลิโอ (Polio)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (เด็กชาย/เด็กหญิง) เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□□
 วัน/เดือน/ปี เกิด อายุขณะเริ่มป่วย ปี เดือน เพศ □ ชาย □ หญิง
 อาชีพ ศาสนา เชื้อชาติ
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ชื่อบิดา ชื่อมารดา
 ชื่อผู้ปกครอง (ในกรณีที่เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา)
 อาชีพของบิดา/มารดา หมายเลขโทรศัพท์
 ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน ระดับชั้นการศึกษา โรงเรียน หมู่ที่
 ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ผู้สอบสวนได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วย AFP วันที่ วันที่สอบสวน

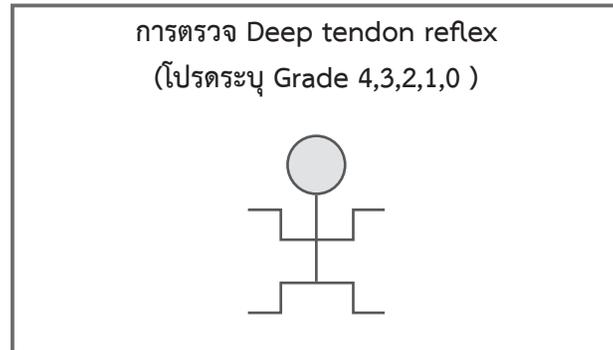
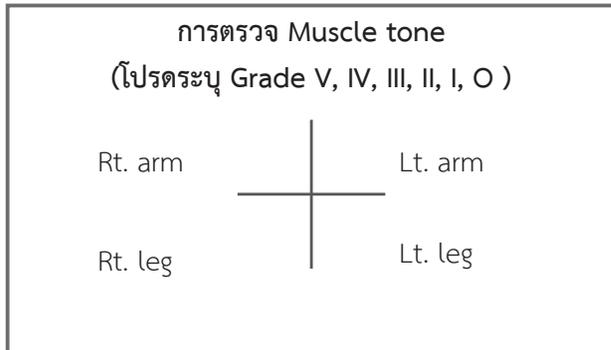
2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

วันที่เริ่มป่วย (อาจมีหรือไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง)
 วันที่เริ่มมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง (AFP)
 วันที่เริ่มรักษา (วันที่เข้ารับการรักษาใน รพ. แห่งแรกซึ่งเป็นเครือข่ายเฝ้าระวัง หลังจากผู้ป่วยมีอาการ AFP)
 สถานที่รักษาในปัจจุบัน HN

มีไข้ในวันที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่	<input type="checkbox"/> มี ระบุ	องศาเซลเซียส	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่				
● คอแข็ง			<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
● ปวดกล้ามเนื้อ			<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
อาการอื่น ๆ (ระบุ)				
ลักษณะของอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง				
● กล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดอ่อนปวกเปียก (Flaccid)			<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
● กล้ามเนื้ออ่อนแรงแบบเฉียบพลัน (Acute)			<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
● สูญเสียประสาทส่วนรับความรู้สึก (Sensation loss) เช่น ไม่รู้สึกเจ็บ ไม่รู้สึกร้อนเย็น เป็นต้น			<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
● กล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่เท่ากัน (Asymmetry)			<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี

- ตำแหน่งที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Position) และระดับความอ่อนแรงจากการตรวจร่างกาย

<input type="checkbox"/> ขาซ้าย	<input type="checkbox"/> ขาขวา
grade	grade
<input type="checkbox"/> แขนซ้าย	<input type="checkbox"/> แขนขวา
grade	grade



การวินิจฉัยแรกได้รับ วันที่วินิจฉัย

การวินิจฉัยสุดท้าย วันที่วินิจฉัย

3. ประวัติการรักษา

เมื่อมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรับการรักษาจากสถานพยาบาลอื่นใดบ้าง

- ไม่เคยไป
- ไป ระบุชื่อสถานพยาบาล

1. HN วันที่
2. HN วันที่
3. HN วันที่
4. HN วันที่
5. HN วันที่

4. ประวัติการสัมผัสโรค

4.1 ประวัติการสัมผัสโรคในช่วงระยะเวลา 30 วันก่อนเริ่มป่วย (เช่น การเดินทาง การสัมผัสกับผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคโปลิโอ)

4.2 มีผู้สัมผัสใกล้ชิดได้รับ OPV ในช่วง 75 วัน ก่อนผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงบ้างหรือไม่ ไม่มี มี
ถ้ามีโปรดให้รายละเอียดผู้สัมผัสใกล้ชิด ชื่อ อายุ ปี เดือน
ที่อยู่ บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

วันที่ผู้สัมผัสใกล้ชิดได้รับวัคซีน

5. การเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจ

- 5.1 การเก็บตัวอย่างอุจจาระของผู้ป่วย
- เก็บครั้งที่ 1 วันที่
 - เก็บครั้งที่ 2 วันที่
 - เก็บไม่ได้ เนื่องจาก

5.2 การเก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย AFP (เก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดในกรณีที่เก็บอุจจาระผู้ป่วย AFP ไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตหรือติดตามไม่พบ โดยเก็บตัวอย่างผู้สัมผัสใกล้ชิดอายุไม่เกิน 15 ปี และไม่เคยได้รับวัคซีนโปลิโอ ในช่วง 30 วัน ก่อนเก็บตัวอย่าง และเก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดจำนวน 5 ราย ๆ ละ 1 ตัวอย่าง)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เพศ	อายุ	วันที่เก็บ อุจจาระ	ได้รับ OPV ครั้ง สุดท้ายเมื่อวันที่	อาศัยอยู่บ้าน เดียวกัน กับผู้ป่วยหรือไม่
1.						<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2.						<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3.						<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4.						<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5.						<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

6. การค้นหาผู้ป่วย AFP รายอื่น

ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ป่วยอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงในชุมชนเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ ชื่อ
 ที่อยู่ บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย ถนน
 ตำบล อำเภอ จังหวัด

หมายเหตุ : เจ้าหน้าที่ระดับชาติ ควรตรวจสอบค้นหาผู้ป่วย AFP รายอื่นในชุมชน ซึ่งอาจจะยังไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยังไม่ได้รายงาน และดำเนินการรายงานมาตาม ข้อ 6 นี้

7. ประวัติการได้รับวัคซีนของผู้ป่วย

7.1 การได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานตามกำหนดปกติ

ชนิดวัคซีน	ไม่ทราบ	ไม่ได้รับ	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับวัคซีน				
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน (OPV)							
วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด (IPV)							
วัคซีนอื่น ๆ ระบุ							

แหล่งข้อมูลการรับวัคซีน โปรดระบุ

สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก ทะเบียนการได้รับวัคซีนในเด็กที่สถานพยาบาล
 คำบอกเล่าจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง อื่น ๆ ระบุ

7.2 การได้รับวัคซีนโปลิโอในโอกาสอื่น

การได้รับวัคซีนโปลิโอ	จำนวนครั้ง	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับวัคซีนครั้งล่าสุด	แหล่งข้อมูล
ได้รับวัคซีนเพื่อการรณรงค์			
- วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน (OPV)			
- วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด (IPV)			
ได้รับวัคซีนเพื่อการควบคุมโรค			
- วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน (OPV)			
- วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด (IPV)			

8. ข้อมูลการตรวจสอบรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย

8.1 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย และหมู่บ้านที่มีประวัติสัมผัสหรือถ่ายทอดโรค

กลุ่มอายุ	เป้าหมาย (คน)	จำนวนคนที่ได้รับวัคซีนโปลิโอ ตามระบบปกติ (คน)		ความครอบคลุม (ร้อยละ)	
		OPV 3	IPV	OPV 3	IPV
ต่ำกว่า 1 ปี				ไม่ต้องคำนวณ	
ตั้งแต่ 1 ปี ถึงต่ำกว่า 5 ปี					

หมายเหตุ: กลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปี ไม่ต้องคำนวณความครอบคลุมการได้รับวัคซีน เนื่องจากเด็กบางรายยังไม่ถึงกำหนดรับวัคซีน OPV ครั้งที่ 3 หรือวัคซีน IPV

8.2 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุครบ 1 ปี ในตำบลที่พบผู้ป่วย

กลุ่มอายุ	เป้าหมาย (คน)	จำนวนคนที่ได้รับวัคซีนโปลิโอ ตามระบบปกติ (คน)		ความครอบคลุม (ร้อยละ)	
		OPV 3	IPV	OPV 3	IPV
เด็กอายุครบ 1 ปี ในเดือนที่พบผู้ป่วย					

8.3 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ช่วงรณรงค์ครั้งล่าสุด (ถ้ามี) ในตำบลที่พบผู้ป่วย

การรณรงค์	จำนวนเด็ก ในตำบล (คน)	จำนวนคนที่ได้รับวัคซีนโปลิโอ (คน)		ความครอบคลุม (ร้อยละ)	
		OPV 3	IPV	OPV 3	IPV
รอบที่ 1 วันที่					
รอบที่ 2 วันที่					

หมายเหตุ: ข้อมูลการได้รับวัคซีนในข้อ 7 และข้อ 8 ให้ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ร่วมดำเนินการตรวจสอบข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

โปรดส่งรายงานที่

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับแจ้งรายงานผู้ป่วย
โทรสาร 0 2590 3845 หรือ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ outbreak@health.moph.go.th

แบบสอบสวนโรคสุกใส หรืออีสุกอีใส (Varicella, Chickenpox)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)

เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

HN AN อาชีพ ลักษณะงานที่ทำ

เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ภูมิลาเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี

วันที่เริ่มป่วย เวลา น.

การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที

หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ผื่นแดง (papule) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตุ่มน้ำใส <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตุ่มหนอง (pastule) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หายใจเหนื่อยหอบ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	แผลตกสะเก็ด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 วิธี PCR ไม่ตรวจ ตรวจ ระบุ
- สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง
- สถานที่ส่งตัวอย่าง ผลการตรวจ
- 3.2 การตรวจหาระดับ Neutralizing antibody titer ต่อ varicella zoster virus
- ไม่ตรวจ ตรวจ ระบุ
- เจาะเลือดครั้งที่ 1 วันที่เจาะ สถานที่ส่งตัวอย่าง
- ผล Titer
- เจาะเลือดครั้งที่ 2 วันที่เจาะ สถานที่ส่งตัวอย่าง
- ผล Titer
- 3.3 วิธี ELISA test ไม่ตรวจ ตรวจ ระบุ
- เจาะเลือดวันที่ สถานที่ส่งตัวอย่าง
- ผลการตรวจ
- 3.4 วิธี TZANCK test ไม่ตรวจ ตรวจ ระบุ
- วันที่เก็บตัวอย่าง สถานที่ส่งตัวอย่าง
- ผลการตรวจ ไม่พบ พบ Multinucleated giant cell

3.5 การตรวจโดยวิธีอื่น ๆ ไม่ตรวจ ตรวจ ระบุวิธี

สิ่งส่งตรวจ วันที่เก็บตัวอย่าง

สถานที่ส่งตัวอย่าง ผลการตรวจ

4. การรักษา

ประวัติการรักษาก่อนหน้านี้ เคยไปรับการรักษาที่สถานบริการอื่นหรือไม่
 ไม่เคยไป
 เคยไป ระบุชื่อสถานบริการ วันที่/...../.....

การรักษาครั้งนี้ : สถานที่รักษา เข้ารับการรักษาวันที่/...../.....

ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
 ไม่ได้รับ ได้รับ ระบุ 1. วันที่ได้รับ
 2. วันที่ได้รับ
 3. วันที่ได้รับ

การวินิจฉัย วันที่/...../..... วันที่จำหน่าย/...../.....

5. ประวัติการได้รับวัคซีน (ประวัติการรับวัคซีนให้ตอบจำนวน doses ทั้งหมดที่ได้รับ)

ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคสุกใส
 DOSE 1 ไม่ วันที่ ไม่ได้ ไม่ทราบ
 DOSE 2 ไม่ วันที่ ไม่ได้ ไม่ทราบ

แหล่งข้อมูลการรับวัคซีน โปรตระระบุ
 สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก ทะเบียนการได้รับวัคซีนในเด็กที่สถานบริการ

คำบอกเล่าจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง อื่น ๆ ระบุ

6. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

6.1 ในช่วง 21 วันก่อนป่วยเคยสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสในโรงเรียน/สถานที่ทำงาน หรือไม่
 ไม่เคย เคย (ระบุชื่อ)

1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

6.2 ในช่วง 21 วันก่อนป่วยมีผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสที่อยู่บ้านเดียวกันหรือไม่
 ไม่เคย เคย (ระบุชื่อ)

1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

6.3 ในช่วง 21 วันก่อนป่วยมีผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคสุกใสที่อยู่บ้านติดกันหรือในละแวกเดียวกันหรือไม่
 ไม่เคย เคย (ระบุชื่อ)

1. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

2. ชื่อ อายุ ปี เพศ วันเริ่มป่วย ประวัติการรับวัคซีน

7. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

ในช่วง 5 วันที่ผ่านมา นับจากวันที่ผู้ป่วยรายนี้เริ่มมีตุ่มใส มีประวัติสัมผัสกับบุคคลอื่นหรือไม่

ไม่มี มี ระบุ

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
2.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
3.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
5.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

แบบสอบสวนโรคไอกรน (Pertussis)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
 เลขที่บัตรประชาชน - - - - อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง
 HN AN อาชีพ
 ศาสนา เชื้อชาติ หมายเลขโทรศัพท์
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ภูมิลำเนา เป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ระบุ
 บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) หมายเลขโทรศัพท์

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่ ไม่มี มี
 วันที่เริ่มป่วย เวลา น.
 การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย องศาเซลเซียส ชีพจร ครั้ง/นาที
 หายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต มม.ปรอท

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ไอเป็นชุด (paroxysms) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีน้ำมูก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ตาแดง น้ำตาไหล <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีเสียงหายใจเข้าดังฮู้บ หลังอาการไอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หน้าเขียวเนื่องจากขาด ออกซิเจน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อาเจียนหลังการไอ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	มีเลือดออกใต้เยื่อตาขาว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หายใจติดขัด <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ชัก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หยุดหายใจขณะหลับ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อื่น ๆ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 3.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
 วันที่ส่งตรวจ Hct % Platelet $\times 10^3 \text{ Cell/m}^3$ WBC
 Neutrophil % Lymphocyte % Eosinophil % Monocyte %
 Other
- 3.2 วิธี PCR ไม่ตรวจ ตรวจ
 สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ ผลการตรวจ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ
- 3.3 การเพาะเชื้อแบคทีเรีย ไม่ตรวจ ตรวจ
 สิ่งส่งตรวจ วันส่งตรวจ ผลการตรวจ
 ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ

4. การรักษา

4.1 ประวัติการรักษาครั้งก่อน

- ไม่ได้รับการรักษาใดๆ
- ซื้อยากินเอง ชื่อยา วันที่ / /
- ไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล ระบุ วันที่ / /
- อื่น ๆ ระบุ วันที่ / /
- ได้รับยาปฏิชีวนะหรือไม่ ไม่ได้ ได้ ระบุ
- ชื่อยา..... วันที่เริ่มได้รับยา / / ขนาด.....
- ชื่อยา..... วันที่เริ่มได้รับยา / / ขนาด.....
- ชื่อยา..... วันที่เริ่มได้รับยา / / ขนาด.....

4.2 การรักษาปัจจุบัน

- วันที่มาโรงพยาบาล / / สถานที่รักษา
- ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา กำลังรักษา หาย เสียชีวิต ส่งต่อ ระบุ.....
- การรักษา
-
- การวินิจฉัย วันที่วินิจฉัย / / วันที่จำหน่าย / /

5. ประวัติการได้รับวัคซีน

- DTP/DTP-HB/DTP-HB-Hib 1 ไม่ได้ ได้ เมื่อวันที่ ไม่ทราบ
- DTP/DTP-HB/DTP-HB-Hib 2 ไม่ได้ ได้ เมื่อวันที่ ไม่ทราบ
- DTP/DTP-HB/DTP-HB-Hib 3 ไม่ได้ ได้ เมื่อวันที่ ไม่ทราบ
- DPT 4 ไม่ได้ ได้ เมื่อวันที่ ไม่ทราบ
- DPT 5 ไม่ได้ ได้ เมื่อวันที่ ไม่ทราบ

มีสมุดบันทึกประวัติการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่ มี ไม่มี

ถ้าไม่มีสมุดบันทึกประวัติการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ให้ประวัติการรับวัคซีนจาก :

- ผู้ป่วยจำได้เอง ตามผู้ปกครอง อื่น ๆ

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

รายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้าน/โรงเรียน/ชุมชน (ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรือละแวกบ้านเดียวกัน เฉพาะที่มีอาการคล้ายผู้ป่วย) ในช่วง 21 วันก่อนป่วย นับจากวันที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไอเป็นชุด ๆ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
2.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
3.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	
5.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ วันที่เริ่มป่วย	

ผู้ให้ข้อมูล หมายเลขโทรศัพท์

ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง

หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด

วันที่สอบสวน หมายเลขโทรศัพท์

แบบสอบสวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI 2)

(1) ข้อมูลผู้ป่วย	
เลขที่ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> HN <input type="checkbox"/> AN	วันเดือนปีเกิด...../...../.....
เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก	อายุขณะป่วย ปี เดือน วัน
คำนำหน้า/ชื่อ/สกุล	อายุ <input type="checkbox"/> < 1ปี <input type="checkbox"/> 1-5 ปี <input type="checkbox"/> > 5 ปี
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยจากชุมชน
ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล	อำเภอ
จังหวัด.....	โทรศัพท์บ้าน
ชื่อผู้ปกครอง(กรณีผู้ป่วยอายุ < 15ปี)	โทรศัพท์มือถือ.....
	โทรศัพท์ผู้ปกครอง

(2) ข้อมูลวัคซีน/สถานที่รับวัคซีน															
ชื่อสถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข)	ที่อยู่ถนน														
อำเภอ	ตำบล														
จังหวัด	<input type="checkbox"/> ภาครัฐ <input type="checkbox"/> ภาคเอกชน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....														
<input type="checkbox"/> เป็นสถานที่ตั้งถาวร <input type="checkbox"/> เป็นหน่วยเคลื่อนที่ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)															
วัคซีนที่ได้รับเป็นกรณี <input type="checkbox"/> กรณีรณรงค์ <input type="checkbox"/> กรณีปกติในงาน EPI <input type="checkbox"/> กรณีอื่น ๆ (ระบุ)															
วัคซีน							ตัวทำลาย								
ชื่อวัคซีน	ปริมาณที่ให้	วิธีที่ให้	ตำแหน่ง	เข็มที่/ครั้งที่	ว/ด/ป	เวลาที่	ชื่อผู้ผลิต	เลขที่ผลิต	วันหมดอายุ	ชื่อตัวทำลาย	เลขที่ผลิต	วันหมดอายุ	ว/ด/ป	เวลาที่	เวลาที่ผสม

(3) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยก่อนได้รับวัคซีน		
ข้อมูล	คำตอบ	ถ้าตอบใช่ ระบุรายละเอียด
เคยมีอาการป่วยในอดีตที่คล้ายคลึงกับอาการป่วยในครั้งนี้อหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
เคยมีอาการป่วยหลังจากได้รับวัคซีนครั้งก่อนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
มีประวัติการแพ้วัคซีน/ยา/อาหารหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ในช่วง 30 วันก่อนได้รับวัคซีนในครั้งนี้อมีอาการป่วยหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
มีความผิดปกติแต่กำเนิดหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ในช่วง 30 วันที่ผ่านมาได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ขณะนี้ผู้ป่วยกำลังใช้ยารักษาโรคอยู่หรือไม่ (ถ้าใช่ ระบุชื่อยา, ข้อบ่งใช้, ขนาด, และวันที่ใช้)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
คนในครอบครัวเคยมีประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับ AEFI หรืออาการแพ้ใด ๆ หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
สำหรับผู้หญิง	กำลังตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ใช่ (อายุครรภ์)	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
	กำลังให้นมบุตร <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	

(3) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยก่อนได้รับวัคซีน	
สำหรับทารก (อายุ < 1 ปี) การคลอด	<input type="checkbox"/> ครบกำหนด <input type="checkbox"/> ก่อนกำหนด <input type="checkbox"/> เกินกำหนด น้ำหนักแรกคลอด กรัม <input type="checkbox"/> คลอดปกติ <input type="checkbox"/> ผ่าคลอด <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์ช่วย (forceps, vacuum etc.) <input type="checkbox"/> มีภาวะแทรกซ้อน (ระบุ)

(4) อาการ/การรักษา/การวินิจฉัย**	
แหล่งที่มาของข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> จากการตรวจร่างกายโดยแพทย์ <input type="checkbox"/> สืบค้นเวชระเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)	
การขึ้นสูตรศทางวาจา (ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล)	
อาการและอาการแสดง ตามลำดับเหตุการณ์หลังจากได้รับวัคซีน	
การวินิจฉัยของแพทย์	
ว/ด/ป ที่เริ่มมีอาการ เวลาที่เริ่มมีอาการ ว/ด/ป ที่รับการรักษาว/ด/ป ที่จำหน่าย สถานที่รักษา แพทย์ผู้รักษา	
สภาพผู้ป่วยขณะสอบสวน <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย <input type="checkbox"/> พิการ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป) ผ่าพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> มีการผ่าพิสูจน์ศพ (ระบุ ว/ด/ป) สถานที่ทำการ <input type="checkbox"/> ไม่มีการพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> แต่มีแผนที่จะดำเนินการ (ระบุ ว/ด/ป) สถานที่ทำการ (แนบใบรายงานผล ถ้ามี)	
บันทึกข้อมูลเพิ่มเติมที่สอบสวนได้ลงในที่ว่างข้างล่าง เช่น สอบสวนเหตุการณ์ ประวัติครอบครัว ประวัติการเลี้ยงดู สิ่งแวดล้อม ในและนอกบ้าน เป็นต้น (แนบกระดาษบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมได้) กรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้แนบสำเนาเอกสารเวชระเบียนทั้งหมดของผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการป่วย การรักษา การส่งสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ และผลการผ่าพิสูจน์ศพ เป็นต้น	
ชื่อ-สกุล ผู้บันทึกข้อมูลรายละเอียดอาการของผู้ป่วยตามข้างบน	
ตำแหน่ง หน่วยงาน โทร วันที่บันทึกข้อมูล.....	

(5) ข้อมูลวัคซีนในวันที่ผู้ป่วยได้รับวัคซีน									
จำนวนผู้ได้รับวัคซีน แต่ละชนิดในสถานที่ ให้วัคซีนในวันนั้น	ชื่อวัคซีน								
	จำนวนผู้ได้รับ วัคซีน								
1. ผู้ป่วยได้รับวัคซีนในช่วงเวลาใด <input type="checkbox"/> เป็นคนแรก ๆ ของการให้วัคซีนในวันนั้น <input type="checkbox"/> เป็นคนท้าย ๆ ของการให้วัคซีนในวันนั้น <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									
ในกรณีที่ได้รับวัคซีนมากกว่า 1 โดส ผู้ป่วยได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> ภายใน 2-3 โดสแรก <input type="checkbox"/> เป็นโดสสุดท้าย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									
2. มีข้อผิดพลาดในการสั่งใช้วัคซีนโดยไม่ได้เป็นไปตามคำแนะนำ ในการใช้วัคซีนหรือไม่					<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย				
3. ท่านคิดว่ากระบวนการเตรียมหรือให้วัคซีนกับผู้ป่วย อาจไม่ปราศจากเชื้อ (unsterile technic) หรือไม่					<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย				
4. ท่านคิดว่ามีลักษณะผิดปกติทางกายภาพของวัคซีนที่ให้กับผู้ป่วย หรือไม่ (เช่น สี ความขุ่น มีวัตถุปนเปื้อน เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย				
5. ท่านคิดว่ามีความคาดเคลื่อนของผู้ให้วัคซีนในการผสมวัคซีนหรือ เตรียมวัคซีนหรือไม่ (เช่น หยิบวัคซีนหรือหยิบตัวทำลายผสม ผสมวัคซีนกับตัวทำลายไม่ตีพอ ปริมาณของวัคซีนที่ดูดเข้า กระบอกฉีดยาไม่เหมาะสม เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย				
6. ท่านคิดว่ามีความคาดเคลื่อนในการเก็บหรือการขนส่งวัคซีน หรือไม่ (เช่น ระบบลูกโซ่ความเย็นขณะขนส่ง การเก็บรักษาวัคซีน หรือในระหว่างการให้บริการ ไม่ดี เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย				
7. ท่านคิดว่า การให้วัคซีนไม่ถูกต้องหรือไม่ (เช่น ปริมาณ ตำแหน่ง วิธีการ ขนาดเข็มที่ฉีดไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การให้วัคซีน เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย				
8. จำนวนผู้ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันกับผู้ป่วย คน มีอาการป่วย คน									
9. จำนวนผู้ได้รับวัคซีนชนิดนี้ในวันเดียวกันกับผู้ป่วย คน มีอาการป่วย คน									
10. จำนวนผู้ได้รับวัคซีน lot no. เดียวกันในสถานบริการแห่งอื่น ๆ ในเขตอำเภอเดียวกันจำนวนรวม คน จากสถานบริการ แห่ง มีอาการป่วย คน									
11. ผู้ป่วยรายนี้เป็นส่วนหนึ่งของการป่วยเป็นกลุ่มก้อนหรือไม่					<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ใช่ ถ้าใช่ : มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ราย				
12. ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันหรือไม่					<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าไม่ใช่ : จำนวนขวดวัคซีนที่ผู้ป่วยได้รับ ขวด				
13. มีการประเมินสุขภาพของเด็กก่อนได้รับวัคซีนหรือไม่					<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ				

(6) ข้อมูลการให้บริการวัคซีนในสถานที่ที่ผู้ป่วยได้รับวัคซีน (บันทึกข้อมูลส่วนนี้โดยการถามหรือโดยการสังเกต)	
กระบอกฉีดยาและเข็มฉีดยาที่ใช้ : ใช้ AD syringes ในการให้วัคซีนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ้าไม่ใช่ AD syringes ใช้กระบอกฉีดยาชนิดใด	<input type="checkbox"/> ใช้ครั้งเดียวทิ้ง <input type="checkbox"/> นำกลับมาใช้ซ้ำ <input type="checkbox"/> แก้ว <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	
สำหรับวัคซีนที่ต้องผสมตัวทำละลายผงวัคซีน :	
ใช้กระบอกฉีดยาเดียวกันในการดูดตัวทำละลายวัคซีนชนิดเดียวกันแต่ใช้กับวัคซีนหลายขวด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ใช้กระบอกฉีดยาเดียวกันในการดูดตัวทำละลายวัคซีนและใช้กับวัคซีนหลายชนิด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
แยกกระบอกฉีดยาในการดูดตัวทำละลายวัคซีนในวัคซีนแต่ละขวด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
วัคซีนและตัวทำละลายที่ใช้ เป็นของบริษัทผู้ผลิตเดียวกันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	

(7) ระบบลูกโซ่ความเย็นและการขนส่ง (บันทึกข้อมูลส่วนนี้โดยการถามหรือโดยการสังเกต)	
การเก็บรักษาวัคซีน :	
มีการบันทึกข้อมูลอุณหภูมิตู้เย็นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ครั้ง/วัน
ถ้ามี พบว่าอุณหภูมิตู้เย็นต่ำกว่า +2 หรือสูงกว่า +8 °c หลังจากนำวัคซีนเข้าไปเก็บแล้วหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
ถ้าใช่ ให้เพิ่มเติมรายละเอียดในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain breakdown)	
ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการเก็บรักษาวัคซีน ตัวทำละลาย และการใช้กระบอกฉีดยาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีสิ่งของอื่น (เช่น ยา อาหาร) นอกจากวัคซีน และตัวทำละลาย เก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีวัคซีนที่ผสมแล้วยังเหลืออยู่เก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีวัคซีนที่เสื่อมคุณภาพเก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่ (เช่น วัคซีนหมดอายุ ไม่มีฉลากที่ขวด VVM อยู่ในระยะ 3-4 หรือวัคซีนที่แข็งตัว)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีตัวทำละลายที่เสื่อมคุณภาพเก็บรักษาไว้หรือไม่ (เช่น ตัวทำละลายหมดอายุ ขวดมีรอยร้าว คนละบริษัทกับวัคซีน ขวดบรรจุสกปรก)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	

การขนส่งวัคซีน :			
อุปกรณ์ที่ใช้ในการขนส่งวัคซีน	<input type="checkbox"/> กระติกวัคซีน	<input type="checkbox"/> กล่องโฟม	<input type="checkbox"/> อุปกรณ์อื่น ๆ ระบุ
ขนส่งวัคซีนมาที่สถานที่ให้วัคซีน	<input type="checkbox"/> ก่อนวันที่ให้บริการ	<input type="checkbox"/> ในวันที่ให้บริการ	
มีการใช้ conditioning ice-pack หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น			

(8) การสอบสวนในชุมชน (เยี่ยมพื้นที่ สัมภาษณ์บิดามารดา ผู้ปกครอง และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)	
มีเหตุการณ์ที่มีผู้ป่วยคล้ายกับผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้และเกิดในอำเภอเดียวกันกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ถ้ามี ระบุ	ราย เป็นผู้ได้รับวัคซีน
ถ้ามี ระบุ	ราย ไม่ได้รับวัคซีน
ถ้ามี ระบุ	ราย อธิบายรายละเอียด
ถ้ามี ระบุ	ราย
ถ้ามี ระบุ	ราย
ถ้ามี ระบุ	ราย
ถ้ามี ระบุ	ราย

(9) ข้อมูลอื่น ๆ ที่ตรวจพบหรือสังเกตได้และข้อคิดเห็น	

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวน	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	โทร
ชื่อ-สกุลผู้สอบสวน	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	โทร
ชื่อ-สกุลผู้สอบสวน	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	โทร
วันที่สอบสวน	วันที่บันทึกแบบสอบสวน (AEFI 2)	วันที่ส่งแบบสอบสวน (AEFI 2)	
ชื่อ-สกุลผู้ส่งแบบสอบสวน (AEFI 2)	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	
หมายเลขโทรศัพท์หน่วยงาน	โทรศัพท์มือถือ	E mail	