

แบบสรุปรายชื่อผู้ป่วยเฉพาะรายอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI 1)

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

เลขที่ผู้ป่วย <input type="radio"/> HN <input type="radio"/> AN	อายุขณะป่วย	เพศ	ประเภทผู้ป่วย	เคยมีประวัติการแพ้วัคซีน/ ยา
ชื่อ/นามสกุล	ปี..... เดือน..... วัน.....	<input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง	<input type="radio"/> ผู้ป่วยใน <input type="radio"/> ผู้ป่วยนอก	<input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี (ระบุ).....
ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย	หมู่ที่	ว/ด/ป เกิด/...../.....		เคยมีประวัติการแพ้ยา
ตำบล อำเภอ จังหวัด		เชื้อชาติ <input type="radio"/> ไทย <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ).....		<input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี (ระบุ).....
โรคประจำตัว	<input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี (ระบุ).....			อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี (ระบุ).....
การเจ็บป่วยในอดีต	<input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี (ระบุ).....			

ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี):

2. ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน

ชื่อวัคซีน	ขนาดและวิธีให้			เข็มที่/ครั้งที่	ว/ด/ป และ เวลาที่ได้รับวัคซีน	ชื่อผู้ผลิต/ ผู้จำหน่าย/ เลขที่ผลิต/ วันหมดอายุ	สถานที่รับวัคซีน
	ปริมาณ	วิธีให้	ตำแหน่งที่ฉีด				

3. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์/การวินิจฉัย

ว/ด/ป และเวลาที่เริ่มเกิดอาการ:	ว/ด/ป ที่รับรักษา:	วันที่จำหน่าย:
อาการและการตรวจพบ (ระบุ signs and symptoms และรายละเอียดอื่นๆ ของผู้ป่วย)		การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
<p>กรณีผู้ป่วย AEFI ที่ต้องรายงาน</p> <p><input type="radio"/> 1. การเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน <input type="radio"/> 5. อาการไข้สูงปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน</p> <p><input type="radio"/> 2. กลุ่มอาการทางระบบประสาททุกชนิด (Neurological syndrome) <input type="radio"/> 6. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล</p> <p><input type="radio"/> 3. อาการแพ้รุนแรง เช่น anaphylaxis หรืออาการแพ้รุนแรงอื่นๆ <input type="radio"/> 7. อาการอื่นๆ ที่สงสัยว่าอาจเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค</p> <p><input type="radio"/> 4. อาการติดเชื้อในกระแสโลหิต</p>		<p>ระบุความร้ายแรงของอาการ (Seriousness)</p> <p><input type="radio"/> ไม่ร้ายแรง (Non-serious)</p> <p><input type="radio"/> ร้ายแรง (Serious)</p> <p>1. เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป)</p> <p>2. รุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต</p> <p>3. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล</p> <p>4. พิการ</p>

การวินิจฉัยของแพทย์

สภาพผู้ป่วย: หาย ตาย ยังรักษาอยู่ มีภาวะแทรกซ้อน หรือ พิการ

4. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รายงาน

5. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาลหรือแหล่งที่รายงาน

แผนกที่พบผู้ป่วย..... ผู้วินิจฉัยเป็น <input type="radio"/> แพทย์ <input type="radio"/> เภสัชกร <input type="radio"/> พยาบาล <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ)..... ชื่อผู้บันทึกรายงาน..... เป็น <input type="radio"/> แพทย์ <input type="radio"/> เภสัชกร <input type="radio"/> พยาบาล <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ).....	ว/ด/ป ที่บันทึกรายงาน..... ชื่อสถานพยาบาล/แหล่งที่รายงาน..... จังหวัด.....
--	--

6. ข้อมูลเกี่ยวกับวันรับรายงาน

วันที่รับรายงานของ สสอ. (□□□□□□)	วันที่รับรายงานของ สสจ. (□□□□□□)	วันที่รับรายงานของสำนักระบาดวิทยา (□□□□□□)
---------------------------------------	---------------------------------------	---

แจ้งให้สำนักระบาดวิทยาทราบภายใน 24 ชั่วโมง นับจากพบผู้ป่วย ที่หมายเลขโทรศัพท์ 02-5901779, 02-5901876, 02-5901795 และส่งแบบ AEFI 1 ที่หมายเลข โทรสาร 02-5901784 และ outbreak@health.moph.go.th ภายใน 48 ชั่วโมง นับจากพบผู้ป่วย