

แบบสอบถามโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิด (อายุไม่เกิน 28 วัน)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล.....

อายุ.....ปี เพศ  1 ชาย  2 หญิง

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน ..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร  2 ในเขตเทศบาลเมือง  3 ในเขตเทศบาลตำบล  4 ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ..... ถนน ..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

1 ในเขตเทศบาลนคร  2 ในเขตเทศบาลเมือง  3 ในเขตเทศบาลตำบล  4 ในเขต อบต.

วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... วันที่จำหน่าย.....

ผลการรักษา  1 กำลังรักษา  2 หาย  3 เสียชีวิต  4 ไม่สมัครอยู่  5 ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น ระบุ.....สถานที่คลอด (ถ้าคลอดที่บ้านระบุที่อยู่โดยละเอียด) .....คลอดวันที่.....

ชื่อผู้ทำคลอด.....

ตำแหน่ง  1. แพทย์  2. พยาบาล  3. ผดุงครรภ์  4. หมอตำแย  5. อื่น ๆ ระบุ.....

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

2.1 ทารกร้องและดูคนมได้ดีในช่วง 2 วันแรก

1. ใช่  2. ไม่ใช่ (ระบุ) เพราะ.....

2.2 ทารกมีปัญหาเรื่องแขนขาเหยียดเกร็ง  1. มี  2. ไม่มี  3. ไม่ทราบ

ชัก  1. มี  2. ไม่มี  3. ไม่ทราบ

ภาวะแทรกซ้อน.....

3. ประวัติการคลอด/ปัจจัยเสี่ยง

3.1 ตำแหน่งของแผลที่สงสัยว่าจะเป็นที่ติดเชื้อ  1. สะดือ  2. ที่อื่น ระบุ.....

3.2 ตัดสายสะดือด้วย  1. กรรไกร  2. มีด  3. ไม่รอก  4. อื่น ๆ ระบุ.....

3.3 ผู้ทำความสะอาดแผลสะดือเด็กเป็นประจำ  1. พยาบาล  2. ผดุงครรภ์  3. หมอตำแย

4. อื่น ๆ ระบุ.....

3.4 ใช้สมุนไพร ยากกลางบ้าน หรือสิ่งอื่นใดใส่ ปอก ป้าย ทา โรอยแผลที่สะดือหรือไม่

1. ใช่ ระบุ ..... เริ่มใส่ตั้งแต่วันที่ .....วัน  2. ไม่ใช่

4. ประวัติวัคซีน

4.1 มารดาเคยได้รับการฉีดที่อกขอยด์ป้องกันบาดทะยักหรือไม่

1. เคย ระบุจำนวน.....ครั้ง  2. ไม่เคย

ครั้งสุดท้ายฉีดเมื่อ..... สถานที่ฉีด.....

ก่อนครั้งสุดท้ายฉีดเมื่อ..... สถานที่ฉีด.....

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....