

# แบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI 1)

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย							
เลขที่ผู้ป่วย	HN	AN	อายุขณะป่วย	เพศ	ประเภทผู้ป่วย	เคยมีประวัติการแพ้วัคซีน/ ยา	
ชื่อ/นามสกุล			ปี..... เดือน..... วัน.....	ชาย หญิง	ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก	ไม่มี	มี (ระบุ).....
ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย		หมู่ที่		ว/ด/ป เกิด .....		เคยมีประวัติการเข้ายา	
ตำบล	อำเภอ					ไม่มี	มี (ระบุ).....
จังหวัด			เชื้อชาติ		ไทย	อื่นๆ (ระบุ).....	
โรคประจำตัว	ไม่มี					อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว	
การเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มี					ไม่มี	มี
ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี):							
2. ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน							
ชื่อวัคซีน	ขนาดและวิธีให้			เข็มที่/ ครั้งที่	ว/ด/ป และ เวลา ที่ได้รับวัคซีน	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	
กรณีผู้ป่วย AEFI ที่ต้องรายงาน						ระบุความร้ายแรงของอาการ (Seriousness)	
1. การเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน		5. อาการไข้สูงปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน				ไม่ร้ายแรง (Non-serious)	
2. กลุ่มอาการทางระบบประสาททุกชนิด (Neurological syndrome)		6. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล				ร้ายแรง (Serious)	
3. อาการแพ้รุนแรง เช่น anaphylaxis หรืออาการแพ้รุนแรงอื่นๆ		7. อาการอื่นๆ ที่สงสัยว่าอาจเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค				1. เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป) .....	
4. อาการติดเชื้อในกระแสโลหิต						2. รุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต	
						3. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล	
						4. พิการ	
การวินิจฉัยของแพทย์							
สภาพผู้ป่วย:		หาย	ตาย	ยังรักษาอยู่	มีภาวะแทรกซ้อน หรือ พิการ		
4. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รายงาน				5. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาลหรือแหล่งที่รายงาน			
แผนกที่พบผู้ป่วย.....				ว/ด/ป ที่บันทึกรายงาน.....			
ผู้วินิจฉัยเป็น		แพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	อื่น ๆ (ระบุ).....		
ชื่อผู้บันทึกรายงาน.....				ชื่อสถานพยาบาล/แหล่งที่รายงาน.....			
เป็น		แพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	จังหวัด.....		
6. ข้อมูลเกี่ยวกับวันรับรายงาน							
วันที่รับรายงานของ สสอ.		วันที่รับรายงานของ สสจ.		วันที่รับรายงานของสำนักโรคระบาดวิทยา			
..... ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )		..... ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )		..... ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )			

แจ้งให้สำนักโรคระบาดวิทยาทราบภายใน 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

## แบบสอบถามอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (แบบAEFI 2)

### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

- 1.1 ชื่อ - สกุล \_\_\_\_\_ 1.2 เพศ  1. ชาย  2. หญิง
- 1.3 อายุ \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ วัน
- 1.4 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ชื่อบ้าน \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_  
ตำบล \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_
- 1.5 กรณีที่เป็นนักเรียน โรงเรียน \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตำบล \_\_\_\_\_  
อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ เรียนอยู่ชั้น \_\_\_\_\_
- 1.6 ชื่อผู้ปกครอง \_\_\_\_\_ อาชีพ \_\_\_\_\_

### 2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

- 2.1 วันเริ่มป่วย \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ วันรับรักษา \_\_\_\_\_
- 2.2  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยนอก สถานที่รักษา \_\_\_\_\_  
HN \_\_\_\_\_ AN \_\_\_\_\_ แพทย์ผู้รักษา \_\_\_\_\_

2.3 อธิบายอาการหลังได้รับวัคซีนครั้งนี้

---



---



---



---



---



---



---



---

การวินิจฉัยของแพทย์ \_\_\_\_\_

- 2.4 ประวัติการแพ้ของผู้ป่วย (เช่น อาหาร ยา หรืออื่นๆ)  1. มี  2. ไม่มี  3. ไม่ทราบ

(ถ้ามี) ระบุ \_\_\_\_\_

---



---

- 2.5 ประวัติการป่วยในอดีตหรือการป่วยก่อนที่จะมารับวัคซีนครั้งนี้ (เช่น โรคประจำตัว หรือ การติดเชื้อ หรือโรคทางระบบประสาท เป็นต้น)  1. มี  2. ไม่มี  3. ไม่ทราบ

(ถ้ามี) ระบุ \_\_\_\_\_

---



---



---

## 2.6 ประวัติการได้รับวัคซีนครั้งนี้

ชื่อวัคซีน	ปริมาณ	วิธีการให้	ตำแหน่ง	ครั้งที่/ เข็มที่	ว/ด/ป และ เวลาที่ได้รับ วัคซีน	ผู้ผลิต/ วันหมดอายุ/ Lot no.	ชื่อสถานบริการ ที่ให้วัคซีน

2.7 ประวัติการได้รับวัคซีนครั้งก่อนๆ และอาการป่วยหลังจากได้รับวัคซีนครั้งก่อนๆ  1. มีอาการ  2. ไม่มีอาการ  
(ถ้ามี) ระบุอาการและเกิดหลังวัคซีนชนิดใด

ชื่อวัคซีน	ชื่อสถานบริการที่ให้ วัคซีน	อาการ

2.8 ประวัติการใช้ยา  1. มี  2. ไม่มี  3. ไม่ทราบ  
(ถ้ามี) ระบุรายละเอียดในตาราง

ชื่อยา	ปริมาณ	วิธีการให้	วันที่ เริ่มต้นใช้	วันที่ หยุดใช้	เหตุผลการใช้ยา	อาการข้างเคียง

2.9 ผลการตรวจสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยทางห้องปฏิบัติการ  1. มี  2. ไม่มี  
(ถ้ามี) ระบุรายละเอียดในตาราง

สิ่งส่งตรวจ	วันที่ส่งตรวจ	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ

2.10 มีการส่งวัคซีนตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือไม่  1. มี  2. ไม่มี

(ถ้ามี) ระบุรายละเอียดในตาราง

วัคซีน/lot no.	วันที่ส่งตรวจ	สถานที่ตรวจ

2.11 สภาพของผู้ป่วย

- ตาย วันที่ \_\_\_\_\_ สาเหตุของการตาย \_\_\_\_\_
- หาย
- ยังรักษาอยู่
- พิการ (ระบุ) \_\_\_\_\_
- กรณีเป็นผู้ป่วยใน วันที่จำหน่าย \_\_\_\_\_

**3. การสอบสวนภายในชุมชน**

3.1 นิยามผู้ป่วย \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.2 การดำเนินการสอบสวนภายในชุมชน  1. มี  2. ไม่มี

(ถ้ามี):

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันและในครั้งเดียวกันกับผู้ป่วย \_\_\_\_\_

จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มเด็กที่ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันในอำเภอเดียวกันกับผู้ป่วย \_\_\_\_\_

จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนที่มีอาการป่วยคล้ายผู้ป่วยและอยู่ในอำเภอเดียวกันกับผู้ป่วย \_\_\_\_\_

ระบุรายละเอียดของอาการป่วยในเด็กอื่นๆ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. การสอบสวนสถานบริการสาธารณสุข**

4.1 มีการสอบสวนในสถานบริการสาธารณสุขหรือไม่  1. มี  2. ไม่มี

(ถ้ามี):

ชนิดของกระบอกฉีดยาที่ใช้  1. นำกลับมาใช้  2. ใช้ครั้งเดียวทิ้ง  3. กระบอกฉีดยาชนิด AD  4. อื่นๆ \_\_\_\_\_

ถ้าใช้ครั้งเดียวทิ้ง ระบุการประเมินกระบวนการทำปราศจากเชื้อ  1. นำพอใจ  2. ไม่นำพอใจ  3. ไม่ได้สังเกต

ถ้าไม่นำพอใจ (ระบุเหตุผล) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

เทคนิคการฉีดวัคซีน  1. น่าพอใจ  2. ไม่น่าพอใจ  3. ไม่ได้สังเกต  
 ถ้าไม่น่าพอใจ (ระบุเหตุผล) \_\_\_\_\_

ระบบลูกโซ่ความเย็นจากตู้เย็นไปยังสถานที่ให้วัคซีน  
 1. น่าพอใจ  2. ไม่น่าพอใจ  3. ไม่ได้สังเกต  
 ถ้าไม่น่าพอใจ (ระบุเหตุผล) \_\_\_\_\_

- 4.2 มีการประเมินสุขภาพของเด็กก่อนได้รับวัคซีน  1. มี  2. ไม่มี  3. ไม่ทราบ  
 4.3 มีการซักประวัติการแพ้ของเด็กก่อนที่ได้รับวัคซีน  1. มี  2. ไม่มี  3. ไม่ทราบ  
 4.4 จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีน

วัคซีน			
จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีนจากขวดเดียวกัน			
จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีน lot no. เดียวกันจากสถานบริการสาธารณสุขแห่งนี้			
จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีน lot no. เดียวกันจากสถานบริการสาธารณสุขแห่งอื่นในอำเภอ			

4.5 ในระยะเวลา 30 วันที่ผ่านมา มีการรายงานผู้ป่วย AEFI จากสถานบริการสาธารณสุขแห่งนี้หรือจากอำเภอหรือไม่  
 1. มี  2. ไม่มี  
 (ถ้ามี) ระบุจำนวนผู้ป่วย และรายละเอียดของอาการ \_\_\_\_\_

4.6 บันทึกรายละเอียดเพิ่มเติม \_\_\_\_\_

### 5. การประเมินความเป็นสาเหตุ

5.1 ทีมสอบสวนสรุปลักษณะของอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ถ้าคิดว่ามีมากกว่า 1 สาเหตุ ให้เรียงลำดับสาเหตุที่น่าจะเป็นจากมากไปหาน้อย)

เกิดขึ้นจากการบริหารจัดการ วัคซีน	เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาของ วัคซีน	เกิดขึ้นโดยบังเอิญ	ไม่ทราบ
<input type="checkbox"/> การฉีดวัคซีนที่ไม่สะอาด	<input type="checkbox"/> ปัญหาด้านคุณภาพของ วัคซีน	<input type="checkbox"/> เป็นอาการเดียวกันกับ กลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน	
<input type="checkbox"/> การเตรียมวัคซีนผิดวิธี	<input type="checkbox"/> เป็นปฏิกิริยาของวัคซีนที่ เกิดขึ้นได้	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ:	
<input type="checkbox"/> เทคนิคการฉีดวัคซีน	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ:		
<input type="checkbox"/> การเก็บหรือการขนส่งวัคซีน			
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ:			

5.2 ความมั่นใจเกี่ยวกับผลสรุปลักษณะหลักของอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (สาเหตุอันดับแรก)

1. ใช้นั่นอน (Very likely - Certain)       2. น่าจะใช้ (Probable)       3. อาจจะใช้ (Possible)

5.3 เหตุผลของการสรุปลักษณะครั้งนี้

---



---



---



---



---



---



---

### 6. การดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาการเกิด AEFI

6.1 มีการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาให้ถูกต้องหรือไม่       1. มี       2. ไม่มี  
(ถ้ามี) ระบุ \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---

6.2 มีการเสนอแนะการดำเนินงานต่อไปหรือไม่

1. มี

2. ไม่มี

(ถ้ามี) ระบุ

---



---



---



---



---



---



---



---

<b>รายละเอียดผู้สอบสวน</b>
----------------------------

ระดับของหน่วยงานที่สอบสวน  1. ระดับประเทศ  2. ระดับจังหวัด  3. ระดับอำเภอ  4. สถานบริการสาธารณสุข

ชื่อผู้สอบสวน \_\_\_\_\_ หน่วยงาน \_\_\_\_\_

ชื่อผู้สอบสวน \_\_\_\_\_ หน่วยงาน \_\_\_\_\_

ชื่อผู้สอบสวน \_\_\_\_\_ หน่วยงาน \_\_\_\_\_

วันที่สอบสวน \_\_\_\_\_ วันที่สอบสวนสิ้นสุด \_\_\_\_\_