

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	
โทรศัพท์มือถือ	
ชื่อผู้ปกครอง(กรณีผู้ป่วยอายุ < 15ปี)	
โทรศัพท์ผู้ปกครอง	

(2) ข้อมูลวัคซีน/สถานที่รับวัคซีน														
ชื่อสถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข)														
ที่อยู่ถนน														
ตำบล														
อำเภอ														
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							ตัวทำละลาย							
ชื่อวัคซีน	ปริมาณที่ใส่	วิธีที่ใส่	ตำแหน่ง	เข็มที่/ครั้งที่	ว/ด/ป ที่ได้	เวลาที่ได้รับ	ชื่อผู้ผลิต	เลขที่ผลิต	วันหมดอายุ	ชื่อตัวทำละลาย	เลขที่ผลิต	วันหมดอายุ	ว/ด/ป ที่ผสม	เวลาที่ผสม

(3) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยก่อนได้รับวัคซีน		
ข้อมูล	คำตอบ	ถ้าตอบใช่ ระบุรายละเอียด
เคยมีอาการป่วยในอดีตที่คล้ายคลึงกับอาการป่วยในครั้งนี้หรือไม่	<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 วันก่อนได้รับวัคซีนในครั้งนี้เคยมีอาการป่วยหรือไม่	<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 วันที่ผ่านมาได้เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลหรือไม่	<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 หรืออาการแพ้ใดๆ 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) การชันสูตรศพทางวาจา (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 สิ่งแวดล้อมในและนอกบ้าน เป็นต้น (แนบกระดาษบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมได้)	
กรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้แนบสำเนาเอกสารเวชระเบียนทั้งหมดของผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการป่วย การรักษา การส่งส่งตรวจของผู้ป่วยเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ และผลการผ่าพิสูจน์ศพ เป็นต้น	
ชื่อ-สกุล ผู้บันทึกข้อมูลรายละเอียดอาการของผู้ป่วยตามข้างบน	
ตำแหน่ง หน่วยงาน โทร วันที่บันทึกข้อมูล.....	

(5) ข้อมูลวัคซีนในวันที่ผู้ป่วยได้รับวัคซีน									
จำนวนผู้ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดในสถานที่ให้วัคซีนในวันนั้น	ชื่อวัคซีน								
	จำนวนผู้ได้รับวัคซีน								
1. ผู้ป่วยได้รับวัคซีนในช่วงเวลาใด <input type="checkbox"/> เป็นคนแรก ๆ ของการให้วัคซีนในวันนั้น <input type="checkbox"/> เป็นคนท้าย ๆ ของการให้วัคซีนในวันนั้น <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									
ในกรณีที่วัคซีนบรรจุมากกว่า 1 โดส ผู้ป่วยได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> ภายใน 2-3 โดสแรก <input type="checkbox"/> เป็นโดสสุดท้าย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									
2. มีข้อผิดพลาดในการสั่งใช้วัคซีนโดยไม่ได้เป็นไปตามคำแนะนำในการใช้วัคซีนหรือไม่					<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย				
3. ท่านคิดว่ากระบวนการเตรียมหรือให้วัคซีนกับผู้ป่วยอาจไม่ปราศจากเชื้อ (unsterile technic) หรือไม่					<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย				
4. ท่านคิดว่ามีลักษณะผิดปกติทางกายภาพของวัคซีนที่ให้กับผู้ป่วยหรือไม่ (เช่น สี ความขุ่น มีวัตถุปนเปื้อน เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย				
5. ท่านคิดว่ามีความคาดเคลื่อนของผู้ให้วัคซีนในการผสมวัคซีนหรือเตรียมวัคซีนหรือไม่ (เช่น หยิบวัคซีนหรือหยิบตัวทำลายเม็ดผสมวัคซีนกับตัวทำลายไม่ตีพอ ปริมาณของวัคซีนที่ดูดเข้ากระบอกฉีดยาไม่เหมาะสม เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย				
6. ท่านคิดว่ามีความคาดเคลื่อนในการเก็บหรือการขนส่งวัคซีนหรือไม่ (เช่น ระบบล็อกโซ่ความเย็นขณะขนส่ง การเก็บรักษาวัคซีนหรือในระหว่างการให้บริการ ไม่ดี เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย				
7. ท่านคิดว่า การให้วัคซีนไม่ถูกต้องหรือไม่ (เช่น ปริมาณ ตำแหน่ง วิธีการ ขนาดเข็มที่ฉีดไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการให้วัคซีน 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	