

แบบสอบสวนโรค AFP/โศโปลิโอ (Polio)

1. ข้อมูลทั่วไป

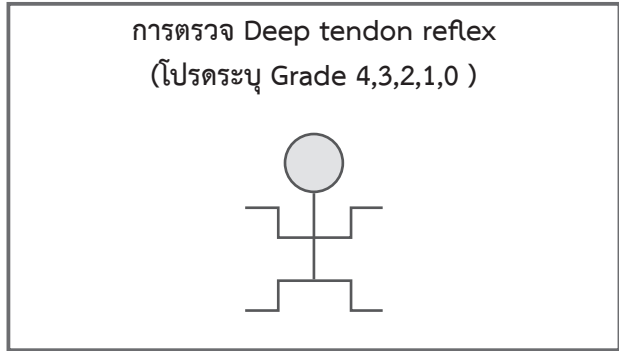
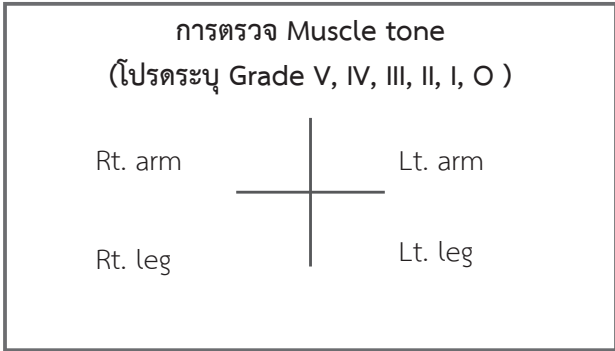
ชื่อ-สกุล (เด็กชาย/เด็กหญิง) เลขที่บัตรประชาชน - - - -
 วัน/เดือน/ปี เกิด อายุขณะเริ่มป่วย ปี เดือน เพศ ชาย หญิง
 อาชีพ ศาสนา เชื้อชาติ
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ชื่อบิดา 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) และระดับความอ่อนแรง จากการตรวจร่างกาย	<input type="checkbox"/> ขาซ้าย grade	<input type="checkbox"/> ขาขวา grade
	<input type="checkbox"/> แขนซ้าย grade	<input type="checkbox"/> แขนขวา grade



การวินิจฉัยแรกเริ่ม 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 การสัมผัสกับผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคโปลิโอ)

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 (เก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดในกรณีที่ไม่ได้เก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดในกรณีที่ไม่ได้เก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดจากผู้ป่วยเสียชีวิตหรือติดตามไม่พบ 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 โปรตระบุ

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)	จำนวนคนที่ได้รับวัคซีนโปลิโอตามระบบปกติ (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)	จำนวนคนที่ได้รับวัคซีนโปลิโอตามระบบปกติ (คน)		ความครอบคลุม (ร้อยละ)	
		OPV 3	IPV	OPV 3	IPV
เด็กอายุครบ 1 ปี ในเดือนที่พบผู้ป่วย					

8.3 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ช่วงรณรงค์ครั้งล่าสุด (ถ้ามี) ในตำบลที่พบผู้ป่วย

การรณรงค์	จำนวนเด็กในตำบล (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