

แบบสรุบบัญชีข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (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 .....		เคยมีประวัติการใช้ยา		
ตำบล	อำเภอ		เชื้อชาติ    ไทย    อื่นๆ (ระบุ).....		ไม่มี    มี (ระบุ).....		
จังหวัด							
โรคประจำตัว	ไม่มี	มี (ระบุ).....				อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว	
การเจ็บป่วยในอดีต	ไม่มี	มี (ระบุ).....				ไม่มี    มี (ระบุ).....	
ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี):							
2. ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน							
ชื่อวัคซีน	ขนาดและวิธีให้			วันที่/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 และรายละเอียดอื่น ๆ ของผู้ป่วย)					การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
<b>กรณีผู้ป่วย AEFI ที่ต้องรายงาน</b> 1. การเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน 2. กลุ่มอาการทางระบบประสาททุกชนิด (Neurological syndrome) 3. อาการแพ้รุนแรง เช่น anaphylaxis หรืออาการแพ้รุนแรงอื่น ๆ 4. อาการติดเชื้อในกระแสโลหิต 5. อาการใช้สูงปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน 6. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 7. อาการอื่น ๆ ที่สงสัยว่าอาจเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค					<b>ระบุความร้ายแรงของอาการ (Seriousness)</b> ไม่ร้ายแรง (Non-serious) ร้ายแรง (Serious) 1. เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป) ..... 2. รุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต 3. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 4. พิการ		
การวินิจฉัยของแพทย์							
สภาพผู้ป่วย:		หาย	ตาย	ยังรักษาอยู่	มีภาวะแทรกซ้อน หรือ พิการ		
4. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รายงาน				5. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาลหรือแหล่งที่รายงาน			
แผนกที่พบผู้ป่วย..... ผู้วินิจฉัยเป็น แพทย์    เกษษกร    พยาบาล    อื่นๆ (ระบุ)..... ชื่อผู้บันทึกรายงาน..... เป็น แพทย์    เกษษกร    พยาบาล    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