

แบบสอบถามอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI 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 หรือโรคทางระบบ
ประสาท 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 ประวัติการไช้ยา 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 พิกัด (ระบุ) _____ กรณีเป็นผู้ป่วยใน วันที่จำหน่าย _____

3. การสอบสวนภายในชุมชน

3.1 นิยามผู้ป่วย _____

3.2 การดำเนินการสอบสวนภายในชุมชน

 1. มี 2. ไม่มี

(ถ้ามี):

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันและในครั้งเดียวกันกับผู้ป่วย _____

จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มเด็กที่ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันในอำเภอเดียวกันกับผู้ป่วย _____

จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนที่มีอาการป่วยคล้ายผู้ป่วยและอยู่ในอำเภอเดียวกันกับผู้ป่วย _____

ระบุรายละเอียดของอาการป่วยในเด็กอื่น ๆ _____

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. นำพอใจ 2. ไม่นำพอใจ 3. ไม่ได้สังเกต

ถ้าไม่นำพอใจ (ระบุเหตุผล) _____

ระบบลูกโซ่ความเย็นจากตู้เย็นไปยังสถานที่ให้วัคซีน

1. นำพอใจ 2. ไม่นำพอใจ 3. ไม่ได้สังเกต

ถ้าไม่นำพอใจ (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 จากสถานบริการสาธารณสุขแห่งนี้หรือจากอำเภออื่นหรือไม่

1. มี 2. ไม่มี

(ถ้ามี) ระบุจำนวนผู้ป่วย และรายละเอียดของอาการ

4.6 บันทึกรายละเอียดเพิ่มเติม

5. การประเมินความเป็นสาเหตุ

5.1 ทิมสอบสวนสรุปสาเหตุของอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (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 ความมั่นใจเกี่ยวกับผลสรุปสาเหตุหลักของอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (สาเหตุอันดับแรก)

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

5.3 เหตุผลของการสรุปสาเหตุครั้งนี้

6. การดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาการเกิด AEFI

6.1 มีการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาให้ถูกต้องหรือไม่ 1. มี 2. ไม่มี

(ถ้ามี) ระบุ

6.2 มีการเสนอแนะการดำเนินงานต่อไปหรือไม่

1. มี

2. ไม่มี

(ถ้ามี) ระบุ _____

รายละเอียดผู้สอบสวน

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

ชื่อผู้สอบสวน _____ หน่วยงาน _____

ชื่อผู้สอบสวน _____ หน่วยงาน _____

ชื่อผู้สอบสวน _____ หน่วยงาน _____

วันที่สอบสวน _____ วันที่สอบสวนสิ้นสุด _____