

แบบรายงานต่างๆ ภายหลังจากพบผู้ป่วย AFP

แบบฟอร์มรายงาน AFP1

รายงานผู้ป่วย AFP

ประจำสัปดาห์ที่

(วันอาทิตย์ที่ เดือน พ.ศ. ถึง วันเสาร์ที่ เดือน พ.ศ.)

โรงพยาบาล.....

จังหวัด.....

 ก. ผู้ป่วย AFP ในรอบสัปดาห์นี้ ดังรายชื่อต่อไปนี้

1.

2.

3.

4.

 ข. ไม่มีผู้ป่วย AFP

ชื่อผู้รายงาน

.....

วันที่

แบบฟอร์ม AFP3/40

แบบสอบสวนผู้ป่วย AFP ในท้องที่

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ป่วย.....เพศ.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุขณะเริ่มป่วย.....ปี.....เดือน

ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ชื่อบิดา.....ชื่อมารดา.....

ชื่อผู้ปกครอง (ในกรณีที่เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา).....

อาชีพของบิดา/อาชีพของมารดา.....

ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น.....โรงเรียน.....ตั้งอยู่หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้สอบสวนได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วย AFP วันที่.....

วันที่สอบสวน.....

2. ประวัติการรักษา

เมื่อมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

ไม่เคยไป

ไป ระบุชื่อสถานบริการ

1.....วันที่.....

2.....วันที่.....

3.....วันที่.....

4.....วันที่.....

5.....วันที่.....

3. ข้อมูลการเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย (อาจมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่ก็ได้)

วันที่เริ่มมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง (AFP)

วันเริ่มรักษา.....(วันที่เข้ารับการรักษาใน รพ. แห่งแรกซึ่งเป็นเครือข่ายเฝ้าระวัง หลังจากผู้ป่วยมีอาการ AFP)

สถานที่รักษาในปัจจุบัน.....H.N.

มีไข้ในวันที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่

มี องศาเซลเซียส ไม่มี ไม่ทราบ

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

คอแข็ง มี ไม่มี

ปวดกล้ามเนื้อ มี ไม่มี

อาการอื่น ๆ (ระบุ).....

ลักษณะของอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง

- กล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดอ่อนปวกเปียก (Flaccid) มี ไม่มี
- กล้ามเนื้ออ่อนแรงแบบเฉียบพลัน (Acute) มี ไม่มี
- สูญเสียประสาทส่วนรับความรู้สึก (Sensation loss) เช่น
ไม่รู้สึกรู้สึกร้อนเย็น เป็นต้น มี ไม่มี
- กล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่เท่ากัน (Asymmetry) มี ไม่มี
- ตำแหน่งที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Position) ขาซ้าย ขาขวา
 แขนซ้าย แขนขวา

4. ประวัติการสัมผัสโรค

4.1 ประวัติการสัมผัสโรคในช่วงระยะเวลา 30 วันก่อนเริ่มป่วย (เช่น การเดินทาง การสัมผัสกับผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคโปลิโอ).....

4.2 มีผู้สัมผัสใกล้ชิดได้รับ OPV ในช่วง 75 วัน ก่อนผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงบ้างหรือไม่ มี ไม่มี

ถ้ามีโปรดให้รายละเอียดผู้สัมผัสใกล้ชิด ชื่อ.....อายุ.....ปี.....เดือน
ที่อยู่ บ้านเลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วันที่ผู้สัมผัสใกล้ชิดได้รับวัคซีน.....

5. การเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจ

5.1 การเก็บตัวอย่างอุจจาระของผู้ป่วย

- เก็บครั้งที่ 1 เมื่อวันที่
- เก็บครั้งที่ 2 เมื่อวันที่
- เก็บไม่ได้ เนื่องจาก

5.2 การเก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย AFP (เก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดในกรณีที่ เก็บอุจจาระผู้ป่วย AFP ไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต หรือติดตามไม่พบ โดยเก็บตัวอย่างผู้สัมผัสใกล้ชิด อายุไม่เกิน 15 ปี และไม่ เคยได้รับวัคซีนโปลิโอ ในช่วง 30 วัน ก่อนเก็บตัวอย่างตรวจ เก็บอุจจาระผู้สัมผัสจำนวน 5 รายๆ ละ 1 ตัวอย่าง)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เพศ	อายุ	วันที่เก็บอุจจาระ	ได้รับ OPV ครั้ง สุดท้ายเมื่อวันที่	อยู่บ้านเดียวกับ ผู้ป่วยหรือไม่
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
- ที่อยู่บ้านเลขที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ถนน.....
- ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

หมายเหตุ : เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา ควรตรวจสอบค้นหาผู้ป่วย AFP รายอื่นในชุมชน ซึ่งอาจจะยังไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยังไม่ได้รายงาน และดำเนินการรายงานมาตามข้อ 6 นี้

7. ประวัติการได้รับวัคซีนของผู้ป่วย

7.1 การได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานตามกำหนดปกติ

ชนิดวัคซีน	ไม่ได้รับ	ไม่ทราบ	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับวัคซีน				
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
วัณโรค (BCG)							
ตับอักเสบบี (HB)							
คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก (DTP)							
โปลิโอ (OPV)							
หัด (M)							
ไข้มองอักเสบเจอี (JE)							
อื่น ๆ ระบุ							

แหล่งข้อมูลการรับวัคซีน โปรดระบุ

- สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก ทะเบียนการได้รับวัคซีนในเด็กที่สถานบริการ
 คำบอกเล่าจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง

7.2 การได้รับวัคซีนโปลิโอในโอกาสอื่นๆ

การได้รับวัคซีนโปลิโอ	จำนวนครั้งที่ได้รับวัคซีน	ครั้งสุดท้ายที่ได้รับวัคซีน (ว/ด/ป)	แหล่งข้อมูล (ระบุ)
- ในช่วงรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอ (NID / Sub-NID)			
- ในการให้วัคซีนโปลิโอเพื่อการควบคุมโรค (ORI)			

หมายเหตุ : การรายงานข้อมูลประวัติการได้รับวัคซีนของผู้ป่วย (ข้อ 7) และ

ข้อมูลการตรวจสอบรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย (ข้อ 8)

ให้ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ร่วมดำเนินการตรวจสอบข้อมูล

8. ข้อมูลการตรวจสอบรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย

8.1 ประวัติการรับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย และ หมู่บ้านที่มีประวัติสัมผัสหรือถ่ายทอดโรค

กลุ่มอายุ	จำนวนเป้าหมาย (คน)	ประวัติการได้รับวัคซีนโปลิโอ ในระบบปกติ ครบ 3 ครั้ง (คน)	ความครอบคลุม (%)
< 1 ปี			ไม่ต้องคำนวณ
1 ปี ถึง 4 ปี 11 เดือน			

หมายเหตุ : กลุ่มอายุ < 1 ปี ไม่คำนวณความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอ ครบ 3 ครั้ง เนื่องจากเด็กบางราย ยังไม่ได้รับวัคซีนครบ 3 ครั้ง เพราะยังไม่ถึงเกณฑ์อายุ

8.2 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโปลิโอ 3 ครั้ง ในเด็กอายุ 1 ปี (OPV3) ใน ตำบล ที่พบผู้ป่วย AFP

8.2.1 ในเดือนที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการอัมพาต มีเด็กอายุครบ 1 ปี ทั้งหมด ณ ตำบล ที่พบผู้ป่วย จำนวน.....คน

8.2.2 มีเด็กตาม ข้อ 8. 2.1 ที่ได้รับวัคซีนโปลิโอครบ 3 ครั้ง จำนวน.....คน คิดเป็นความครอบคลุม.....%

8.3 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ช่วงรณรงค์ ครั้งล่าสุด ใน ตำบล ที่พบผู้ป่วย AFP

8.3.1 จำนวนเด็กในตำบลทั้งหมด **รอบที่ 1** เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ..... จำนวน คน

รอบที่ 2 เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ..... จำนวน คน

8.3.2 จำนวนเด็กตามข้อ 8.3.1 ที่ได้รับวัคซีนโปลิโอในช่วงรณรงค์

รอบที่ 1 จำนวน คน คิดเป็นความครอบคลุม %

รอบที่ 2 จำนวน คน คิดเป็นความครอบคลุม %

ชื่อผู้สอบสวน / รายงาน ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....

โปรดส่งรายงานที่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับแจ้ง
รายงานผู้ป่วย ทางโทรสารหมายเลข 0 2590 1784

แบบฟอร์ม AFP3/FU/40

แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วย AFP

ชื่อผู้ป่วย เด็กชาย เด็กหญิง อายุ ปี
 ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน หมู่ที่
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ติดตามผู้ป่วยหลังมีอาการ AFP เมื่อ 30 วัน 60 วัน ระบุวันที่ติดตาม
 พบผู้ป่วยหรือไม่ พบ
 ไม่พบ → โปรดสอบถามข้อมูลจากผู้ใกล้ชิดและระบุสาเหตุที่ไม่พบผู้ป่วย ดังนี้
 ย้ายที่อยู่ ติดตามไม่ได้ เสียชีวิต อื่นๆ ระบุ
 ชื่อผู้ให้ข้อมูล
 เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น บิดา/มารดา ญาติสนิท อื่นๆ ระบุ

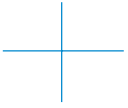
ผลการตรวจร่างกาย

อาการอัมพาต

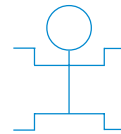
ผู้ป่วยยังคงมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลงเหลืออยู่หรือไม่ ไม่มี มี (ถ้ามี โปรดระบุตำแหน่ง)
 ระบุตำแหน่งที่ยังมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงอยู่

- left leg right leg face respiratory muscles
 left arm right arm other cranial nerves

การตรวจ Motor power
 (โปรดระบุ Grade V, IV, III, II, I, 0)

Rt. arm Lt. arm

 Rt. leg Lt. leg

การตรวจ Deep tendon reflex
 (โปรดระบุ Grade 4, 3, 2, 1, 0)



ความพิการ

- เดินไม่ได้ เดินกะเผลก
 เดินได้ปกติ เดินโดยมีผู้ช่วยพยุง หรือ ใช้ไม้ค้ำยัน หรือ ใช้เครื่องมือช่วย

Final Diagnosis.....

นามแพทย์ผู้ตรวจ.....หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

โรงพยาบาล

โปรดส่งรายงานที่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ภายใน 1 สัปดาห์ นับจากวันที่ติดตาม ทางโทรสารหมายเลข 0 2590 1784

รายงานการควบคุมโรค (Outbreak Response Immunization : ORI)

จังหวัด

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย อายุ ปี เดือน

บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ.....

วันที่เริ่มมีอาการอัมพาตวันที่รับการรักษา

อายุกลุ่มเป้าหมายที่ยกเว้นวัคซีน

พื้นที่ดำเนินการให้วัคซีน	จำนวนเด็ก เป้าหมาย	จำนวนเด็ก ที่ได้วัคซีน	วันที่ให้วัคซีน
หมู่บ้าน			
หมู่บ้าน			
หมู่บ้าน			
หมู่บ้าน			
โรงเรียน			
รวม	จำนวนเด็ก เป้าหมาย	จำนวนเด็ก ที่ได้วัคซีน	ความครอบคลุม (%)

โปรดส่งรายงานที่ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับ
แจ้งรายงานผู้ป่วย ทางโทรสารหมายเลข 0 2590 8425

แบบรายงานต่างๆ สามารถ Down load ได้ที่ <http://epid.moph.go.th>

AFP CASE INVESTIGATION FORM

Country: _____ Year: _____

SOURCE OF REPORT:

Date reported: _____ Person reporting case: _____

Name and address of institution: _____

_____ Telephone number: _____

CASE IDENTIFICATION:

Name: _____ Sex: _____

Date of birth: _____ Age at onset of symptoms: _____

Present address: _____

Village/city: _____ District/county: _____ State/Province: _____

Permanent address: _____

Village/city: _____ District/county: _____ State/Province: _____

Mother's name: _____ Father's name: _____

HOSPITALIZATION:

Hospitalized? Yes ___ no ___ Name of hospital: _____ Medical record no: _____

Date Hospitalized: ___ / ___ / ___ Address: _____

SIGNS AND SYMPTOMS:

Date of onset of symptoms: ___ / ___ / ___

	yes	no	unk		yes	no	unk		yes	no	unk
fever	___	___	___	headache	___	___	___	sore throat	___	___	___
constipation	___	___	___	nausea	___	___	___	irritability	___	___	___
coryza	___	___	___	stiff neck	___	___	___	vomiting	___	___	___
muscle pains	___	___	___	weakness	___	___	___	rigidness	___	___	___
diarrhea	___	___	___								

Date of onset of paralysis/paresthesias: ___ / ___ / ___

Fever present at onset of paralysis? yes ___ no ___ If yes ___ degrees

	yes	no	unk	SITE OF PARALYSIS:									
paralysis	___	___	___	left leg	___	respiratory muscles	___						
flaccid	___	___	___	left arm	___	face	___						
asymmetrical	___	___	___	right leg	___	other cranial nerves	___						
sudden onset	___	___	___	right arm	___								
sensation loss	___	___	___										

	yes	no	unk	SITE OF PARESTHESIA:				DEEP TENDON REFLEX :			
Kernig or Brudzinski sign?	___	___	___	left leg	___	right leg	___	left leg	___	right leg	___
Babinski?	___	___	___	left arm	___	right arm	___	left arm	___	right arm	___

IMMUNIZATION HISTORY

Usual Immunization Clinic: _____

	yes	no	unk	imm. card		date of immunization day / month / year
				yes	no	
OPV zero	___	___	___	___	___	___/___/___
OPV 1	___	___	___	___	___	___/___/___
OPV 2	___	___	___	___	___	___/___/___
OPV 3	___	___	___	___	___	___/___/___
OPV 4	___	___	___	___	___	___/___/___

PRELIMINARY CLINICAL CLASSIFICATION:

Discarded Case: ___ Probable Case: ___ If not polio, give final diagnosis and comments below.

Date ___/___/___

Comments :

TRAVEL AND CONTACT HISTORY:

Indicate all places outside present village / city (including other countries) visited by the patient 28 days prior to onset of paralysis / paresthesia.

Location	Person (s) visited	Date visited
_____	_____	___/___/___ to ___/___/___.
_____	_____	___/___/___ to ___/___/___.
_____	_____	___/___/___ to ___/___/___.
_____	_____	___/___/___ to ___/___/___.
_____	_____	___/___/___ to ___/___/___.
_____	_____	___/___/___ to ___/___/___.
_____	_____	___/___/___ to ___/___/___.

Did the case come in direct contact with another household or close contact who was immunized within 75 days before paralysis / paresthesia? yes ___ no ___ unk ___

Name	Address	Date immunized
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

LABORATORY DATA:

Name of laboratory: _____

Address: _____ Country: _____

Virus isolation studies:

	date collected from patient	date sent to lab	date of lab result	polio virus isolated			Other (specify)
				type1	type2	type3	
Stool 1	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____
Stool 2	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____
Other ___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___	___	___	_____

CSF (Cerebrospinal Fluid):

date	red cells	white cells	% lymphocytes	glucose	protein
___/___/___					
___/___/___					
___/___/___					

Poliovirus strain characterization results:

Poliovirus type	Strain characterization method	Results
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Other results and / or comments: _____

Autopsy? Yes ___ no ___ Pathology laboratory: _____

material	Date collected	Date sent	Date of result	Histopathology result (attach report)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

CASE FOLLOW-UP

Was case seen 60 days after onset of paralysis? yes ___ date ___/___/___ no ___

If no, why not? _____

Paralysis:

Paralysis present at 60 days or later? yes ___ no ___

If yes, check site of paralysis :

left leg	___	respiratory muscles	___
left arm	___	face	___
right leg	___	other cranial nerves	___
right arm	___		

Disability:

cannot walk	___	walks with assistance	___		
limps	___	walks normally	___	other	_____

Did case die? yes ___ date ___/___/___ no ___

If yes, give details: _____

Report of neurologist:

(attach if available, including electrodiagnostic results)

Summary of neurologist's report, including final diagnosis: _____

Date ___/___/___ Name of reporting physician _____ Neurologist? yes ___ no ___

CONTROL MEASURES

(Include the date started, number of households searched, number of OPV doses given in children less than 5 years of age, date completed)

FINAL DIAGNOSIS

Discarded: Specify diagnosis

Confirmed:

Check all which apply:

<input type="checkbox"/>	Laboratory confirmed - virus	<input type="checkbox"/>	Death after compatible illness
<input type="checkbox"/>	Laboratory confirmed - serology	<input type="checkbox"/>	Epidemiologic linkage
<input type="checkbox"/>	Laboratory confirmed - virus and serology	<input type="checkbox"/>	No follow-up
<input type="checkbox"/>	Residual paralysis after 60 days	<input type="checkbox"/>	Vaccine associated
<input type="checkbox"/>	Wild virus indigenous	<input type="checkbox"/>	Imported

Observations: _____

SIGNATURE

Name of investigator _____

Signature _____

Title _____

Place of Work _____

Date ____/____/____

Name of Surveillance Coordinator _____

Signature _____

Title _____

Place of Work _____

Date ____/____/____