

แบบสอบถามโรคเฉพาะราย โรคบาดทะยักในทารกแรกเกิด (อายุไม่เกิน 28 วัน)

ชื่อผู้ป่วย..... เพศ..... อายุ.....ปี ศาสนา.....

ชื่อบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน.....

ชื่อหมู่บ้าน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ในเขตเทศบาล ในเขตสุขาภิบาล นอกเขตสุขาภิบาล

วันเริ่มป่วย.....วันรับรักษา.....

อาชีพ (ลักษณะงานที่ทำ).....สถานที่ทำงาน.....

สถานที่รักษา..... ผลการรักษา กำลังรักษา หาย ไม่สมัครอยู่

ตายวันที่.....

สถานที่คลอด (ถ้าคลอดที่บ้าน ระบุที่อยู่โดยละเอียด).....

คลอดวันที่.....ชื่อผู้ทำคลอด.....

ตำแหน่ง แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ หมอตำแย อื่นๆ ระบุ.....

อาการทารก ร้องและดูดนมได้ดีในช่วง 2 วันแรก

ใช่ ไม่ใช่ (ระบุ)เพราะ.....

ทารกมีปัญหาเรื่อง แขนขาเหยียดเกร็ง มี ไม่มี ไม่ทราบ

ชัก มี ไม่มี ไม่ทราบ

ภาวะแทรกซ้อน.....

ปัจจัยเสี่ยง ตำแหน่งของแผลที่สงสัยว่าจะเป็นที่ติดเชื้อ สะดือ ที่อื่นๆ ระบุ.....

ตัดสายสะดือด้วย กรรไกร มีด ไม่รูด อื่นๆ ระบุ.....

ผู้ทำความสะอาดแผลสะดือเด็กเป็นประจำ พยาบาล ผดุงครรภ์ หมอตำแย

อื่น ๆ ระบุ.....

ใช้สมุนไพร ยากลางบ้าน หรือสิ่งอื่นใด ใส่ ปอก ป้าย ทา โรยแผลที่สะดือหรือไม่

ไม่ใส่ ใส่ ถ้าใส่ ใส่อะไร.....เริ่มใส่ก่อนป่วย.....วัน

ประวัติวัคซีน มารดาเคยได้รับการฉีดที่ออกซอยด์ป้องกันบาดทะยักหรือไม่

ไม่เคย เคย ระบุจำนวน.....ครั้ง

ครั้งสุดท้ายฉีดเมื่อ.....สถานที่ฉีด.....

ก่อนครั้งสุดท้ายฉีดเมื่อ.....สถานที่ฉีด.....

ข้อมูลตำบล ระบุ.....

อำเภอ.....

หญิงตั้งครรภ์ระดับตำบล.....ราย

เด็กเกิดมีชีพระดับตำบล.....ราย

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ TT เข็มที่ 1 ในระดับตำบล.....ราย

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ TT เข็มที่ 2 ในระดับตำบล.....ราย

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ TT เข็มที่ 3 ในระดับตำบล.....ราย

เด็กเกิดมีชีพในระดับตำบล.....ราย

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

สำนักงาน.....วันที่.....

แบบสอบถามการตายในทารกแรกเกิด (0 - 28 วัน)

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อทารกเสียชีวิต.....เพศ.....อายุ.....วัน วันเดือนปีเกิด.....

วันที่เสียชีวิต.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

ชื่อบิดา.....

มารดา.....

จำนวนบุตร ทั้งหมด.....คน ลำดับบุตรที่เสียชีวิต คนที่.....

สถานที่คลอด.....ผู้ทำคลอด.....ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ก่อนเสียชีวิต บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน.....

ชื่อหมู่บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในเขตเทศบาล ในเขตสุขาภิบาล นอกเขตสุขาภิบาล

ก่อนเสียชีวิตมีอาการอะไรบ้าง.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

เสียชีวิตด้วยโรค.....

การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในแม่

วัคซีนเตตานัสที่ออกซอยด์ ไม่เคย เคย

เข็มที่ 1 เมื่อ.....

เข็มที่ 2 เมื่อ.....

เข็มที่ 3 เมื่อ.....

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....

วันที่.....