

เลขที่ 0 ของ สสจ.....
เลขที่ 1 ของ สสจ.

เลขที่ 0 ของ สสอ.....
เลขที่ 1 ของ สสอ.

เลขที่ 0 ของ รพ./สอ.....
เลขที่ 1 ของ รพ./สอ.....

สำหรับศูนย์แม่ข่ายเป็นผู้นำบันทึก
เลขที่รายงาน
ว/ด/ป ที่รับรายงาน

บัตรรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
(บัตรรายงาน APR-AEFI)
(ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับของทางราชการโดยเฉพาะ)

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย						
เลขที่ผู้ป่วย	HN	AN	อายุ	เพศ	ประเภทผู้ป่วย	เคยมีประวัติการแพ้วัคซีน/เซรุ่ม
ชื่อ/นามสกุล			ปี	ชาย	ผู้ป่วยใน	ไม่มี มี ระบุ.....
			เดือน.....	หญิง	ผู้ป่วยนอก
			วัน			
ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย	หมู่ที่	ตำบล	ว/ด/ป เกิด.....			โรคประจำตัว/อาการป่วยขณะที่มารับ วัคซีน/เซรุ่ม.....
อำเภอ	จังหวัด		เชื้อชาติ ไทย อื่นๆ ระบุ.....			
ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี)						

2. ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน/เซรุ่ม						
(สำหรับ APR) ประเภทของวัคซีน/เซรุ่ม		วัคซีน/เซรุ่ม		วัคซีน/เซรุ่มใหม่ (Safety Monitoring Programme)		
ชื่อวัคซีน/เซรุ่ม (ระบุชื่อผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย/เลขที่ผลิต/วันหมดอายุ)	S,O *	ขนาดและวิธีให้			ว/ด/ป และ เวลาที่ให้	โรคหรือสาเหตุที่ให้วัคซีน/เซรุ่ม
		ปริมาณ	วิธีให้	ตำแหน่งและจำนวนจุดที่ฉีด		

(สำหรับ APR) * S = Suspected product หมายถึง วัคซีน/เซรุ่มที่สงสัย, O = Other product หมายถึง วัคซีน/เซรุ่มที่เข้าร่วม, I = Product interaction หมายถึง การเกิดปฏิกิริยาต่อกันของวัคซีน/เซรุ่ม

3. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์		
ว/ด/ป และเวลาที่เริ่มเกิดอาการ	ว/ด/ป ที่รับรักษา	
อาการและอาการแสดงที่พบ (ระบุ signs and symptoms)	ICD – 10 ของการวินิจฉัย	การตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วย

การวินิจฉัย (Diagnosis)			ระดับความร้ายแรงของอาการ (Seriousness) ไม่ร้ายแรง (Non-serious) ร้ายแรง (Serious) 1. เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป)..... 2. อันตรายถึงชีวิต 3. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 4. พิการ 5. ความผิดปกติแต่กำเนิด
กลุ่มอาการเฉพาะที่	กลุ่มอาการทางระบบประสาทส่วนกลาง	กลุ่มอาการอื่นๆ	
Bacterial Abscess	Vaccine-Associated Paralytic	Fever	สภาพผู้ป่วย ยังรักษาอยู่ หาย ตาย สรุปสาเหตุ การบริหารจัดการวัคซีน วัคซีน/เซรุ่ม โดยบังเอิญ ไม่ทราบ
Sterile abscess	Poliomyelitis (VAPP)	Allergic Reaction	
Lymphadenitis	Guillain-Barre Syndrome (GBS)	Anaphylactoid Reaction	
Severe Local Reaction	Encephalopathy	Anaphylactic Shock	
Brachial neuritis	Encephalitis	Arthralgia	
Febrile Seizures	Meningitis	Disseminated BCG-itis	
Afebrile Seizures	Residual Seizure Disorder (RSD)	HHE : Shock Collapse	
Persistent Screaming	Toxic-Shock Syndrome	Osteitis/Osteomyelitis	
Sepsis	Thrombocytopaenia	Death	
อาการอื่นๆ.....			

4. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รายงาน	5. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาลหรือแหล่งที่รายงาน
แผนกที่พบผู้ป่วย.....	ว/ด/ป ที่บันทึกรายงาน.....
ชื่อผู้วินิจฉัย.....	ชื่อสถานพยาบาล/แหล่งที่รายงาน.....
เป็น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล อื่นๆ (ระบุ).....	จังหวัด.....
ชื่อผู้บันทึกรายงาน.....	
เป็น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล อื่นๆ (ระบุ).....	

6. ข้อมูลเกี่ยวกับวันรับรายงาน		
วันที่รับรายงานของ สสอ.	วันที่รับรายงานของ สสจ.	วันที่รับรายงานของสำนักระบาควิทยา
.....()()()