

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.....

7.ประวัติการได้รับวัคซีนของผู้ป่วย						
7.1 การได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานตามกำหนดปกติ						
ชนิดวัคซีน	ไม่ได้ รับ	ไม่ทราบ	วัน/เดือน			
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
วัณโรค (BCG)						
ตับอักเสบบี (HB)						
คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก(DTP)						
โปลิโอ (OPV)						
หัด (M)						
ไข้สมองอักเสบเจอี (JE)						
อื่น ๆ ระบุ.....						
<p>แหล่งข้อมูลการรับวัคซีน โปรดระบุ</p> <p><input type="checkbox"/> สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก <input type="checkbox"/> ทะเบียนการได้รับวัคซีนในเด็กที่สถานบริการ</p> <p><input type="checkbox"/> คำบอกเล่าจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง</p>						
7.2 การได้รับวัคซีน โปลิโอในโอกาสอื่น ๆ						
การได้รับวัคซีน โปลิโอ	จำนวนครั้งที่ได้รับ วัคซีน	ครั้งสุดท้ายที่ได้รับวัคซีน (ว/ด/ป)	แหล่งข้อมูล (ระบุ)			
-ในช่วงรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอ (NID/Sub-NID)						
- ในการให้วัคซีนโปลิโอเพื่อ การควบคุมโรค (ORI)						
<p>หมายเหตุ : การรายงานข้อมูลประวัติการได้รับวัคซีนของผู้ป่วย (ข้อ 7) และ ข้อมูลการตรวจสอบรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีน โปลิโอในพื้นที่ที่พบ ผู้ป่วย (ข้อ 8) ให้ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ร่วมดำเนินการตรวจสอบข้อมูล</p>						

8.ข้อมูลการตรวจสอบรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย

8.1 ประวัติการรับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยและหมู่บ้านที่มีประวัติสัมผัสหรือถ่ายทอดโรค

กลุ่มอายุ	จำนวนเป้าหมาย (คน)	ประวัติการได้รับ วัคซีนโปลิโอ ใน ระบบปกติ ครบ 3 ครั้ง	ความครอบคลุม (%)
< 1 ปี			ไม่ต้องคำนวณ
1 ปี ถึง 4 ปี 11 เดือน			

หมายเหตุ : กลุ่มอายุ < 1 ปี ไม่คำนวณความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอ ครบ 3 ครั้ง
เนื่องจากเด็กบางรายยังไม่ได้รับวัคซีนครบ 3 ครั้ง เพราะยังไม่ถึงเกณฑ์อายุ

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

8.2.1 ในเดือนที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการอัมพาตมีเด็กอายุครบ 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 ช่วงรณรงค์ฯ 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 ที่ได้รับวัคซีนโปลิโอในช่วงรณรงค์ฯ

รอบที่ 1 จำนวน.....คน คิดเป็นความครอบคลุม.....%

รอบที่ 2 จำนวน.....คน คิดเป็นความครอบคลุม.....%

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....

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

วันที่ได้รับแจ้ง.....ชื่อผู้แจ้ง/ชื่อหน่วยงานที่แจ้ง.....

โปรดส่งรายงานที่ งานระบาดวิทยา สสจ.อุดรธานี ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับแจ้ง โทรสาร 042-240482