

## แบบสอบถามผู้ป่วย AFP ในท้องที่

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ป่วย.....! พศ..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุขณะเริ่มป่วย..... ปี..... เดือน  
 ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ถนน.....  
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ถนน.....  
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
 ชื่อบิดา..... ชื่อแม่.....  
 ชื่อผู้ปกครอง (ในกรณีที่เด็กไม่ได้อาสาพูดกับบิดามารดา).....  
 อาชีพของบิดา/อาชีพของมารดา.....  
 ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน เรียนอยู่ชั้น..... โรงเรียน..... ตั้งอยู่หมู่ที่.....  
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ผู้สอบถามได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วย AFP วันที่.....  
 วันที่สอบถาม.....

### 2. ประวัติการรักษา

เมื่อมีอาการคล้ามเนื้ออ่อนแรงครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

- ไม่เคยไป
- ไประบุชื่อสถานบริการ

1..... วันที่.....  
 2..... วันที่.....  
 3..... วันที่.....  
 4..... วันที่.....  
 5..... วันที่.....

### 3. ข้อมูลการเจ็บป่วย

วันเริ่มป่วย.....(อาจมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่ก็ได้)

วันที่เริ่มมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง (AFP).....

วันเริ่มรักษา.....(วันที่เข้ารับการรักษาใน รพ.แห่งแรก ซึ่งเป็นเครื่องข่ายเฝ้าระวังหลังจากผู้ป่วยมีอาการ AFP) สถานที่รักษาในปัจจุบัน.....H.N. ....

มีไข้ในวันที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่

มี..... องคชาเซลเซียส       ไม่มี       ไม่ทราบ

ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

คอดเสียง       ไม่มี       ไม่ทราบ

ปวดกล้ามเนื้อ       ไม่มี       ไม่ทราบ

อาการอื่น ๆ (ระบุ).....

ลักษณะของการกล้ามเนื้ออ่อนแรง

• กล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดอ่อนปวกเปียก (Flaccid)       มี       ไม่มี

• กล้ามเนื้ออ่อนแรงแบบเฉียบพลัน (Acute)       มี       ไม่มี

• สูญเสียประสาทส่วนรับความรู้สึก (Sensation loss) เช่น       มี       ไม่มี

ไม่รู้สึกเจ็บ ไม่รู้สึกร้อนเย็น เป็นต้น

• กล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่เท่ากัน (Asymmetry)       มี       ไม่มี

• ตำแหน่งที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Position)       ขาซ้าย  ขาขวา

แขนซ้าย  แขนขวา

### 4. ประวัติการสัมผัสโรค

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

4.2 มีผู้สัมผัสใกล้ชิด ได้รับ OPV ในช่วง 75 วัน ก่อนผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงบ้างหรือไม่

มี       ไม่มี

ถ้ามีโปรดให้รายละเอียดผู้สัมผัสใกล้ชิด ชื่อ..... อายุ..... ปี..... เดือน

ที่อยู่บ้านเลขที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

วันที่ผู้สัมผัสใกล้ชิด ได้รับวัคซีน.....

## 5. การเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจ

### 5.1 การเก็บตัวอย่างอุจจาระของผู้ป่วย

- เก็บ ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่.....  
 เก็บ ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่.....  
 เก็บ ครั้งที่ 3 เนื่องจาก.....

5.2 การเก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย AFP (เก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดในกรณีที่เก็บอุจจาระผู้ป่วย AFP ไม่ได้เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต หรือติดตามไม่พบ โดยเก็บตัวอย่างผู้สัมผัสใกล้ชิด อายุไม่เกิน 15 ปี และไม่เคยได้รับวัคซีนโภลิโอล ไข้ร้อน 30 วัน ก่อนเก็บตัวอย่างตรวจ เก็บอุจจาระผู้สัมผัสจำนวน 5 ราย ๆ ละ 1 ตัวอย่าง)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เพศ	อายุ	วันที่เก็บอุจจาระ	ได้รับ OPV ครั้ง	อยู่บ้านเดียวกับ
						สุดท้ายเมื่อวันที่

1. ....  ใช่  ไม่ใช่  
2. ....  ใช่  ไม่ใช่  
3. ....  ใช่  ไม่ใช่  
4. ....  ใช่  ไม่ใช่  
5. ....  ใช่  ไม่ใช่

## 6.การค้นหาผู้ป่วย AFP รายอื่น

ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ป่วยอาการคล้ามเนื้ออ่อนแรงในชุมชนเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่

- ไม่มี  
 มี ระบุชื่อ.....

ที่อยู่บ้านเลขที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

หมายเหตุ : เจ้าหน้าที่ระบบวิทยา ควรตรวจสอบค้นหาผู้ป่วย AFP รายอื่นในชุมชน ซึ่งอาจจะยังไม่ได้เข้ารับการรักษาโรงพยาบาล หรือยังไม่ได้รายงาน และดำเนินการรายงานมาตามข้อ 6 นี้

## 7. ประวัติการได้รับวัคซีนของผู้ป่วย

#### 7.1 การได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานตามกำหนดปกติ

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

## ແຫລ່ງຂໍ້ມູນການຮັບວັດຊື່ ໂປຣະນຸ

- สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก
  - ทะเบียนการได้รับวัคซีนในเด็กที่สถานบริการ
  - คำบอกเล่าจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง

## 7.2 การได้รับวัคซีนโปลิโอในโอกาสอื่น ๆ

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

หมายเหตุ : การรายงานข้อมูลประวัติการได้รับวัคซีนของผู้ป่วย (ข้อ 7) และ

ข้อมูลการตรวจสอบรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโภลิโอในพื้นที่ที่พบ

ผู้ป่วย (ข้อ 8) ให้ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ร่วมดำเนินการตรวจสอบข้อมูล

## 8. ข้อมูลการตรวจสอบรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโอลิโวในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย

8.1 ประวัติการรับวัคซีนโอลิโวของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยและหมู่บ้านที่มีประวัติสัมผัสหรือถ่ายทอดโรค

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

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

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

8.2.1 ในเดือนที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการอันพาตมีเด็กอายุครบ 1 ปี ทั้งหมด ณ ตำบล ที่พบผู้ป่วย จำนวน..... คน

8.2.2 มีเด็กตาม ข้อ 8.2.1 ที่ได้รับวัคซีนโอลิโวครบ 3 ครั้ง จำนวน..... คน คิดเป็นความครอบคลุม.....%

8.3 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโอลิโวของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ช่วงранรงค์ฯ ครั้งล่าสุด ใน ตำบล ที่พบ  
ผู้ป่วย 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 ที่ได้รับวัคซีนโอลิโวในช่วงранรงค์ฯ

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

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

ชื่อผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....

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

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

โปรดส่งรายงานที่ งานระบบวิทยา สสจ.อุดรธานี ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับแจ้ง โทรศัพท์ 042-240482