**แบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1)**

|  |
| --- |
| **1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย** |
| เลขที่ผู้ป่วย HN…………………….. AN………………………ชื่อ-นามสกุล : | อายุขณะป่วยปี……….………..เดือน…….……..วัน………………. | เพศ🞏 ชาย🞏 หญิง | ประเภทผู้ป่วย🞏 ผู้ป่วยนอก🞏 ผู้ป่วยใน | เคยมีประวัติการแพ้วัคซีน/ยา🞏 ไม่มี🞏 มี (ระบุ)........................................................................................................................................................ |
| ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย เลขที่......................หมู่ที่..................ตำบล................................อำเภอ..................................จังหวัด.......................................................................... | วัน เดือน ปี เกิด ........../........../.......... | เคยมีประวัติการใช้ยา 🞏 ไม่มี🞏 มี (ระบุ)...................................................................................................................................................... |
| เชื้อชาติ 🞏 ไทย 🞏 อื่นๆ (ระบุ).. |
| โรคประจำตัว 🞏 ไม่มี 🞏 มี (ระบุ)............................................................................................การเจ็บป่วยในอดีต 🞏 ไม่มี 🞏 มี (ระบุ)............................................................................................ | อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว 🞏 ไม่มี🞏 มี (ระบุ).................................................................. |
| ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) : |
| **2. ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน** |
| ชื่อวัคซีน | ขนาดและวิธีให้ | เข็มที่/ครั้งที่ | ว/ด/ป และเวลาที่ได้รับวัคซีน | ชื่อผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย/เลขที่ผลิตวันหมดอายุ | สถานที่รับวัคซีน |
| ปริมาณ | วิธีให้ | ตำแหน่งที่ฉีด |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์/การวินิจฉัย** |
| ว/ด/ป และเวลาที่เริ่มเกิดอาการ : | ว/ด/ป ที่รับการรักษา : | ว/ด/ป ที่จำหน่าย : |
| อาการและการตรวจพบ (ระบุ sign and symtoms และรายละเอียดอื่นๆ ของผู้ป่วย) | การตรวจทางห้องปฏิบัติการ |
|  |  |
| กรณีผู้ป่วย AEFI ที่ต้องรายงาน🞏 1. การเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน 🞏 5. อาการไข้สูง ปวด บวม แดง ร้อนบริเวณที่ฉีดนาน🞏 2. กลุ่มอาการทางระบบประสาททุกชนิด เกิน 3 วัน  (Neurological syndrome) 🞏 6. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล🞏 3. อาการแพ้รุนแรง เช่น anaphylaxis 🞏 7. อาการอื่นๆ ที่สงสัยว่าอาจเกี่ยวข้องกับการสร้าง- หรืออาการแพ้รุนแรงอื่นๆ เสริมภูมิคุ้มกันโรค🞏 4. อาการติดเชื้อในกระแสโลหิต | ระบุความรุนแรงของอาการ🞏 ไม่ร้ายแรง (Non-serious)🞏 ร้ายแรง (Serious) 🞏 1. เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป).............................. 🞏 2. รุนแรงจนอาจเสียชีวิต 🞏 3. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 🞏 4. พิการ |
| การวินิจฉัยของแพทย์ : |
| สภาพผู้ป่วย 🞏 หาย 🞏 ตาย 🞏 ยังรักษาอยู่ 🞏 มีภาวะแทรกซ้อนหรือพิการ................................................ |
| **4. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รายงาน** | **5. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาล/แหล่งที่รายงาน** |
| แผนกที่พบผู้ป่วย :ผู้วินิจฉัยเป็น 🞏 แพทย์ 🞏 เภสัชกร 🞏 พยาบาล 🞏 อื่นๆ ระบุ..........ชื่อผู้บันทึกรายงาน :เป็น 🞏 แพทย์ 🞏 เภสัชกร 🞏 พยาบาล 🞏 อื่นๆ ระบุ......... | ว/ด/ป ที่บันทึกรายงาน :ชื่อสถานพยาบาล/แหล่งที่รายงาน :จังหวัด :โทรศัพท์ : |
| **6. ข้อมูลเกี่ยวกับวันรับรายงาน** |
| วันที่รับรายงานของกลุ่มงานโรคติดต่อทั่วไป :  | วันที่รับรายงานของสำนักระบาดวิทยา :  |

สถานที่ส่ง : กลุ่มงานโรคติดต่อทั่วไป กองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ปัจจุบัน ตั้งอยู่อาคารธานีนพรัตน์ (ส่งภายใน 48 ชั่วโมง นับจากพบผู้ป่วย)

โทรศัพท์ : 0 2203 2887

โทรสาร : 0 2203 2888-9