**แบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย** | | | | | | | | | | | | | | |
| เลขที่ผู้ป่วย HN…………………….. AN………………………  ชื่อ-นามสกุล : | | | | อายุขณะป่วย  ปี……….………..  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 และเวลา  ที่ได้รับวัคซีน | | | | ชื่อผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย/เลขที่ผลิต  วันหมดอายุ | 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