แบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI 1)

|  |
| --- |
| 1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย |
| เลขที่ผู้ป่วย HN 14378 AN | อายุขณะป่วย**ปี………0………..เดือน……4…….วัน ……4……** | เพศ ชาย หญิง | ประเภทผู้ป่วย ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก | เคยมีประวัติการแพ้วัคซีน/ ยา **ไม่มี มี (ระบุ)……………………………...................................** |
| ชื่อ/นามสกุล ด.ช.คณิศร โนนทะพิมพ์ |
| ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย 182 หมู่ที่ 8  ตำบล หนองกวั่ง อำเภอ บ้านม่วง  จังหวัด สกลนคร | **ว/ด/ป เกิด .....5......../…..ก.ค. …./…....2560......** | **เคยมีประวัติการใช้ยา** **ไม่มี มี (ระบุ)…………………………………** |
| **เชื้อชาติ ไทย อื่นๆ (ระบุ)…………....** |
| **โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ)………………………………………………………...** **การเจ็บป่วยในอดีต ไม่มี มี (ระบุ)……………………………………………………** | **อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว ไม่มี มี (ระบุ).............................................................................****………………………………………………………….**...... |
| ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี): น้ำฝน ประชานันท์ (มารดา)  |
| 2. ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน |
|   ชื่อวัคซีน | **ขนาดและวิธีให้** | **เข็มที่/ ครั้งที่** | ว/ด/ป และ เวลาที่ได้รับวัคซีน | ชื่อผู้ผลิต/ ผู้จำหน่าย/ เลขที่ผลิต/**วันหมดอายุ** | **สถานที่รับวัคซีน** |
|  **ปริมาณ** | **วิธีให้** | **ตำแหน่งที่ฉีด** |
| DTP HB 2OPVIPV | 0.5 ml.2 หยด0.5 ml. | ScOralSc | ต้นขาซ้ายต้นขาขวา | เข็มที่ 2**ครั้งที่ 2**เข็มที่ 1 | วันที่ 8 พ.ย. 2560 เวลา 10.15 น. | DTP-HB2 LOT : 030L7001EXP : 31-04-2019OPV LOT : 20410416EXP : 31-08-2561IPV LOT : M75713EXP : 30-11-2561 | รพ.สต.หนองกวั่ง |
| 3. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์/การวินิจฉัย |
| **ว/ด/ป และเวลาที่เริ่มเกิดอาการ: 7 พ.ย. 2560 เวลาประมาณ 20.40 น.**  | **ว/ด/ป ที่รับรักษา: 8 พ.ย. 2560** | **วันที่จำหน่าย: 8 พ.ย. 2560** |
| **อาการและการตรวจพบ (ระบุ signs and symptoms และรายละเอียดอื่นๆ ของผู้ป่วย)** | **การตรวจทางห้องปฏิบัติการ** |
| ไข้ ตัวร้อน วัดอุณหภูมิ ได้ 37.8 C บริเวณฉีดวัคซีน ไม่บวม | - |
| กรณีผู้ป่วย AEFI ที่ต้องรายงาน | **ระบุความร้ายแรงของอาการ (Seriousness)** **ไม่ร้ายแรง (Non-serious)** **ร้ายแรง (Serious)** **1. เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป) ..................................** **2. รุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต** **3. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล** **4. พิการ** |
|  **1. การเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน 5. อาการไข้สูงปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน** **2. กลุ่มอาการทางระบบประสาททุกชนิด 6. อาการอื่นๆ ที่สงสัยว่าอาจเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริม (Neurological syndrome) ภูมิคุ้มกันโรค**  **3. อาการแพ้รุนแรง เช่น anaphylaxis 6.1 รับไว้รักษาในโรงพยาบาล หรืออาการแพ้รุนแรงอื่นๆ 6.2 ผู้ป่วยเป็นกลุ่ม (Cluster)**  **4. อาการติดเชื้อในกระแสโลหิต 6.3 อาการไม่รุนแรงอื่นๆ**  |
| **การวินิจฉัยของแพทย์** | **สรุปสาเหตุ การบริหารจัดการวัคซีน** **วัคซีน กลัวการฉีด โดยบังเอิญ ไม่ทราบ** |
| **สภาพผู้ป่วย: หาย ตาย ยังรักษาอยู่ มีภาวะแทรกซ้อน หรือ พิการ**  |
|  4. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รายงาน  |  | 5. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาลหรือแหล่งที่รายงาน |
| **แผนกที่พบผู้ป่วย………รพ.สต.หนองกวั่ง…………………………………………………………****ผู้วินิจฉัยเป็น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล อื่นๆ (ระบุ)………………..ชื่อผู้บันทึกรายงาน…นายฐิติ แสงหาญ.....****เป็น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล อื่นๆ (ระบุ) นักวิชาการสาธารณสุข** | ว/ด/ป ที่บันทึกรายงาน…………16 ก.พ. 2561……………....**ชื่อสถานพยาบาล/แหล่งที่รายงาน……รพ.สต.หนองกวั่ง………....****จังหวัด…………สกลนคร…………………………………....** |
| 6. ข้อมูลเกี่ยวกับวันรับรายงาน |
| วันที่รับรายงานของ สสอ.……………………………….….( ) | วันที่รับรายงานของ สสจ.…………………………….( ) | วันที่รับรายงานของสำนักระบาดวิทยา…………………………………. .( ) |

แจ้งให้สำนักระบาดวิทยาทราบภายใน 24 ชั่วโมง นับจากพบผู้ป่วย ที่หมายเลขโทรศัพท์ 02-5901779, 02-5901876, 02-5901795 และส่งแบบ AEFI 1 ที่หมายเลขโทรสาร 02-5901784 หรือ 02-5918579 และ outbreak@health.moph.go.th ภายใน 48 ชั่วโมง นับจากพบผู้ป่วย