แบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI 1)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| เลขที่ผู้ป่วย HN 14378 AN | | | | อายุขณะป่วย **ปี………0………..เดือน……4…….วัน ……4……** | | | | เพศชายหญิง | | | ประเภทผู้ป่วยผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก | | | | เคยมีประวัติการแพ้วัคซีน/ ยา **ไม่มี มี (ระบุ)……………………………...................................** | | | |
| ชื่อ/นามสกุล ด.ช.คณิศร โนนทะพิมพ์ | | | |
| ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย 182 หมู่ที่ 8ตำบล หนองกวั่ง อำเภอ บ้านม่วงจังหวัด 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 2 OPV IPV | 0.5 ml. 2 หยด 0.5 ml. | Sc Oral Sc | ต้นขาซ้าย  ต้นขาขวา | | | เข็มที่ 2 **ครั้งที่ 2**  เข็มที่ 1 | | | วันที่ 8 พ.ย. 2560เวลา 10.15 น. | | | | DTP-HB2 LOT : 030L7001 EXP : 31-04-2019 OPV LOT : 20410416 EXP : 31-08-2561 IPV LOT : M75713 EXP : 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](mailto:outbreak@health.moph.go.th) ภายใน 48 ชั่วโมง นับจากพบผู้ป่วย