

แบบรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1)

(1) ข้อมูลผู้ป่วย	
เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN..... เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก..... *คำนำหน้าชื่อ/สกุล..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง *วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุปีเดือนวัน เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก	ประวัติการแพ้วัคซีน/ยา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... โรคประจำตัว/การเจ็บป่วยในอดีต <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... เคยป่วยเป็นโควิดหรือไม่ ไม่เคย เคย ระบุเวลาที่..... ประวัติการไขยาในรอบ 1 เดือน ก่อนได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... ประวัติทางการแพทย์อื่น ๆ
*ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....	

(2) ข้อมูลวัคซีน / สถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข).....									
*ชื่อวัคซีน/ชนิดวัคซีน	ปริมาณที่ให้	วิธีที่ให้	ตำแหน่ง	เข็มที่	*ว/ด/ป ที่ได้รับ	*เวลาที่ ได้รับ	ชื่อผู้ผลิตวัคซีน	*เลขที่ผลิต	*วันหมดอายุ

(3) อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการวินิจฉัย			
<input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Erythema <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Itching <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Angioedema <input type="checkbox"/> Fainting <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Dizziness <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Malaise <input type="checkbox"/> Dyspepsia <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Abdominal pain <input type="checkbox"/> Arthralgia <input type="checkbox"/> Myalgia <input type="checkbox"/> Fever \geq 38 °C <input type="checkbox"/> บวมบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน <input type="checkbox"/> บวมลามไปถึงข้อที่ใกล้ที่สุด	<input type="checkbox"/> Lymphadenopathy <input type="checkbox"/> Lymphadenitis <input type="checkbox"/> Sterile abscess <input type="checkbox"/> Bacterial abscess <input type="checkbox"/> Febrile convulsion <input type="checkbox"/> Afebrile convulsion <input type="checkbox"/> Encephalopathy/Encephalitis <input type="checkbox"/> Flaccid paralysis <input type="checkbox"/> Spastic paralysis Episode (HHE) <input type="checkbox"/> Hypotonic Hyporesponsive <input type="checkbox"/> Persistent inconsolable crying <input type="checkbox"/> Thrombocytopenia	<input type="checkbox"/> Osteitis/Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Toxic shock syndrome <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Transverse myelitis <input type="checkbox"/> Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) <input type="checkbox"/> Acute myocarditis <input type="checkbox"/> Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS) <input type="checkbox"/> Others.....	รายละเอียดอาการและการตรวจพบ วินิจฉัยของแพทย์.....
ว/ด/ป ที่เกิดอาการ.....	เวลาที่เกิดอาการ.....	ว/ด/ป ที่รับรักษา.....	ว/ด/ป ที่จำหน่าย.....
*ความร้ายแรงของอาการ <input type="checkbox"/> ร้ายแรง ระบุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> อันตรายถึงชีวิต <input type="checkbox"/> พิการถาวร/ไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/> รับไว้รักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ความผิดปกติแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> ไม่ร้ายแรง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ที่มีความสำคัญทางการแพทย์			
*สภาพผู้ป่วย <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> หายโดยมีร่องรอย <input type="checkbox"/> อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย <input type="checkbox"/> ไม่หาย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป)..... ผ่าพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> มี สถานที่ทำการ.....			

(4) การตัดสินใจว่ามีความจำเป็นที่จะต้องสอบสวน <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> จำเป็น	ถ้าสอบสวน วันที่สอบสวน.....
--	-----------------------------

(5) ข้อมูลผู้รายงาน สถานที่เกิดเหตุการณ์ และหน่วยที่รายงาน	(6) ประเมินสาเหตุเบื้องต้น
ชื่อผู้วินิจฉัยอาการ..... เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... ชื่อผู้รายงาน..... เป็น <input type="checkbox"/> นักระบาดวิทยา <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> งาน EPI <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... หน่วยงานที่รายงาน..... จังหวัด..... โทร..... Email ว/ด/ป ที่ส่งรายงาน..... ว/ด/ป ที่สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงาน..... ความคิดเห็นเพิ่มเติม (แนบเอกสารเพิ่มเติมได้ ถ้ามี)	<input type="checkbox"/> ปฏิกริยาของวัคซีน ระดับความสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> น่าจะใช่ <input type="checkbox"/> อาจใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ความบกพร่องของวัคซีน <input type="checkbox"/> ความคลาดเคลื่อนด้านการให้บริการ <input type="checkbox"/> เหตุบังเอิญ/เหตุบังเอิญ <input type="checkbox"/> ความกลัว/ความกังวล <input type="checkbox"/> ไม่สามารถระบุได้

*ให้เติมข้อมูลให้ครบทุกคำถามหรือทุกช่อง โดยเฉพาะข้อที่มีสัญลักษณ์ * ต้องเติมข้อมูลให้ครบถ้วนไม่ได้