

## แบบสอบสวนโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) .....

เลขที่บัตรประชาชน  -  -  -  -  อายุ ..... ปี ..... เดือน เพศ  ชาย  หญิง

HN ..... AN ..... ศาสนา ..... สัญชาติ .....

อาชีพ ..... ระดับการศึกษาสูงสุด  ไม่เคยเรียน  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษา

ปริญญาตรี  อาชีวศึกษาและอนุปริญญา  สูงกว่าปริญญาตรี

รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน  <10,000 บาท  10,000-25,000 บาท  >25,000 บาท

ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้าน/ทาวน์เฮาส์/ห้องแถว/คอนโดมิเนียม) .....

ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย  เจ้าของ  เช่าซื้อ  เช่า

อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า  อื่น ๆ .....

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย  ไม่มีสิทธิ  ประกันสังคม

ในการรักษาครั้งนี้  หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  สิทธิข้าราชการ

อื่น ๆ ระบุ .....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ..... ซอย .....

ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย  อยู่ในชุมชนเขตเมือง  อยู่ในชุมชนท้องถิ่นชนบท  อื่น ๆ .....

ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ) .....

ภูมิลาเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ระบุ .....

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) .....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....

### 2. อาการและอาการแสดง

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

ไข้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลัวน้ำ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ผุดลุกผุดนั่ง กระวนกระวาย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลัวม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ลูก็ลุกกลน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลัวม <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	กลัวแสง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
สะดุ้งตกใจง่าย (Hypersensitivity to violence) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	การไม่รู้สึกรู้สึกลับไปกลับมา (Consciousness และ Unconsciousness) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลืนลำบาก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ชัก/กล้ามเนื้อกระตุก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

น้ำลายมากผิดปกติ ถ่มน้ำลาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ชา/เสียว เจ็บที่ถูกกัด รวมทั้งบริเวณใกล้เคียง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซีม ไม่รู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อัมพาต หรือกล้ามเนื้อ อ่อนแรง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ได้ยินหรือเห็นภาพหลอน/ อาละวาด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
คันรอบแผลที่ถูกกัดและ บริเวณใกล้เคียง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	หลังอสุจิโดยไม่รู้ตัว เสียวบริเวณหน้าท้อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ (เช่น มีสัญญาณตรงบริเวณกระดูกคอ Myoedema) .....			

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชนิดตัวอย่าง	การดำเนินการ วันที่เก็บตัวอย่าง	วันที่ตรวจ	วิธีการตรวจ	ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ	ผลการตรวจ
ขณะยังมีชีวิต					
น้ำลาย	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง ...../...../.....	...../...../.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ
น้ำไขสันหลัง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง ...../...../.....	...../...../.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ
ปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง ...../...../.....	...../...../.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ
ปมรากผม	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง ...../...../.....	...../...../.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ
	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง ...../...../.....	...../...../.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ
	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง ...../...../.....	...../...../.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ
	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง ...../...../.....	...../...../.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ
กรณีเสียชีวิต					
เนื้อสมอง	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง ...../...../.....	...../...../.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> บวก <input type="checkbox"/> ลบ

#### 4. การรักษา

- ซึ่ยากินเอง ชื่อยา ..... รักษาด้วยยาสมุนไพร ชื่อยา .....
- ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
- การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.
- ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
- ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....
- สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....
- การวินิจฉัย .....
- ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
- ไม่ได้รับ  ได้รับ ระบุ ..... ขนาด ..... วันที่ได้รับ .....

#### 5. ประวัติการสัมผัสโรค และประวัติของสัตว์ที่กัด

- ชนิดของสัตว์ที่กัด/ข่วน
  - ระบุประเภท  สัตว์เลี้ยง  สัตว์ป่า/สัตว์ที่อยู่ในธรรมชาติ
  - ระบุชนิด  สุนัข  แมว  สัตว์อื่น ๆ ระบุ .....
- วันที่ถูกสัตว์กัด/ข่วน ..... (ถ้าไม่ทราบให้ระบุเป็นช่วงวันได้)  ไม่ทราบ
- การได้รับเชื้อ  ถูกกัด  ถูกข่วน  ถูกเลีย  คลุกคลีใกล้ชิดสัตว์  
 ไม่ทราบ  อื่น ๆ ระบุ .....
- อายุสัตว์  น้อยกว่า 3 เดือน  3-6 เดือน  6-12 เดือน  มากกว่า 1 ปี  ไม่ทราบ
- สถานภาพสัตว์  มีเจ้าของ  ไม่มีเจ้าของ  ไม่ทราบ
- ลักษณะการเลี้ยง  อยู่ในตัวบ้าน (โปรดระบุ  อาศัยอยู่ร่วมกับเจ้าของ  สามารถออกมาข้างนอกได้บ้าง)  
 อยู่นอกตัวบ้านแต่ภายในบ้านที่ปิดมิดชิด  
 อยู่นอกตัวบ้าน ภายในรั้วบ้าน แต่สามารถออกมาข้างนอกได้  
 เลี้ยงที่บ้านแต่ไม่มีรั้ว  สัตว์ของชุมชน  สัตว์จรจัด
- การกักขังดูอาการของสัตว์  ไม่ได้กักขัง  กักขัง/ติดตามดูอาการ  ไม่ตายภายใน 10 วัน  
 ตายเองภายใน 10 วัน  ถูกฆ่าตาย  สัตว์หายไปติดตามไม่ได้
- สาเหตุที่ถูกกัด  ถูกกัดโดยไม่มีสาเหตุ  
 ถูกกัดโดยมีสาเหตุ ได้แก่  ทำร้าย หรือแกล้งสัตว์  เข้าใกล้สัตว์แม่ลูกอ่อน  
 พยายามแย่งสัตว์ที่กำลังต่อสู้กัน  ครอบงวนสัตว์ขณะกินอาหาร  
 อื่น ๆ ระบุ .....
- สถานที่ที่ถูกกัด  ในบริเวณบ้าน  สถานที่สาธารณะ ระบุ .....
- ที่อยู่สถานที่โดนกัด ซอย/แยก ..... ถนน ..... ตำบล .....  
อำเภอ ..... จังหวัด ..... ระบุตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ) .....
- ประวัติการได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าของสัตว์  
 ไม่ได้รับ  ไม่ทราบ  
 ได้รับ จำนวน ..... ครั้ง  ภายใน 1 ปี  เกิน 1 ปี  จำไม่ได้  
จาก  คลินิกรักษาสัตว์  รถหน่วยปศุสัตว์  โรงพยาบาลสัตว์ของรัฐ  
 คลินิกสัตว์เอกชน  เจ้าของสัตว์ซื้อมาฉีดเอง สถานที่ชื่อ .....
- การส่งหัวสัตว์ตรวจ  ไม่ได้ส่งตรวจ เนื่องจาก .....  
 ส่งตรวจ ระบุสถานที่ส่ง .....
- ผลการตรวจ  ไม่พบเชื้อ  พบเชื้อ

12. บริเวณที่ถูกสัมผัสและความรุนแรง (ทำเครื่องหมาย X ลงบนร่างกายบริเวณที่ถูกกัด/ข่วน/ถูกเลียให้ชัดเจน)



อวัยวะที่ได้รับสัมผัส	ลักษณะการสัมผัส					
	ถูกกัด		ถูกข่วน		ถูกเลีย	
	มีเลือดออก	ไม่มีเลือดออก	มีเลือดออก	ไม่มีเลือดออก	มีแผล	ไม่มีแผล
ศีรษะ						
หน้า						
ลำคอ						
มือ						
แขน						
ลำตัว						
ขา						
เท้า						
อื่น ๆ ระบุ .....						

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

มีผู้เข้าร่วมถูกกัด/ข่วน/เลีย จากสัตว์ที่เป็นพิษสุนัขบ้าหรือไม่ (Rabies 1)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....	
				วันที่เริ่มป่วย .....	
				ที่อยู่ .....	
				ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	
				<input type="checkbox"/> ได้รับ เมื่อวันที่ .....	
2.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....	
				วันที่เริ่มป่วย .....	
				ที่อยู่ .....	
				ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	
				<input type="checkbox"/> ได้รับ เมื่อวันที่ .....	
3.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ .....	
				วันที่เริ่มป่วย .....	
				ที่อยู่ .....	
				ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	
				<input type="checkbox"/> ได้รับ เมื่อวันที่ .....	

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
4.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่ ..... ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับ เมื่อวันที่ .....	
5.				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่ ..... ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับ เมื่อวันที่ .....	

### 7. การปฏิบัติเมื่อถูกกัด/ข่วน/ถูกน้ำลาย/ถูกเลีย

- การทำความสะอาดบาดแผล  
 ไม่ได้ล้าง เพราะ .....  
 ล้างทันทีที่ถูกกัด วิธีล้างดังนี้  ล้างด้วยน้ำเปล่า  สบู่/ผงซักฟอก  อื่น ๆ ระบุ .....
- การใช้อาหาร  ไม่ได้ใช้  
 ใช้ ระบุ  แอลกอฮอล์  โพรวิดิน เบตาดีน  
 ทิงเจอร์ไอโอดีน  
 อื่น ๆ ระบุ .....
- การเย็บแผล  ไม่ได้เย็บแผล  เย็บแผลที่ รพ./รพสต./คลินิก .....

### 8. ประวัติการได้รับวัคซีน/อิมมูโนโกลบูลิน/อาการแทรกซ้อนหลังการฉีดของผู้อยู่เสียชีวิต

- การได้รับวัคซีนมาก่อน  ไม่เคยฉีดหรือเคยฉีดน้อยกว่า 3 เข็ม  ไม่ทราบ  
 เคยฉีด 3 เข็ม หรือมากกว่า  ภายใน 6 เดือน  
 เกิน 6 เดือน  เกิน 1 ปี  
ประเภทอิมมูโนโกลบูลินที่ได้รับ  ERIG  HRIG เมื่อวันที่ .....  
จำนวน ..... หน่วยสากล (UI) Lot No. .... วันหมดอายุ .....
- การฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าก่อนเสียชีวิต  ไม่ได้ฉีด  ไม่ทราบ  
 ฉีด ในวันที่  0  3  7  14  30 รวม ..... ครั้ง

ครั้งที่	วันที่ฉีด	ชื่อวัคซีน - HDCV - PCEC - PVRV - CPRV - PDEV	เลขที่วัคซีน วันหมดอายุ	จำนวนจุดที่ ฉีด ขนาด (c.c.)	วิธีฉีด - เข็มกล้ามเนื้อ (IM) - ในผิวหนัง (ID)	ชื่อผู้ฉีด	สถานที่
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

3. อาการแทรกซ้อนหลังการฉีดวัคซีน

- ไม่แพ้     แพ้     บวมบริเวณที่ฉีด     ปวดศีรษะ     ไข้สูง     คันบริเวณที่ฉีด  
 ช็อก     เป็นผื่นคันทั่วไป     อื่น ๆ ระบุ .....
- ระยะเวลาที่มีอาการแพ้     ภายใน 2 ชั่วโมง     หลัง 2 ชั่วโมง ระบุวันที่ .....
- การรักษา ..... ผลการรักษา     หาย     เสียชีวิต

### 9. ผู้สัมผัสโรครายอื่น

1. ผู้สัมผัสโรคจากสัตว์เดียวกัน

- มีผู้ถูกกัดจำนวน ..... คน    ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว ..... คน  
มีผู้ถูกน้ำลายจำนวน ..... คน    ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว ..... คน  
มีผู้เสียชีวิตจากสัตว์ตัวเดียวกันนี้กัด  
 ไม่มี     มี  
ชื่อ-สกุล ..... หมายเลขโทรศัพท์ ญาติ/ผู้เกี่ยวข้อง .....

2. ผู้สัมผัสโรคจากผู้ป่วยรายนี้

- สัมผัสน้ำลายโดยไม่มีบาดแผล ..... คน    ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว ..... คน  
สัมผัสน้ำลายโดยมีแผลหรือถูกกัด ..... คน    ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว ..... คน

### สรุปการดำเนินการ (ระบุ)

- ฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าครบตามมาตรฐาน (ID = 4 เข็ม , IM = 5 เข็ม)  
 ฉีดวัคซีนครบตามมาตรฐาน (ภายใน 6 เดือน = 1 เข็ม , เกิน 6 เดือน = 2 เข็ม, เกิน 6 เดือน 4 จุด)  
 ฉีดวัคซีนล่วงหน้าครบตามมาตรฐาน (Pre-exposure prophylaxis = 3 เข็ม)  
 ฉีดวัคซีนไม่ครบตามมาตรฐาน หรือฉีดน้อยกว่า 3 เข็ม

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

หมายเหตุ : ระยะเวลาฟักตัวของโรค (Incubation period) ที่เชื่ออยู่ได้สั้นที่สุด 7 วันนานที่สุด 3 ปี (โดยเฉลี่ย 30-90 วัน)