

ด่วนที่สุด

ที่ พจ ๐๐๓๒.๐๐๖ / ๔๔๕๕



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ถนนคลองคะเชนทร์ พจ ๖๖๐๐๐

๓ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง แจ้งเตือนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา และแนวทางการดำเนินงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร, ประธาน/รองประธานคณะกรรมการบริหารงานสาธารณสุขระดับ
อำเภอทุกแห่ง

อ้างถึง หนังสือด่วนที่สุด ที่ พจ ๐๐๓๒.๐๐๖/๔๓๓ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. นิยามผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI)	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. แนวทางการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. แนวทางการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม	จำนวน ๑ ฉบับ
	๔. ผังบัญชาการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินฯ	จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ได้ส่งมาตรการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika virus disease) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานในพื้นที่ ให้สามารถลดการแพร่เชื้อจากการป่วย และภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ตลอดจนสามารถวางระบบการดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อไวรัสซิกาแบบองค์รวมได้อย่างเป็นรูปธรรมในระยะยาว นั้น

เนื่องจากขณะนี้ จังหวัดพิจิตร พบผู้ป่วยตามนิยามเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Patient under investigation :PUI) ในผู้ป่วยทั่วไป จำนวน ๑๓ ราย จึงได้เก็บตัวอย่างส่งตรวจ ซึ่งผลการตรวจวิเคราะห์การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสซิกา จากตัวอย่างปัสสาวะของผู้ป่วย พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสซิกา จำนวน ๑๑ ราย ในตำบลบึงนาราง อำเภอบึงนาราง จังหวัดพิจิตร

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร จึงขอให้สถานบริการทุกแห่ง ที่พบผู้ป่วยเฝ้าระวังตามนิยามฯ ดำเนินการดังต่อไปนี้

๑. แจ้งกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรทันที ในเวลาราชการ (เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.) หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๕๖๔๔ ๐๓๕๔ ต่อ ๑๓๖ กรณีนอกเวลาราชการ วันหยุดเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ รายงานมาได้ที่ คุณบรรเจิด สละขุ่ม หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๑-๗๐๗-๒๖๔๘ หรือ ๐๘๘-๒๘๖-๐๘๖๔

๒. ให้ถือปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ที่แนบเรียนพร้อมนี้

๓. ส่งบันทึกรายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้น/...



สาธารณสุขยุคใหม่ สร้างสังคมสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย

๓. เพื่อเป็นการเฝ้าระวังในพื้นที่ ขอให้สถานบริการทุกแห่งทบทวนข้อมูลผู้มารับบริการที่มีอาการผื่น ร่วมกับมีไข้ ย้อนหลัง ๑ เดือน (ตั้งแต่วันที่ ๑-๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐) โดยค้นหาจากรหัส ICD-๑๐ ดังต่อไปนี้ หากพบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ขอให้เฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาอย่างเข้มข้น

๓.๑ A๙๐	Dengue Fever
๓.๒ B๐๕	Measles
๓.๓ B๐๖	Rubella
๓.๔ B๐๙	Viral Unspecified
๓.๕ U๐๖.๙	Zika Virus
๓.๖ R๒๑	Maculopapular Rash
๓.๗ Q๐๒	Microcephaly

๔. ส่งบันทึกรายงานการสอบสวนโรคเบื้องต้น ให้กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อฯ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง (นับจากวันที่ลงไปสอบสวนควบคุมโรค)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายวิวัฒน์ คำพิชญ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

งานควบคุมโรคติดต่อ อุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ

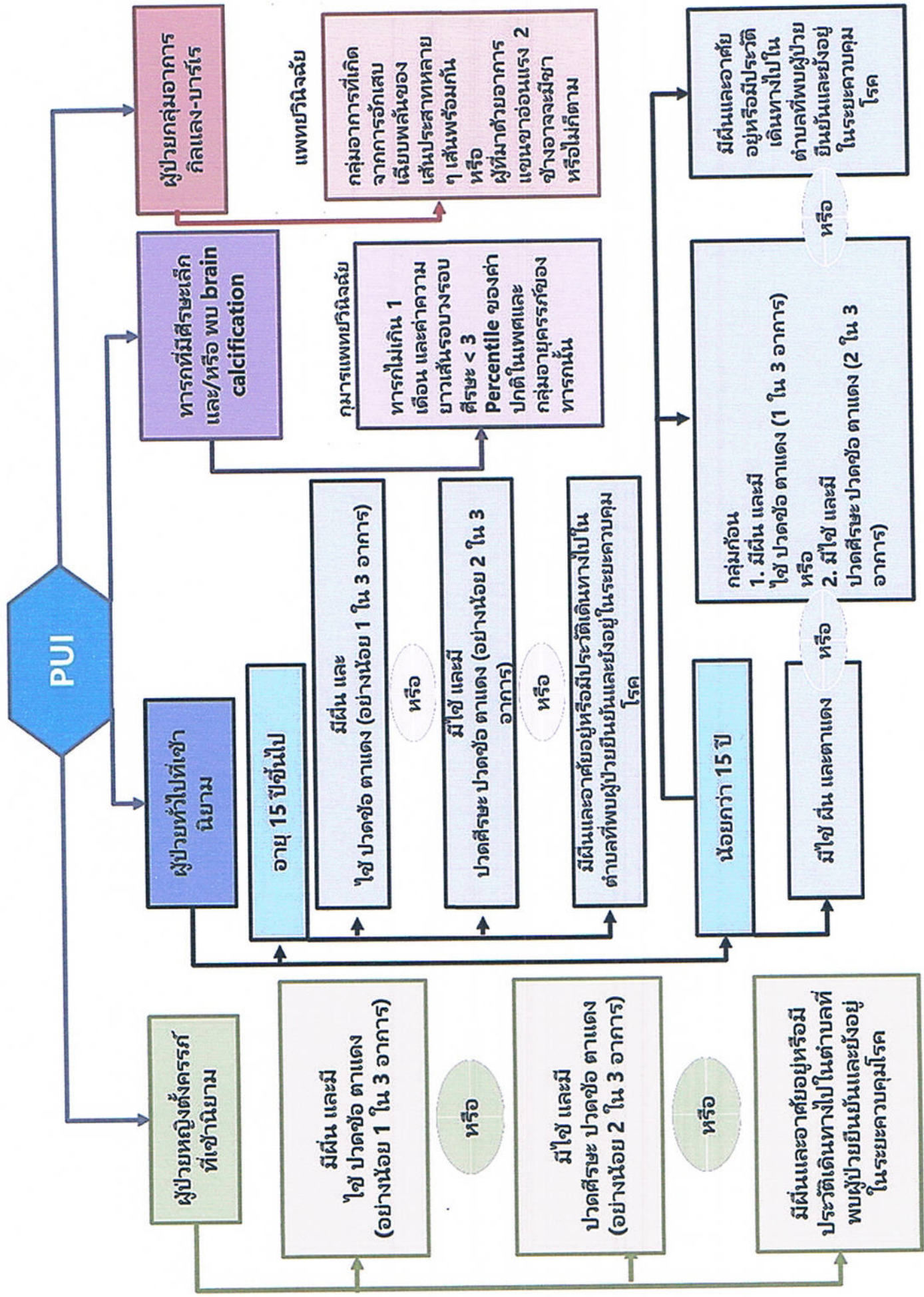
โทร ๐ ๕๖๙๙ ๐๓๕๔ ต่อ ๑๓๖

โทรสาร ๐ ๕๖๙๙ ๐๓๕๓

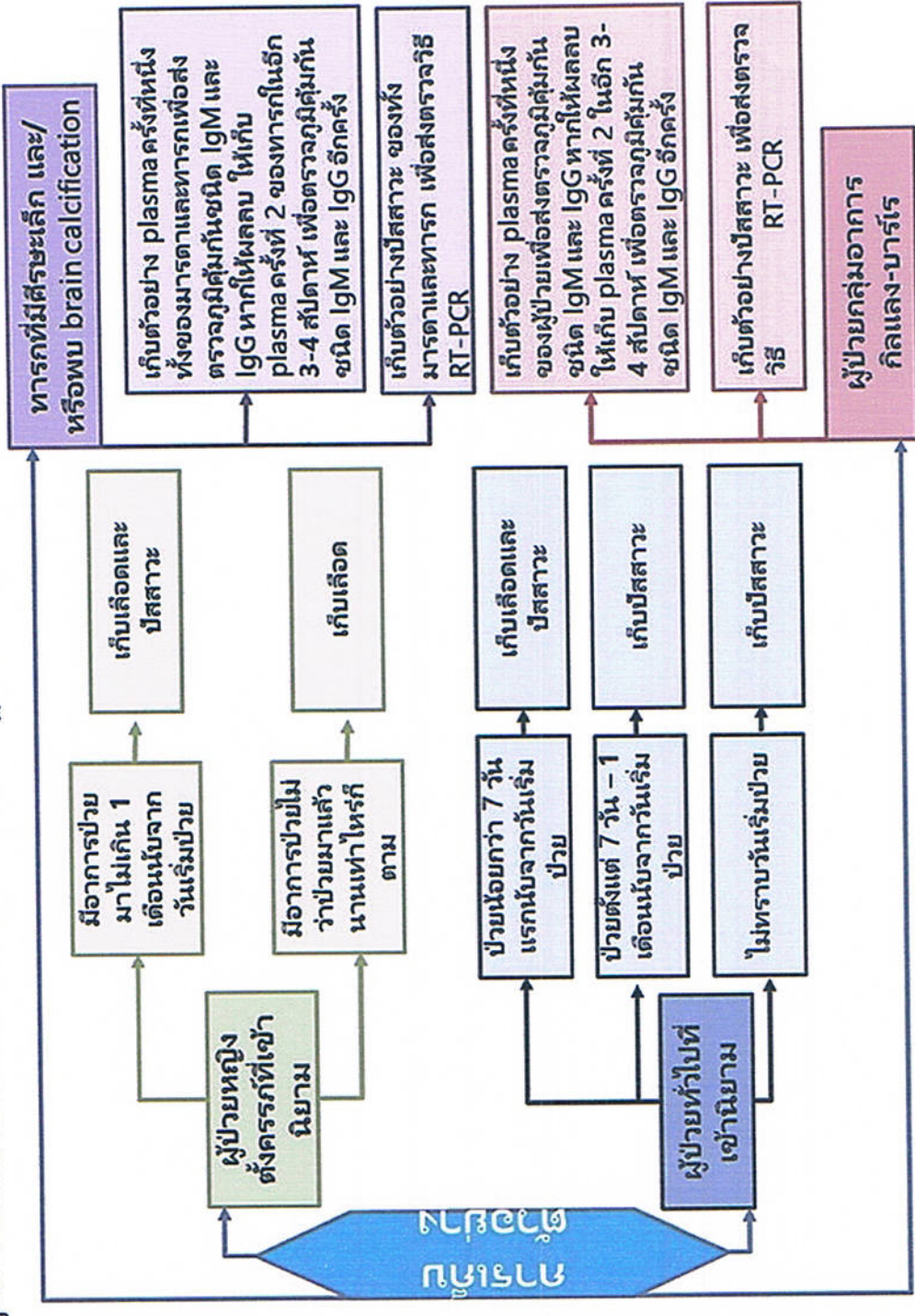
e-office



สาธารณสุขยุคใหม่ สร้างสังคมสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย



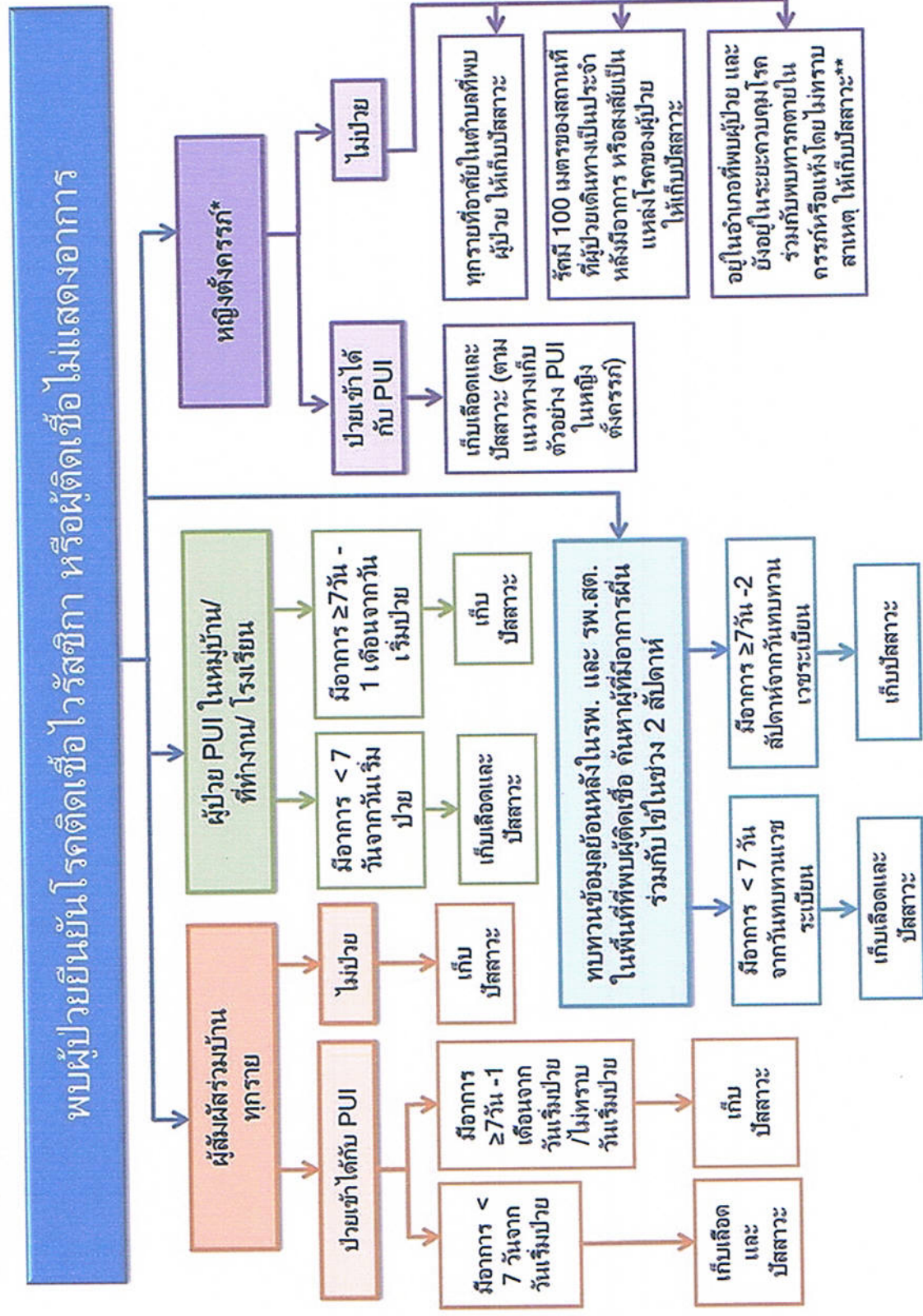
รูปที่ 2 แนวทางการเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการส่วนกลาง สำหรับการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา



หมายเหตุ 1. ก่อนเก็บตย.ส่งตรวจฯ ให้แจ้ง สคร/สปคม. ก่อนทุกครั้ง และกรณีของ microcephaly & GBS ให้โทรแจ้งสำนักระบาดฯ ร่วมด้วย

2. ในกลุ่มทารกที่ศีรษะเล็ก/หรือ brain calcification ให้ตรวจหาการติดเชื้ออื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความผิดปกติในเด็กแรกเกิด ได้แก่ TORCHS และการติดเชื้อ dengue (ภาคผนวก 7)
3. ในทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อซิกา ให้ตรวจหาเชื้อซิกาเหมือนในกลุ่มทารกที่ศีรษะเล็ก/หรือ brain calcification แต่ไม่ต้องตรวจหา TORCHS และการติดเชื้อ dengue (ภาคผนวก 7)

รูปที่ 3 การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม และการเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีผู้ป่วยยืนยัน หรือ ผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการ



* กรณีที่พบว่าผู้ติดเชื้อเป็นบุคลากรในโรงพยาบาล การเก็บตัวอย่างของผู้ติดเชื้อที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลให้ปรึกษา

สำนักกระบวนคดีวิทยาเป็นรายกรณี

** แจ้งสำนักกระบวนคดีวิทยาเพื่อเก็บตัวอย่างเพิ่มเติมในทหาร

ผู้บัญชาการเหตุการณ์

ทีมสอบสวนโรค

ทีมเฝ้าระวังเชิงรับ

- เก็บข้อมูลผู้ป่วย รักษา รพ. ที่เข้าข่าย PUI (OPD, IPD, ER, รพ. สต.) ส่งทีม ข้อมูล
- แจ้งทีมข้อมูลและห้องแล็บ
- ทำแฟ้มข้อมูลเก็บแบบสอบสวนโรค และสำเนาส่งศูนย์ข้อมูล

ทีมสอบสวนโรคและเฝ้าระวังเชิงรุก

- แจงผล Lab และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
- เก็บประวัติผู้ป่วยและผู้สัมผัสทุกคนในครอบครัว
- ค้นหาและจัดทำทะเบียน PUI และหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน/หมู่บ้านและเก็บตัวอย่างส่งตรวจ
- ค้นหา จัดทำทะเบียนและเก็บตัวอย่าง PUI และหญิงตั้งครรภ์ในรัศมี 100 เมตรของพื้นที่ที่อาจเป็นแหล่งโรค/ผู้ป่วยเดินทางประจําหลังป่วย
- ติดตามอาการผู้สัมผัสในกลุ่มต่างๆข้างต้น
- ค้นหาผู้ป่วยย้อนหลังจากเวชระเบียน และดำเนินการเชิงรุกในพื้นที่สำคัญ

ทีมติดตามหญิงตั้งครรภ์

- สํารวจหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ฯ และประสานเก็บตัวอย่าง
- ติดตามอาการหญิงตั้งครรภ์
- ให้ความรู้ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อซิกา

ทีมควบคุมโรค

ทีมสำรวจลูกน้ำ

- ระดมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อส ม. ในวันที่ 0, 3, 7, 14, 21, 28
- ลงพื้นที่ให้ครอบครัวทั้งหมดหมู่บ้าน ร่วมกับทีม 100 ม. ของพื้นที่ไปเป็นผู้ช่วยเดินทางไปเป็นประจำ
- รายงานจำนวนบ้านที่เข้าสำรวจได้แยกรายหมู่บ้าน
- สรุปรายงาน HI, CI ประจำวันส่งทีมข้อมูล

ทีมพบสารเคมี

- เตรียมชุมชน 1 วันก่อนดำเนินการ
- ดำเนินการในวันที่ 1, 3, 7, 14 ในรัศมี 100-200 ม. ของบ้านผู้ป่วย และพื้นที่ผู้ป่วยเดินทางไปเป็นประจำ/ส่งสํายเป็นแหล่งโรค
- ในกรณีผู้ป่วย PUI พบสารเคมีในวันที่ 1
- สรุปรายงานจำนวนบ้านที่เข้าพบได้ และปัญหาอุปสรรค ประจำวันส่งทีมข้อมูล

ทีม Logistics

- เตรียมนํ้าย สารเคมี โฉนทากันยุง ไฟฉาย และแบบฟอร์มเก็บข้อมูลต่างๆ
- สํารวจเครื่องพ่น
- ประสาน LAB ในการส่งตัวอย่าง
- ทำทะเบียนควบคุมเครื่องพ่นของทั้งอำเภอ
- เปิดจ่ายงบประมาณ/วัสดุอุปกรณ์/อาหาร
- จัดหายานพาหนะ นํ้ามันเชื้อเพลิง
- ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ
- สถานที่จัดประชุม คอมพิวเตอร์ ระบบการสื่อสาร

ทีมข้อมูลและเลขานุการ

- update ทะเบียนในกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้ป่วย ผู้สัมผัส หญิงตั้งครรภ์
- update ข้อมูลการติดตามอาการของหญิงตั้งครรภ์และผู้สัมผัสในหมู่บ้านผู้ป่วยยืนยัน
- บันทึกข้อมูล HI, CI
- รวบรวมข้อมูลรายวันจากทุกทีม
- สรุปสถานการณ์เสนอในที่ประชุม EOC
- ปรับปรุงและจัดทำแผนที่หมู่บ้าน/ตำบล
- สรุปรายงานการประชุม, รายงานสถานการณ์โรค/ผลการดำเนินงาน ให้กับ สสจ. สศร. และสำนักโรคระบาดวิทยา
- จัดทำผัง ICS, epidemic curve และ spot map ติดในห้อง EOC
- ประสานงานภายในและภายนอกหน่วยงาน

ทีมสื่อสารความเสี่ยง

- ประสานงานกับ สสจ. ในการจัดทำสปอรัท, แผ่นพับในการให้ความรู้แก่ประชาชน
- เตรียมพื้นที่ในการประสานงานเพื่อพบสารเคมี

ทีมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

- ให้คำปรึกษาในกลุ่ม หญิงมีครรภ์ ผู้ที่เข้าเกณฑ์ PUI/ผู้ป่วยยืนยัน และผู้สัมผัสใกล้ชิด

ภาคผนวก

แบบสอบถามผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

1. ข้อมูลทั่วไป PUI ไข่ออกผื่น PUI หญิงตั้งครรภ์ PUI ทารกศีรษะเล็ก PUI GBS
 ชื่อ.....นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง อายุ.....ปี.....เดือน
 อาชีพ(OCC)..... ลักษณะงานที่ทำ(OCC2)..... โรคประจำตัว(UD)..... โทร.....
 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 โรงเรียน/สถานที่ทำงาน..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 ประวัติเดินทางก่อนป่วย 14 วัน และหลังป่วย 5 วัน (นอกเหนือจากโรงเรียนและที่ทำงาน)

- (1) สถานที่..... วันที่เดินทาง.....
 (2) สถานที่..... วันที่เดินทาง.....
 (3) สถานที่..... วันที่เดินทาง.....

จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่จริง..... คน ผู้ที่มีอาการไข้/ผื่น จำนวน..... คน (ระบุ)

- (1) ชื่อ..... ความเกี่ยวข้อง..... วันที่มีอาการ.....
 (2) ชื่อ..... ความเกี่ยวข้อง..... วันที่มีอาการ.....

2. อาการและอาการแสดง

วันเริ่มป่วยของอาการแรก (ONSET) วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

- 1) ผื่น (RASH) 1 มี 2 ไม่มี วันเริ่มออกผื่น/...../.....
 - ชนิดผื่น - ระยะเวลาของผื่น.....วัน
 - บริเวณที่พบผื่น (ใส่ตัวเลขเรียงลำดับก่อน-หลัง) ใบหน้า ไหล่ แขน ขา ลำตัว
 อื่น ๆ

- 2) ไข้ (FEVER) 1 มี 2 ไม่มี วันเริ่มมีไข้/...../.....
 3) ตาแดง (CONJ) 1 มี 2 ไม่มี วันเริ่มตาแดง/...../.....
 4) ปวดข้อ (ARTHRI) 1 มี 2 ไม่มี วันเริ่มปวดข้อ...../...../.....
 5) ข้อบวม/แดง/ร้อน (JTSWE) 1 มี 2 ไม่มี วันเริ่มข้อบวม/แดง/ร้อน/...../.....
 6) ต่อมน้ำเหลืองโต (LYMP) 1 มี 2 ไม่มี ตำแหน่งที่ต่อมน้ำเหลืองโต.....
 7) ปวดกล้ามเนื้อ (MYAL) 1 มี 2 ไม่มี
 8) ปวดศีรษะ (HEADAC) 1 มี 2 ไม่มี
 9) อ่อนเพลีย (FATIO) 1 มี 2 ไม่มี
 10) กลุ่มอาการทางเดินหายใจส่วนบน (URI) 1 มี 2 ไม่มี
 11) กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (GBS) 1 มี 2 ไม่มี
 12) อื่น ๆ ระบุ.....

**ข้อ 13) และ 14) ตอบเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

- 13) คลอดทารกแรกเกิดศีรษะเล็ก (BABYMICRO) 1 มี 2 ไม่มี 3 ยังไม่ทราบ
 14) ทารกในครรภ์ศีรษะเล็ก (FETUSMICRO) 1 มี 2 ไม่มี 3 ยังไม่ทราบ

3. ปัจจัยเสี่ยงในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย

- 1) สัมผัสผู้ป่วยไข่ออกผื่นก่อนป่วย (RISK1) 1 ใช่ 2 ไม่ใช่
 2) ไปทำงานกับคนที่มีอาการไข้ ออกผื่น (RISK2) 1 ใช่ 2 ไม่ใช่
 3) มีคนในครอบครัว มีอาการไข้ ออกผื่น (RISK3) 1 ใช่ 2 ไม่ใช่

- 4) ท่านเดินทางไปในพื้นที่ที่มีประวัติเสี่ยงโรคชิก้า (RISK4) 1ใช่ 2ไม่ใช่
- 5) บ้านอยู่ในละแวกบ้านผู้ป่วยสงสัย/ยืนยันโรคชิก้า (RISK5) 1ใช่ 2ไม่ใช่
- โดยอยู่ในรัศมี 1] 0 - 25 เมตร 2] 26 - 50 เมตร 3] 51 - 100 เมตร 4] เกิน 100 เมตร

4. การเก็บตัวอย่างตรวจ Zika

การส่งตรวจ	ระบุวันที่หากมีการส่งตัวอย่างตรวจ	ไม่ส่ง
1) Zika PCR จากปัสสาวะ (ZURIDATE)/...../.....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง
2) Zika PCR จากเลือด (ZPCRDAT)/...../.....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง
3) Zika PCR ตัวอย่างอื่นๆ (OTHPCR) โปรดระบุ...../...../.....	
4) Zika IgM (ZlgMDATE) เฉพาะเด็กทารก และ GBS/...../.....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง
5) Zika IgG (ZlgGDATE) เฉพาะเด็กทารกที่ Zika IgM negative/...../.....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง

5. สรุปผลการสอบสวน

- 1) สรุปผู้ป่วย (CASE) 1.PUI 2.Suspected 3.Confirmed 4.Asymptomatic infection
- 2) วันที่ยืนยันการติดเชื้อ เฉพาะกรณีผู้ป่วยยืนยันหรือติดเชื้อไม่มีอาการ (CONFDATE)/...../.....
- 3) ที่มาของผู้ป่วย (TYPE) 1.มารับการรักษา 2.หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์
 3.ค้นหาย้อนหลังจากโรงพยาบาล 4.ค้นหาเพิ่มเติมจากกลุ่มอื่นๆ ระบุ.....
 5.ผู้สัมผัส (กรณีตอบข้อ 5 โปรดระบุ)

เป็นผู้สัมผัสของผู้ป่วยยืนยัน ชื่อ.....

- 5.1ผู้สัมผัสร่วมบ้าน 5.2ผู้สัมผัสร่วมโรงเรียน/ที่ทำงาน 5.3ผู้ที่อยู่ในรัศมี 100 เมตร
- 5.4ผู้ที่อยู่นอกรัศมี 100 เมตร 5.5หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เป้าหมาย
- 5.6หญิงตั้งครรภ์นอกพื้นที่เป้าหมาย 5.7อื่น ๆ ระบุ.....

6. เฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้ถามเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

- 1) ตั้งครรภ์หรือไม่ (PREG) 1ใช่ 2ไม่ใช่ 3ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
- 2) เดือนที่กำหนดคลอด (DELIVER)/..... ระบุเดือน/ปี
- 3) อายุครรภ์เมื่อพบครั้งแรก (GAMEET) สัปดาห์
- 4) อายุครรภ์เมื่อพบหรือสงสัยว่าติดเชื้อ (GAINFECT) สัปดาห์
- 5) ผลการตั้งครรภ์ (PREGOUT)
- 1คลอดทารกปกติ 2คลอดทารกผิดปกติ 3ทารกเสียชีวิตเมื่อแรกเกิด
- 4ทารกตายในครรภ์ (GA 28 wkเป็นต้นไป) 5แท้งบุตร (GAN้อยกว่า 28 wk) 6ยังไม่คลอด

ชื่อผู้สอบสวน.....ตำแหน่ง.....
ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ: กรุณาส่งสำนักระบาดวิทยา ทาง email: zikaboeg@gmail.com หรือ Fax: 02-591-8579

เพื่อเป็นหลักฐานการสนับสนุนค่าตรวจ Lab