



ที่ พจ ๐๐๓๒.๐๐๖/๑๒๒๕๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร
ถนนคลองคะเชนทร์ พจ ๖๖๐๐

๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

เรื่อง แนวทางปฏิบัติและผลการดำเนินการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI)
จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- | | |
|---|----------------|
| ๑. ผลการดำเนินการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI)
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. การสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI)
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. แบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายอาการภายหลัง
การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI ๑) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. แบบสอบสวนอาการภายหลังการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI ๒) | จำนวน ๑ ชุด |
| ๕. นิยาม AEFI/ตารางการส่ง zero report ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ | จำนวน ๑/๑ ฉบับ |

ผลการประเมินการดำเนินการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยสำนักระบาดวิทยา ทั้งหมด ๕ กิจกรรม ดังสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ พบว่ากิจกรรมที่มีคะแนนน้อยกว่าเกณฑ์ทั้งหมด ๔ กิจกรรม

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ขอให้หน่วยงานของท่านดำเนินการดังนี้

๑. ทบทวนระบบเฝ้าระวังการสอบสวนอาการ AEFI
๒. หากพบผู้ป่วยมีอาการเข้าได้ตามนิยาม AEFI ให้รายงานผู้ป่วยตามระบบการรายงานโรค (MIS/รง. ๕๐๖) และส่งแบบสอบสวน (แบบ AEFI๑ และ AEFI ๒) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังพบผู้ป่วยทุกราย ทั้งนี้หากรายงานผู้ป่วย AEFI เข้าสู่ระบบแล้วไม่อนุญาตให้เปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย
๓. หากไม่พบผู้ป่วยตามนิยาม AEFI ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลทุกแห่ง ส่งรายงาน zero report ทุกเดือนตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๕
๔. ข้อมูลการคาดประมาณผู้ป่วย AEFI จากสำนักระบาดวิทยา ควรพบผู้ป่วยอย่างน้อย ร้อยละ ๖๐ ของอำเภอทั้งหมด (๘ อำเภอ) ดังนั้นทุกอำเภอต้องมีการรายงานผู้ป่วย AEFI

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายปริญญา นากปุ่นบุตร)

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ อุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ นายแพทย์ชัชวาลย์ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

โทรศัพท์ ๐ ๕๖๙๙ ๐๓๕๔ ต่อ ๑๓๖

โทรสาร ๐ ๕๖๙๙ ๐๓๕๓

e-Office

การสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) บึงประมาท พ.ศ.2561 (10 คะแนน)

(1 ตุลาคม 2560 - 30 กันยายน 2561)

2561	จำนวนรวม (506+ AEFI/2)	จำนวน 506	จำนวน สอบสวน (AEFI /AEFI2)	คะแนน จำนวน สอบสวน	ร้อยละ สอบสวน	คะแนน จำนวน สอบสวน	ร้อยละ จำนวน สอบสวน	จำนวน รายงาน Monthly zero report พ.ศ.2560- ๒๕๖๑	จำนวน รายงาน Monthly zero report ทั้งหมดที่ต้อง รายงาน (12 ครั้ง)	Monthly zero report (%)	คะแนน Monthly zero report	จำนวน สอบสวน ที่ทำจาก	ร้อยละ สอบสวน ที่ทำจาก	คะแนน สอบสวน ที่ทำจาก	คะแนน รวม จาก คะแนน เดิม 50 คะแนน	คะแนน ราชภัฏ SRRT (10คะแนน)
กำหนดแพทย์	1	0	1	2	100.00	10	9.09	2	11	100	10	1	100.00	10	34	6.8
นครสวรรค์	16	5	11	5	68.75	8	40.00	5	11	100	10	4	36.36	5	33	6.6
พิจิตร	2	1	1	2	50.00	8	8.33	2	11	100	10	0	0.00	0	22	4.4
อุทัยธานี	0	0	0	2	0.00	0	0.00	0	11	100	10	0	0.00	0	12	2.4
ทั้งหมด	0	0	0	0	0.00	0	0.00	0	11	100	10	0	0.00	0	10	2.0

ผลการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

๑. จำนวนสอบสวน มีการส่งแบบสอบสวน (แบบ AEFI๑ และ AEFI ๒) จำนวน ๑ ราย จากผู้ป่วยที่รายงานทั้งหมด ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐ จากคะแนน ๑/๒ (น้อยกว่าเกณฑ์)

๒. การสอบสวน มีการสอบสวนอาการฯ จำนวน ๑ ราย จากผู้ป่วยที่รายงานทั้งหมด ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐ จากคะแนน ๑/๒ (น้อยกว่าเกณฑ์)

๓. ความครอบคลุมของการรายงาน อำเภอที่พบรายงานผู้ป่วยและสอบสวนผู้ป่วย เพียง ๑ อำเภอ จาก ๑๒ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๘.๓๓ จากคะแนน ๑/๑๒ (น้อยกว่าเกณฑ์) จากเกณฑ์ \geq ร้อยละ ๖๐ ของอำเภอทั้งหมด

๔. ความทันเวลาของการรายงาน แบบสอบสวน (แบบ AEFI๑ และ AEFI ๒) จำนวน ๑ ราย ส่งไปยังสำนักระบาดวิทยาไม่ทันตามเวลาภายใน ๔๘ ชั่วโมงนับจากพบผู้ป่วย ในข้อนี้ไม่ได้คะแนน

๕. การรายงาน zero report มีการรายงาน monthly zero report ครบทั้ง ๑๒ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

การสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) ปีงบประมาณ 2561

กิจกรรมที่นำมาประเมิน

1) จำนวนสอบสวน : นับจากจำนวนแบบสอบสวน AEFI1 หรือ AEFI2

2) การสอบสวน : ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่สอบสวนจากจำนวนผู้ป่วยที่ รายงานทั้งหมด

จำนวนผู้ป่วยที่สอบสวน นับจำนวนแบบสอบสวน AEFI1 หรือ AEFI2

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด นับจำนวนแบบสอบสวน AEFI1 หรือ AEFI2 รวมกับรายงาน 506

3) ความครอบคลุมของการรายงาน* : ร้อยละความครอบคลุมของอำเภอที่ สอบสวนผู้ป่วยจากอำเภอทั้งหมด
อำเภอที่สอบสวนผู้ป่วย นับจำนวนอำเภอที่มีการส่งแบบ AEFI1 หรือ AEFI2 โดยไม่คำนึงว่า ในอำเภอนั้นจะมีการส่งรายงานมาจากสถานบริการสาธารณสุขที่แห่งหรือมีผู้ป่วยกี่ราย (เนื่องจากปัจจุบันยังมีการสอบสวน AEFI1 หรือ AEFI2 ที่น้อยอยู่ จึงอนุโลมในการนับความครอบคลุม ของอำเภอดังนี้คือ ใน 1 อำเภอ หากมีสถานบริการสาธารณสุขรายงานผู้ป่วยมากกว่า 1 แห่งที่ไม่ซ้ำกัน จะนับจำนวนให้ตามจำนวนสถานบริการสาธารณสุขที่ไม่ซ้ำกันนั้น แต่นับให้ไม่เกิน 3 แห่ง ยกเว้นจังหวัดที่มีจำนวนอำเภอ ≤ 10 อำเภอ จะไม่มีการนับในกรณีนี้ให้)

อำเภอทั้งหมด นับจำนวนอำเภอที่มีทั้งหมดในจังหวัด

เกณฑ์ความครอบคลุมของการรายงาน พิจารณาตามขนาดของจังหวัด ดังนี้

จังหวัดที่มีจำนวนอำเภอ ≥ 26 ความครอบคลุมของการรายงาน \geq ร้อยละ 40

จังหวัดที่มีจำนวนอำเภอ 21 - 25 ความครอบคลุมของการรายงาน \geq ร้อยละ 45

จังหวัดที่มีจำนวนอำเภอ 16 - 20 ความครอบคลุมของการรายงาน \geq ร้อยละ 55

จังหวัดที่มีจำนวนอำเภอ 11 - 15 ความครอบคลุมของการรายงาน \geq ร้อยละ 60

จังหวัดที่มีจำนวนอำเภอ 6 - 10 ความครอบคลุมของการรายงาน \geq ร้อยละ 70

จังหวัดที่มีจำนวนอำเภอ ≤ 5 ความครอบคลุมของการรายงาน \geq ร้อยละ 90

4) ความทันเวลาของการรายงาน : ร้อยละของจำนวนแบบสอบสวน AEFI1 หรือ AEFI2 ที่รายงาน มายังสำนักระบาดวิทยาภายใน 48 ชั่วโมงนับจากพบผู้ป่วย นับจำนวนแบบสอบสวน AEFI1 หรือ AEFI2 ที่รายงานทันตามกำหนดเวลาจากจำนวนแบบสอบสวน AEFI1 หรือ AEFI2 ที่รายงานทั้งหมด

5) การรายงาน zero report : ร้อยละของการรายงาน monthly zero report นับเดือนที่รายงาน zero report จากเดือนทั้งหมดที่ต้องรายงาน

แบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI 1)

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย							
เลขที่ผู้ป่วย HN AN		อายุขณะป่วย	เพศ	ประเภทผู้ป่วย	เคยมีประวัติการแพ้วัคซีน/ ยา		
ชื่อ/นามสกุล		ปี..... เดือน..... วัน.....	ชาย หญิง	ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก	ไม่มี มี (ระบุ).....		
ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย		หมู่ที่		เคยมีประวัติการใช้ยา			
ตำบล	อำเภอ	ว/ด/ป เกิด		ไม่มี มี (ระบุ).....			
จังหวัด		เชื้อชาติ ไทย อื่นๆ (ระบุ).....					
โรคประจำตัว		ไม่มี มี (ระบุ).....			อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว		
การเจ็บป่วยในอดีต		ไม่มี มี (ระบุ).....					
ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี):							
2. ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน							
ชื่อวัคซีน	ขนาดและวิธีให้			เข็มที่/ ครั้งที่	ว/ด/ป และ เวลา ที่ได้รับวัคซีน	ชื่อผู้ผลิต/ ผู้จำหน่าย/ วันที่หมดอายุ	สถานที่รับวัคซีน
	ปริมาณ	วิธีให้	ตำแหน่งที่ฉีด				
3. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์/ การวินิจฉัย							
ว/ด/ป และ เวลาที่เริ่มเกิดอาการ:			ว/ด/ป ที่รับรักษา:		วันที่จำหน่าย:		
อาการและการตรวจพบ (ระบุ signs and symptoms และรายละเอียดอื่นๆ ของผู้ป่วย)					การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
กรณีผู้ป่วย AEFI ที่ต้องรายงาน					ระบุความร้ายแรงของอาการ (Seriousness)		
1. การเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน 2. กลุ่มอาการทางระบบประสาททุกชนิด (Neurological syndrome) 3. อาการแพ้รุนแรง เช่น anaphylaxis หรืออาการแพ้รุนแรงอื่นๆ 4. อาการติดเชื่อโนกระแสนโลหิต 5. อาการใส่สูดปอดควมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน 6. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 7. อาการอื่นๆ ที่สงสัยว่าอาจเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค					ไม่ร้ายแรง (Non-serious)		
					ร้ายแรง (Serious)		
					1. เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป)		
					2. รุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต		
การวินิจฉัยของแพทย์					3. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล		
					4. พิการ		
สภาพผู้ป่วย:	หาย	ตาย	ยังรักษาอยู่		มีภาวะแทรกซ้อน หรือ พิการ		
4. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รายงาน				5. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาลหรือแหล่งที่รายงาน			
แผนกที่พบผู้ป่วย.....				ว/ด/ป ที่บันทึกรายงาน.....			
ผู้วินิจฉัยเป็น แพทย์ เกษตรกร พยาบาล อื่นๆ (ระบุ).....				ชื่อสถานพยาบาล/แหล่งที่รายงาน.....			
ชื่อผู้บันทึกรายงาน.....				จังหวัด.....			
เป็น แพทย์ เกษตรกร พยาบาล อื่นๆ (ระบุ).....							
6. ข้อมูลเกี่ยวกับวันรับรายงาน							
วันที่รับรายงานของ สสอ.(๐๐๐๐๐๐)		วันที่รับรายงานของ สสจ.(๐๐๐๐๐๐)		วันที่รับรายงานของสำนักโรคระบาดวิทยา(๐๐๐๐๐๐)			

แจ้งให้สำนักโรคระบาดวิทยาทราบภายใน 24 ชั่วโมง นับจากพบผู้ป่วย ที่หมายเลขโทรศัพท์ 02-5901779, 02-5901876, 02-5901795 และส่งแบบ AEFI 1 ที่หมายเลข โทรสาร 02-5901784 และ outbreak@health.moph.go.th ภายใน 48 ชั่วโมง นับจากพบผู้ป่วย

แบบสอบถามอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (แบบAEFI 2)

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

- 1.1 ชื่อ - สกุล _____ 1.2 เพศ 1. ชาย 2. หญิง
- 1.3 อายุ _____ ปี _____ เดือน _____ วัน
- 1.4 ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ชื่อบ้าน _____ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____ โทรศัพท์ _____
- 1.5 กรณีที่เป็นนักเรียน โรงเรียน _____ หมู่ที่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____ เรียนอยู่ชั้น _____
- 1.6 ชื่อผู้ปกครอง _____ อาชีพ _____

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

- 2.1 วันเริ่มป่วย _____ เวลา _____ วันรับรักษา _____
- 2.2 ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก สถานที่รักษา _____ HN _____ AN _____ แพทย์ผู้รักษา _____
- 2.3 อธิบายอาการหลังได้รับวัคซีนครั้งนี้

การวินิจฉัยของแพทย์ _____

- 2.4 ประวัติการแพ้ของผู้ป่วย (เช่น อาหาร ยา หรืออื่นๆ) 1. มี 2. ไม่มี 3. ไม่ทราบ (ถ้ามี) ระบุ _____

- 2.5 ประวัติการป่วยในอดีตหรือการป่วยก่อนที่จะมารับวัคซีนครั้งนี้ (เช่น โรคประจำตัว หรือ การติดเชื้อ หรือโรคทางระบบประสาท เป็นต้น) 1. มี 2. ไม่มี 3. ไม่ทราบ (ถ้ามี) ระบุ _____

2.6 ประวัติการได้รับวัคซีนครั้งนี้

ชื่อวัคซีน	ปริมาณ	วิธีการให้	ตำแหน่ง	ครั้งที่/ เข็มที่	ว/ด/ป และ เวลาที่ได้รับ วัคซีน	ผู้ผลิต/ วันหมดอายุ/ Lot no.	ชื่อสถานบริการ ที่ให้วัคซีน

2.7 ประวัติการได้รับวัคซีนครั้งก่อนๆ และอาการป่วยหลังจากได้รับวัคซีนครั้งก่อนๆ 1. มีอาการ 2. ไม่มีอาการ
(ถ้ามี) ระบุอาการและเกิดหลังวัคซีนชนิดใด

ชื่อวัคซีน	ชื่อสถานบริการที่ให้ วัคซีน	อาการ

2.8 ประวัติการใช้ยา 1. มี 2. ไม่มี 3. ไม่ทราบ
(ถ้ามี) ระบุรายละเอียดในตาราง

ชื่อยา	ปริมาณ	วิธีการให้	วันที่ เริ่มต้นใช้	วันที่ หยุดใช้	เหตุผลการใช้ยา	อาการข้างเคียง

2.9 ผลการตรวจสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยทางห้องปฏิบัติการ 1. มี 2. ไม่มี
(ถ้ามี) ระบุรายละเอียดในตาราง

สิ่งส่งตรวจ	วันที่ส่งตรวจ	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ

- 2.10 มีการส่งวัคซีนตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือไม่ 1. มี 2. ไม่มี
(ถ้ามี) ระบุรายละเอียดในตาราง

วัคซีน/lot no.	วันที่ส่งตรวจ	สถานที่ตรวจ

2.11 สภาพของผู้ป่วย

- ตาย วันที่ _____ สาเหตุของการตาย _____
- หาย
- ยังรักษาอยู่
- พิการ (ระบุ) _____
- กรณีเป็นผู้ป่วยใน วันที่จำหน่าย _____

3. การสอบสวนภายในชุมชน

3.1 นิยามผู้ป่วย _____

- 3.2 การดำเนินการสอบสวนภายในชุมชน 1. มี 2. ไม่มี

(ถ้ามี):

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันและในครั้งเดียวกันกับผู้ป่วย _____

จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มเด็กที่ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันในอำเภอเดียวกันกับผู้ป่วย _____

จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนที่มีอาการป่วยคล้ายผู้ป่วยและอยู่ในอำเภอเดียวกันกับผู้ป่วย _____

ระบุรายละเอียดของอาการป่วยในเด็กอื่นๆ _____

4. การสอบสวนสถานบริการสาธารณสุข

- 4.1 มีการสอบสวนในสถานบริการสาธารณสุขหรือไม่ 1. มี 2. ไม่มี

(ถ้ามี):

ชนิดของกระบอกฉีดยาที่ใช้ 1. นำกลับมาใช้ 2. ใช้ครั้งเดียวทิ้ง 3. กระบอกฉีดยาชนิด AD 4. อื่นๆ _____

ถ้าใช้ครั้งเดียวทิ้ง ระบุการประเมินกระบวนการทำปราศจากเชื้อ 1. นำพอใจ 2. ไม่นำพอใจ 3. ไม่ได้สังเกต

ถ้าไม่นำพอใจ (ระบุเหตุผล) _____

เทคนิคการฉีดวัคซีน 1. นำพोज 2. ไม่นำพोज 3. ไม่ได้สังเกต
 ถ้าไม่นำพोज (ระบุเหตุผล) _____

ระบบลูกโซ่ความเย็นจากตู้เย็นไปยังสถานที่ให้วัคซีน

1. นำพोज 2. ไม่นำพोज 3. ไม่ได้สังเกต
 ถ้าไม่นำพोज (ระบุเหตุผล) _____

4.2 มีการประเมินสุขภาพของเด็กก่อนได้รับวัคซีน 1. มี 2. ไม่มี 3. ไม่ทราบ

4.3 มีการซักประวัติการแพ้ของเด็กก่อนที่ได้รับวัคซีน 1. มี 2. ไม่มี 3. ไม่ทราบ

4.4 จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีน

วัคซีน			
จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีนจากขวดเดียวกัน			
จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีน lot no. เดียวกันจาก สถานบริการสาธารณสุขแห่งนี้			
จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีน lot no. เดียวกันจาก สถานบริการสาธารณสุขแห่งอื่นในอำเภอ			

4.5 ในระยะเวลา 30 วันที่ผ่านมา มีการรายงานผู้ป่วย AEFI จากสถานบริการสาธารณสุขแห่งนี้หรือจากอำเภอนี้หรือไม่

1. มี 2. ไม่มี

(ถ้ามี) ระบุจำนวนผู้ป่วย และรายละเอียดของอาการ

4.6 บันทึกรายละเอียดเพิ่มเติม

5. การประเมินความเป็นสาเหตุ

5.1 ทิมสอบสวนสรุปสาเหตุของอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ถ้าคิดว่ามีมากกว่า 1 สาเหตุ ให้เรียงลำดับสาเหตุที่น่าจะเป็นจากมากไปหาน้อย)

เกิดขึ้นจากการบริหารจัดการวัคซีน	เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาของวัคซีน	เกิดขึ้นโดยบังเอิญ	ไม่ทราบ
<input type="checkbox"/> การฉีดวัคซีนที่ไม่สะอาด	<input type="checkbox"/> ปัญหาด้านคุณภาพของวัคซีน	<input type="checkbox"/> เป็นอาการเดียวกันกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน	
<input type="checkbox"/> การเตรียมวัคซีนผิดวิธี	<input type="checkbox"/> เป็นปฏิกิริยาของวัคซีนที่เกิดขึ้นได้	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ:	
<input type="checkbox"/> เทคนิคการฉีดวัคซีน	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ:		
<input type="checkbox"/> การเก็บหรือการขนส่งวัคซีน			
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ:			

5.2 ความมั่นใจเกี่ยวกับผลสรุปสาเหตุหลักของอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (สาเหตุอันดับแรก)

1. ใช่แน่นอน (Very likely - Certain) 2. น่าจะใช้ (Probable) 3. อาจจะใช้ (Possible)

5.3 เหตุผลของการสรุปสาเหตุครั้งนี้

6. การดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาการเกิด AEFI

6.1 มีการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาให้ถูกต้องหรือไม่ 1. มี 2. ไม่มี
(ถ้ามี) ระบุ _____

6.2 มีการเสนอแนะการดำเนินงานต่อไปหรือไม่

1. มี

2. ไม่มี

(ถ้ามี) ระบุ _____

รายละเอียดผู้สอบสวน

ระดับของหน่วยงานที่สอบสวน 1. ระดับประเทศ 2. ระดับจังหวัด 3. ระดับอำเภอ 4. สถานบริการสาธารณสุข

ชื่อผู้สอบสวน _____ หน่วยงาน _____

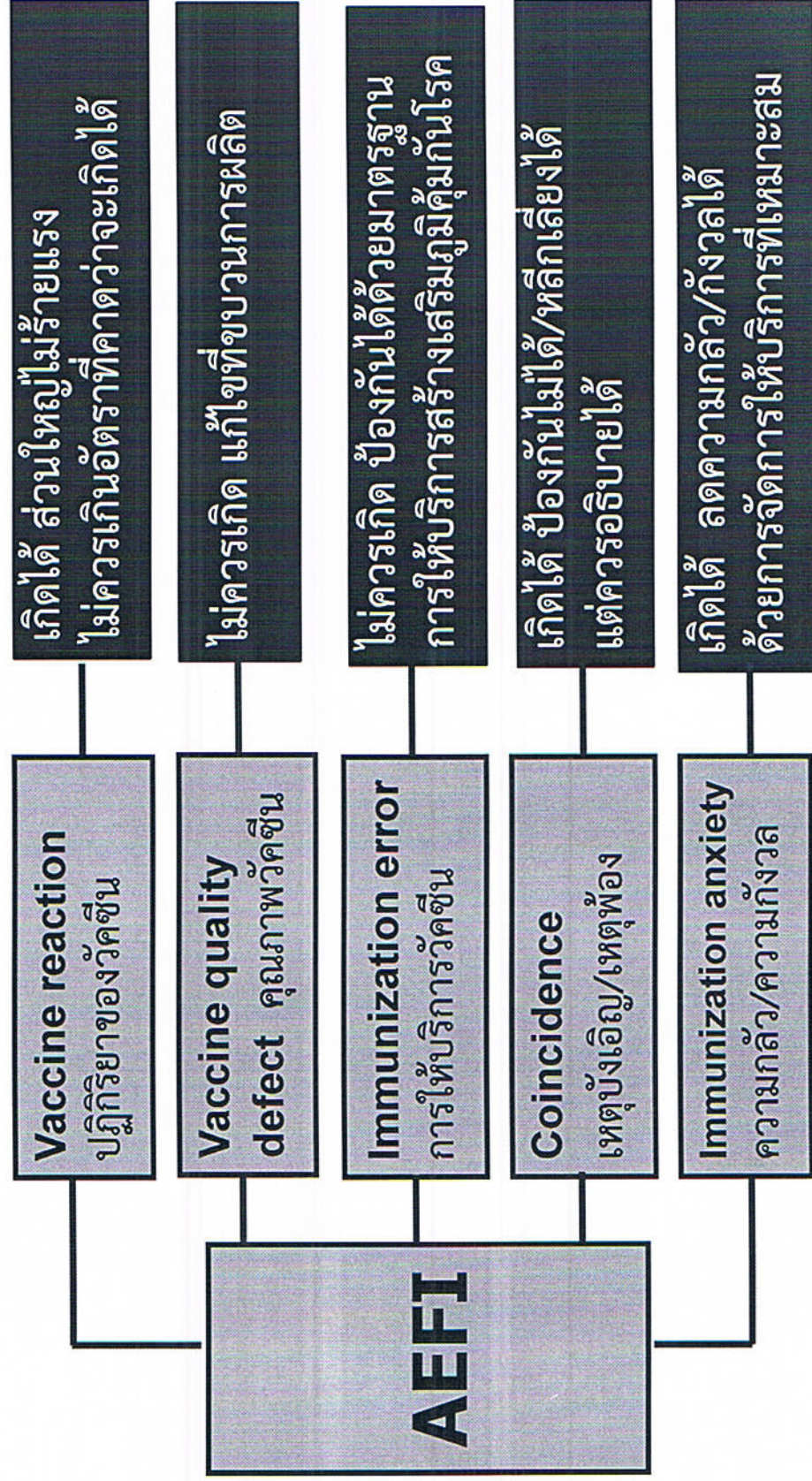
ชื่อผู้สอบสวน _____ หน่วยงาน _____

ชื่อผู้สอบสวน _____ หน่วยงาน _____

วันที่สอบสวน _____ วันที่สอบสวนสิ้นสุด _____

นิยาม

AEFI หมายถึงผู้ป่วยที่มี อาการหรือมีความผิดปกติ
ที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ครั้งสุดท้าย ภายใน 4 สัปดาห์



ตารางการส่งรายงาน zero report จังหวัดพิจิตร ปี พ.ศ. ๒๕๖๒

เดือน	วันที่ส่งรายงาน
มกราคม	25 มกราคม 2562
กุมภาพันธ์	28 กุมภาพันธ์ 2562
มีนาคม	29 มีนาคม 2562
เมษายน	26 เมษายน 2562
พฤษภาคม	31 พฤษภาคม 2562
มิถุนายน	28 มิถุนายน 2562
กรกฎาคม	26 กรกฎาคม 2562
สิงหาคม	30 สิงหาคม 2562
กันยายน	27 กันยายน 2562
ตุลาคม	31 ตุลาคม 2562
พฤศจิกายน	29 พฤศจิกายน 2562
ธันวาคม	27 ธันวาคม 2562

หมายเหตุ : ปี พ.ศ. ๒๕๖๑

เดือนพฤศจิกายน ส่งรายงานวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

เดือนธันวาคม ส่งรายงานวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๑