แบบรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1)

(1) ข้อมูลผู้ป่วย

เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN.....

เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก .....

*คำนำหน้า/ชื่อ/สกุล.....

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง *วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../.....

อายุ .....ปี .....เดือน .....วัน เชื้อชาติ ☐ ไทย ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยนอก อาชีพ.....

ประวัติการแพ้วัคซีน/ยา ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

โรคประจำตัว/การเจ็บป่วยในอดีต ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

เคยป่วยเป็นโควิดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุเวลาที่เป็น.....

ประวัติการใช้ยาในรอบ 1 เดือน ก่อนได้รับวัคซีน ☐ ไม่มี ☐ 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	*เวลาที่ได้รับ	ชื่อผู้ผลิตวัคซีน	*เลขที่ผลิต	*วันหมดอายุ

(3) อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการวินิจฉัย

☐ Rash ☐ Erythema ☐ Urticaria
☐ Itching ☐ Edema ☐ Angioedema
☐ Fainting ☐ Hyperventilation
☐ Syncope ☐ Headache ☐ Dizziness
☐ Fatigue ☐ Malaise
☐ Dyspepsia ☐ Diarrhea ☐ Nausea
☐ Vomiting ☐ Abdominal pain
☐ Arthralgia ☐ Myalgia
☐ Fever ≥ 38 °C
☐ บวมบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน
☐ บวมลามไปถึงข้อที่ใกล้ที่สุด

☐ Lymphadenopathy
☐ Lymphadenitis
☐ Sterile abscess ☐ Bacterial abscess
☐ Febrile convulsion
☐ Afebrile convulsion
☐ Encephalopathy/Encephalitis
☐ Flaccid paralysis ☐ Spastic paralysis
☐ Hypotonic Hyporesponsive Episode (HHE)
☐ Persistent inconsolable crying
☐ Thrombocytopenia

☐ Osteitis/Osteomyelitis
☐ Toxic shock syndrome
☐ Sepsis
☐ Anaphylaxis
☐ Transverse myelitis
☐ Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM)
☐ Acute myocarditis
☐ Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS)
☐ Others.....

รายละเอียดอาการและการตรวจพบ

วินิจฉัยของแพทย์.....

ว/ด/ป ที่เกิดอาการ..... เวลาที่เกิดอาการ..... ว/ด/ป ที่รับรักษา..... ว/ด/ป ที่จำหน่าย.....

*ความร้ายแรงของอาการ ☐ ร้ายแรง ระบุ ☐ เสียชีวิต ☐ อันตรายถึงชีวิต ☐ พิการถาวร/ไร้ความสามารถ ☐ รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ☐ ความผิดปกติแต่กำเนิด
☐ ไม่ร้ายแรง ☐ อื่น ๆ ที่มีความสำคัญทางการแพทย์ .....

*สภาพผู้ป่วย ☐ หาย ☐ หายโดยมีร่องรอย ☐ อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย ☐ ไม่หาย ☐ ไม่ทราบ
☐ เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป)..... ผ่าพิสูจน์ศพ ☐ ไม่มี ☐ ไม่ทราบ ☐ มี สถานที่ทำการ.....

(4) การตัดสินใจว่ามีความจำเป็นที่จะต้องสอบสวน ☐ ไม่จำเป็น ☐ จำเป็น

ถ้าสอบสวน วันที่สอบสวน.....

(5) ข้อมูลผู้รายงาน สถานที่เกิดเหตุการณ์ และหน่วยที่รายงาน

ชื่อผู้วินิจฉัยอาการ..... เป็น ☐ แพทย์ ☐ เภสัชกร ☐ พยาบาล ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ชื่อผู้รายงาน..... เป็น ☐ นักระบาดวิทยา ☐ เภสัชกร ☐ งาน EPI ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

หน่วยงานที่รายงาน.....จังหวัด.....โทร.....

Email ..... ว/ด/ป ที่ส่งรายงาน.....

ว/ด/ป ที่สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงาน.....

ความคิดเห็นเพิ่มเติม (แนบเอกสารเพิ่มเติมได้ ถ้ามี) .....

.....

(6) ประเมินสาเหตุเบื้องต้น

☐ ปฏิกิริยาของวัคซีน ระดับความสัมพันธ์
☐ ใช่ ☐ น่าจะใช่
☐ อาจจะใช่ ☐ ไม่ใช่
☐ ความบกพร่องของวัคซีน
☐ ความคลาดเคลื่อนด้านการให้บริการ
☐ เหตุบังเอิญ/เหตุพ้อง
☐ ความกลัว/ความกังวล
☐ ไม่สามารถระบุได้

***ให้เติมข้อมูลให้ครบทุกคำถามหรือทุกช่อง โดยเฉพาะข้อที่มีสัญลักษณ์ *** ต้องเติมข้อมูลให้ครบละเว้นไม่ได้