

## แบบสอบถามอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI2)

(เฉพาะกรณี AEFI ร้ายแรง : เสียชีวิต พิการไร้ความสามารถ รับประทานผู้ป่วยใน เป็นกลุ่มก้อน ประชาชนสงสัย)

| (1) ข้อมูลผู้ป่วย   |  |
|---|--|
| เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN.....<br>เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก .....<br>คำนำหน้า/ชื่อ/สกุล.....<br>เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | วันเดือนปีเกิด...../...../.....<br>อายุขณะป่วย ปี..... เดือน..... วัน.....<br>อายุ <input type="checkbox"/> <1ปี <input type="checkbox"/> 1-5 ปี <input type="checkbox"/> >5 ปี อาชีพ.....<br>ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก |
| ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....<br>จังหวัด..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....<br>ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุ <15 ปี)..... โทรศัพท์ผู้ปกครอง.....   |  |

| (2) ข้อมูลวัคซีน/สถานที่รับวัคซีน   |              |            |         |                  |       |              |               |             |            |            |              |       |            |            |       |        |            |
|---|--------------|------------|---------|------------------|-------|--------------|---------------|-------------|------------|------------|--------------|-------|------------|------------|-------|--------|------------|
| ชื่อสถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข)..... ที่อยู่ถนน..... ตำบล.....<br>อำเภอ..... จังหวัด..... <input type="checkbox"/> ภาครัฐ <input type="checkbox"/> ภาคเอกชน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....<br><input type="checkbox"/> เป็นสถานที่ตั้งถาวร <input type="checkbox"/> เป็นหน่วยเคลื่อนที่ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....<br>วัคซีนที่ได้รับเป็นกรณี <input type="checkbox"/> กรณีรณรงค์ <input type="checkbox"/> กรณีปกติในงานEPI <input type="checkbox"/> กรณีอื่น ๆ (ระบุ)..... |              |            |         |                  |       |              |               |             |            |            |              |       |            |            |       |        |            |
| วัคซีน  |              |            |         |                  |       |              |               |             |            | ตัวทำลาย   |              |       |            |            |       |        |            |
| ชื่อวัคซีน  | ปริมาณที่ให้ | วิธีที่ให้ | ตำแหน่ง | เข็มที่/ครั้งที่ | ว/ด/ป | วันที่ได้รับ | เวลาที่ได้รับ | ชื่อผู้ผลิต | เลขที่ผลิต | วันหมดอายุ | ชื่อตัวทำลาย | ละลาย | เลขที่ผลิต | วันหมดอายุ | ว/ด/ป | ที่ผสม | เวลาที่ผสม |
|   |              |            |         |                  |       |              |               |             |            |            |              |       |            |            |       |        |            |
|   |              |            |         |                  |       |              |               |             |            |            |              |       |            |            |       |        |            |
|   |              |            |         |                  |       |              |               |             |            |            |              |       |            |            |       |        |            |

| (3) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยก่อนได้รับวัคซีน  |   |   |
|--|---|---|
| ข้อมูล   | คำตอบ   | ถ้าตอบใช่ ระบุรายละเอียด  |
| เคยมีอาการป่วยในอดีตที่คล้ายคลึงกับอาการป่วยในครั้งนี้อหรือไม่                             | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ   |   |
| เคยมีอาการป่วยหลังจากได้รับวัคซีนครั้งก่อนหรือไม่  | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ   |   |
| มีประวัติการแพ้วัคซีน/ยา/อาหารหรือไม่  | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ   |   |
| ใน 30 วัน ก่อนได้รับวัคซีนครั้งนี้ เคยมีอาการป่วยหรือไม่                                   | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ   |   |
| มีความผิดปกติแต่กำเนิดหรือไม่  | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ   |   |
| ใน 30 วันที่ผ่านมา เคยเข้ารับการรักษาแบบเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลหรือไม่                   | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ   |   |
| เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อนหรือไม่  | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ   |   |
| ขณะนี้ผู้ป่วยกำลังใช้ยารักษาโรคอยู่หรือไม่ (ถ้าใช่ ระบุชื่อยา ข้อบ่งใช้ ขนาด และวันที่ใช้) | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ   |   |
| คนในครอบครัวเคยมีประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับ AEFI หรืออาการแพ้ใด ๆ หรือไม่          | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ   |   |
| สำหรับผู้หญิง  | กำลังตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ใช่ (จำนวนสัปดาห์)..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ<br>กำลังให้นมบุตร <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ |   |
| สำหรับทารก (อายุ <1 ปี) การคลอด  | <input type="checkbox"/> ครบกำหนด <input type="checkbox"/> ก่อนกำหนด <input type="checkbox"/> เกินกำหนด   | น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม<br><input type="checkbox"/> คลอดปกติ <input type="checkbox"/> ผ่าคลอด <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์ช่วย (Forceps, Vacuum etc.)<br><input type="checkbox"/> มีภาวะแทรกซ้อน (ระบุ)..... |

4. อาการ/การรักษา/การวินิจฉัย\*\*

แหล่งที่มาของข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  จากการตรวจร่างกายโดยแพทย์  สืบค้นเวชระเบียน  อื่น ๆ (ระบุ).....  
การชันสูตรศพทางวาจา (ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล).....

อาการและอาการแสดง ตามลำดับเหตุการณ์หลังจากได้รับวัคซีน

การวินิจฉัยของแพทย์.....

ว/ด/ป ที่เริ่มเกิดอาการ .....เวลาที่เริ่มเกิดอาการ.....ว/ด/ป ที่รับการรักษา.....ว/  
ด/ป ที่จำหน่าย.....สถานที่รักษา.....แพทย์ผู้รักษา.....

สภาพผู้ป่วยขณะสอบสวน  หาย  อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย  พิการ  ไม่ทราบ  เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป).....

ผ่าพิสูจน์ศพ  มีการผ่าพิสูจน์ศพ (ระบุ ว/ด/ป)..... สถานที่ทำการ.....

ไม่มีการพิสูจน์ศพ  แต่มีแผนที่จะดำเนินการ (ระบุ ว/ด/ป)..... สถานที่ทำการ .....

(แนบใบรายงานผล ถ้ามี)

\*\* บันทึกข้อมูลการสอบสวนผู้ป่วยเพิ่มเติมได้ลงในช่องว่างข้างล่าง เช่น สอบสวนเหตุการณ์ ประวัติครอบครัว ประวัติการเลี้ยงดู สิ่งแวดล้อมในและ  
นอกบ้าน เป็นต้น (แนบกระดาษบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมได้)

\*\* กรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้แนบสำเนาเอกสารเวชระเบียนทั้งหมดของผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการป่วย การรักษา การส่งส่งตรวจของ  
ผู้ป่วยเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ และผลการผ่าพิสูจน์ศพ เป็นต้น

ชื่อ-สกุล ผู้บันทึกข้อมูลรายละเอียดอาการของผู้ป่วยตามข้างบน.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....โทร. ....วันที่บันทึกข้อมูล.....

(5) ข้อมูลวัคซีนในวันที่ผู้ป่วยได้รับวัคซีน

|   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| จำนวนผู้ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดในสถานที่ให้วัคซีนในวันนั้น  | ชื่อวัคซีน           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | จำนวนผู้ได้รับวัคซีน |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. ผู้ป่วยได้รับวัคซีนในเวลาใด <input type="checkbox"/> เป็นคนแรกๆของการให้วัคซีนในวันนั้น <input type="checkbox"/> เป็นคนท้าย ๆ ของการให้วัคซีนในวันนั้น <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ในกรณีที่ได้รับวัคซีนมากกว่า 1 โดส ผู้ป่วยได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> ภายใน 2-3 โดสแรก <input type="checkbox"/> เป็นโดสสุดท้าย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. มีข้อผิดพลาดของการสั่งใช้วัคซีนโดยไม่ได้เป็นไปตามคำแนะนำในการใช้วัคซีนหรือไม่  |                      |  |  |  | <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย.....<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ |  |  |  |  |
| 3. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่ากระบวนการเตรียมหรือให้วัคซีนกับผู้ป่วยอาจไม่ปราศจากเชื้อ (Unsterile technic) หรือไม่  |                      |  |  |  | <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย.....<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ |  |  |  |  |
| 4. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่าลักษณะทางกายภาพของวัคซีนที่ให้กับผู้ป่วยผิดปกติ (เช่น สี ความขุ่น มีวัตถุปนเปื้อน เป็นต้น)  |                      |  |  |  | <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย.....<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ |  |  |  |  |
| 5. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่ามีความผิดพลาดของผู้ให้วัคซีนในการผสมวัคซีนหรือเตรียมวัคซีน (เช่น หยิบวัคซีนหรือหยิบตัวทำลายเม็ด ผสมวัคซีนกับตัวทำลายไม่ถี่พอ ปริมาณของวัคซีนที่ดูดเข้ากระบอกฉีดยาไม่เหมาะสม เป็นต้น)  |                      |  |  |  | <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย.....<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ |  |  |  |  |
| 6. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่ามีความผิดพลาดในการเก็บหรือการขนส่งวัคซีน (เช่น ระบบลูกโซ่ความเย็นขณะขนส่ง การเก็บรักษาวัคซีน หรือในระหว่างการให้บริการไม่ดี เป็นต้น)  |                      |  |  |  | <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย.....<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ |  |  |  |  |
| 7. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่าวิธีการให้วัคซีนไม่ถูกต้อง (เช่น ปริมาณ ตำแหน่ง วิธีการ ขนาดเข็มที่ฉีดไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการให้วัคซีน เป็นต้น)   |                      |  |  |  | <input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย.....<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้ |  |  |  |  |
| 8. จำนวนผู้ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันกับผู้ป่วย .....คน มีอาการป่วย.....คน  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. จำนวนผู้ได้รับวัคซีนในวันเดียวกันกับผู้ป่วย.....คน มีอาการป่วย.....คน  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. จำนวนผู้ได้รับวัคซีน lot no. เดียวกันในสถานบริการแห่งอื่น ๆ ในเขตอำเภอเดียวกัน จำนวนรวม.....คน จากสถานบริการ.....แห่ง มีอาการป่วย.....คน  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. ผู้ป่วยรายนี้เป็นส่วนหนึ่งของการป่วยเป็นกลุ่มก้อน <input type="checkbox"/> ใช่ ถ้าใช่: มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด.....ราย<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ<br>ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับวัคซีนชนิดเดียวกัน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ<br><input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าไม่ใช่ : จำนวนขวดวัคซีนที่ผู้ป่วยได้รับ.....ขวด (เพิ่มเติมรายละเอียด)..... |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. มีการประเมินสุขภาพของเด็กก่อนได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ   |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |

(6) ข้อมูลการให้บริการวัคซีนในสถานที่ที่ผู้ป่วยได้รับวัคซีน (บันทึกข้อมูลส่วนนี้โดยการถาม หรือ โดยการสังเกต)

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| กระบอกฉีดยาและเข็มฉีดยาที่ใช้: ใช้ AD syringes ในการให้วัคซีนหรือไม่           |  | <input type="checkbox"/> ใช่               | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่         | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                                    |
| ถ้าไม่ใช่ AD syringes ใช้กระบอกฉีดยาชนิดใด                                     |  | <input type="checkbox"/> ใช้ครั้งเดียวทิ้ง | <input type="checkbox"/> นำกลับมาใช้ซ้ำ | <input type="checkbox"/> แก้ว <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ..... |
| รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น   |  |  |   |   |
| สำหรับวัคซีนที่ต้องผสมตัวทำลายผงวัคซีน :                                       |  |  |   |   |
| ใช้กระบอกฉีดยาเดียวกันในการดูดตัวทำลายวัคซีนชนิดเดียวกันแต่ใช้กับหลายขวดวัคซีน |  | <input type="checkbox"/> ใช่               | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่         | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                                    |
| ใช้กระบอกฉีดยาเดียวกันในการดูดตัวทำลายวัคซีนโดยใช้กับวัคซีนหลายชนิด            |  | <input type="checkbox"/> ใช่               | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่         | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                                    |
| แยกกระบอกฉีดยาในการดูดตัวทำลายวัคซีนในแต่ละขวดวัคซีน                           |  | <input type="checkbox"/> ใช่               | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่         | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                                    |
| วัคซีนและตัวทำลายที่ใช้ เป็นของบริษัทผู้ผลิตเดียวกันหรือไม่                    |  | <input type="checkbox"/> ใช่               | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่         | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                                    |
| รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น   |  |  |   |   |

(7) ระบบลูกโซ่ความเย็นและการขนส่ง (บันทึกข้อมูลส่วนนี้โดยการถาม หรือ โดยการสังเกต)

การเก็บรักษาวัคซีน :

|  |   |
|--|---|
| มีการบันทึกข้อมูลอุณหภูมิตู้เย็น หรือไม่   | <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....ครั้ง/วัน                      |
| ถ้ามี พบว่าอุณหภูมิตู้เย็นต่ำกว่า +2 หรือสูงกว่า +8 °c หลังจากนำวัคซีนเข้าไปเก็บแล้วหรือไม่                                      | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่                                  |
| ถ้าใช่ ให้เพิ่มเติมรายละเอียดในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น (Cold chain breakdown)                 |   |
| ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการเก็บรักษาวัคซีน ตัวทำลาย และการใช้กระบอกฉีดยาหรือไม่  | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| มีสิ่งของอื่น (เช่น ยา อาหาร ) นอกจากวัคซีน และตัวทำลาย เก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่   | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| มีวัคซีนที่ผสมแล้วยังเหลืออยู่เก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่   | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| มีวัคซีนที่เสื่อมคุณภาพเก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่ (เช่น วัคซีนหมดอายุ ไม่มีฉลากที่ขวด VVM อยู่ในระยะ 3-4 หรือวัคซีนที่แข็งตัว) | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
| มีตัวทำลายที่เสื่อมคุณภาพเก็บรักษาไว้หรือไม่ (เช่น ตัวทำลายหมดอายุ ขวดมีรอยร้าว คนละบริษัทกับวัคซีน ขวดบรรจุสกปรก)               | <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |

รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น

การขนส่งวัคซีน :

|  |
|--|
| อุปกรณ์ที่ใช้ในการขนส่งวัคซีน <input type="checkbox"/> กระติกวัคซีน <input type="checkbox"/> กล่องโฟม <input type="checkbox"/> อุปกรณ์อื่น ๆ ระบุ..... |
| ขนส่งวัคซีนมาที่สถานที่ให้วัคซีน <input type="checkbox"/> ก่อนวันที่ให้บริการ <input type="checkbox"/> ในวันที่ให้บริการ                               |
| มีการใช้ Conditioning ice-pack หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ                   |
| รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น   |

(8) การสอบสวนในชุมชน

(เยี่ยมพื้นที่ สัมภาษณ์บิดามารดา ผู้ปกครอง และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

มีเหตุการณ์ที่มีผู้ป่วยคล้ายกับผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้และเกิดในตำบลเดียวกันกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่

มี  ไม่มี  ไม่ทราบ

ถ้ามี มีกี่ราย.....ราย เป็นผู้ได้รับวัคซีน.....ราย ไม่ได้รับวัคซีน.....ราย

ไม่ทราบ.....ราย อธิบายรายละเอียด.....

9. ข้อมูลอื่น ๆ ที่ตรวจพบหรือสังเกตได้และข้อคิดเห็น

|  |
|--|
| ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง..... หน่วยงาน..... โทร.....                       |
| ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง..... หน่วยงาน..... โทร.....                       |
| ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง..... หน่วยงาน..... โทร.....                       |
| ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง..... หน่วยงาน..... โทร.....                       |
| วันที่สอบสวน..... วันที่บันทึกแบบสอบสวน(AEFI2)..... วันที่ส่งแบบสอบสวน(AEFI2)..... |
| ชื่อ-สกุลผู้ส่งแบบสอบสวน (AEFI2)..... ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....                   |
| เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน..... มือถือ..... E mail.....                                 |