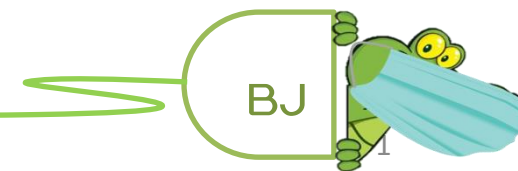


แนวทางการรายงานการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

(Adverse Events Following Immunization : AEFI)

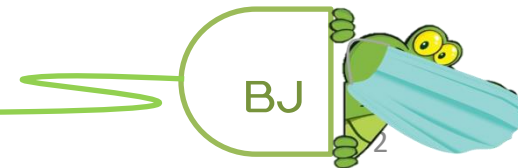
กรณีการฉีดวัคซีน COVID-19 จังหวัดพิจิตร

โดย คณะทำงานด้านการเตรียมความพร้อมให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การติดตาม
และจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการฉีดวัคซีน และติดตามผลการให้บริการ
การประชุมชี้แจงให้ความรู้เรื่องวัคซีนโควิด 19 จังหวัดพิจิตร
วันที่ 22, 24 กุมภาพันธ์ 2564



การจัดทำทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีน

- » จำแนกตามรายชนิดวัคซีนที่ได้รับ โดยระบุเลขที่วัคซีน (Lot. No.) และวันหมดอายุ ให้ครบถ้วนถูกต้อง
- » ลงบันทึกการรับ-จ่ายวัคซีน แยกเป็นรายหน่วยบริการ หรือ วันที่ให้บริการ เพื่อให้สามารถติดตามข้อมูลการใช้วัคซีนได้ ในกรณีที่เกิด AEFI จะทราบว่า วัคซีนถูกกระจายไปยังคลังวัคซีน หรือ หน่วยบริการใดบ้าง และได้ให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายใด และในวันใดบ้าง



การจัดทำทะเบียนข้อมูลผู้รับบริการ

- » บันทึก ชื่อ นามสกุล อายุ ที่อยู่ ชนิด และ ครั้งที่ได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย
 - » บันทึกเลขที่วัคซีน (Lot.No.) และลำดับขวดวัคซีนของผู้รับบริการในแต่ละราย
- เพื่อใช้ในการตรวจสอบและติดตามอาการของผู้รับวัคซีนที่ได้ร่วมขวด ร่วม Lot เดียวกับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตหลังได้รับวัคซีน ว่าพบอาการที่รุนแรงอีกหรือไม่



ชื่อ-สกุล	อายุ(ปี)	ที่อยู่	วัคซีน	Lot / Exp	ขวดที่
รุ่งทิวา	60	ควบคุมโรค	COVID-19	AB5043 /31-12-64	1
ดวงพร	59	ทรัพย์ฯ	COVID-19	AB5043 /31-12-64	1
อัจฉนา	47	ยุทธศาสตร์	COVID-19	AB5043 /31-12-64	1
บุญช่วย	53	พัฒนาระบบ	COVID-19	AB5043 /31-12-64	1
ภฤดา	52	ประกันฯ	COVID-19	AB5043 /31-12-64	2
สมจินต์	48	คบ.	COVID-19	AB5043 /31-12-64	2



การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด

ระยะยาว

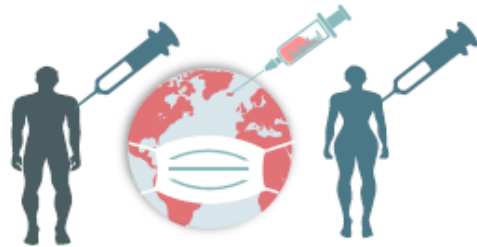
การเฝ้าระวัง AEFI ตามระบบปกติ (Passive AEFI surveillance)

>> ทำต่อเนื่อง ในทุกเครือข่ายสถานพยาบาล เพื่อติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีน

ระยะสั้น

การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active AEFI surveillance)

>> ทำในระยะสั้น เพื่อให้ได้ข้อมูล AEFI ที่มีครบถ้วนมากพอสำหรับทราบ
เหตุการณ์ AEFI หลังการได้รับวัคซีนโควิด



เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีน

อาการไม่รุนแรง เช่น ปวดบวมแดงบริเวณที่ฉีด ไข้
อาการรุนแรง เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการทางระบบ
ประสาท กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ

ระยะสั้น

การเฝ้าระวังพิเศษ (Adverse Event of Special Interest: AESI)

>> ทำเฉพาะกิจ เฉพาะโรงพยาบาล (Sentinel surveillance) เพื่อดูกลุ่มอาการรุนแรงที่อาจเกี่ยวข้องกับการได้รับวัคซีน

อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จากวัคซีนโควิด (COVID-19)

สำหรับประชาชนทั่วไป



อาการรุนแรงที่ควรพบแพทย์ทันที

ไข้สูง

ปวดศีรษะรุนแรง

ผื่นขึ้นทั้งตัว

เหนื่อยแน่นหน้าอก หรือ หายใจไม่ออก

ช้ำ หรือ หมดสติ

อาเจียน > 5 ครั้ง

มีจุดเลือดออกจำนวนมาก

ปากเปื่อย หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง

อาการป่วยรุนแรงอื่นที่กังวลมาก ระบุ.....



อาการไม่รุนแรง

ไข้ต่ำๆ , ปวดศีรษะ

คลื่นไส้ อาเจียน < 5 ครั้ง

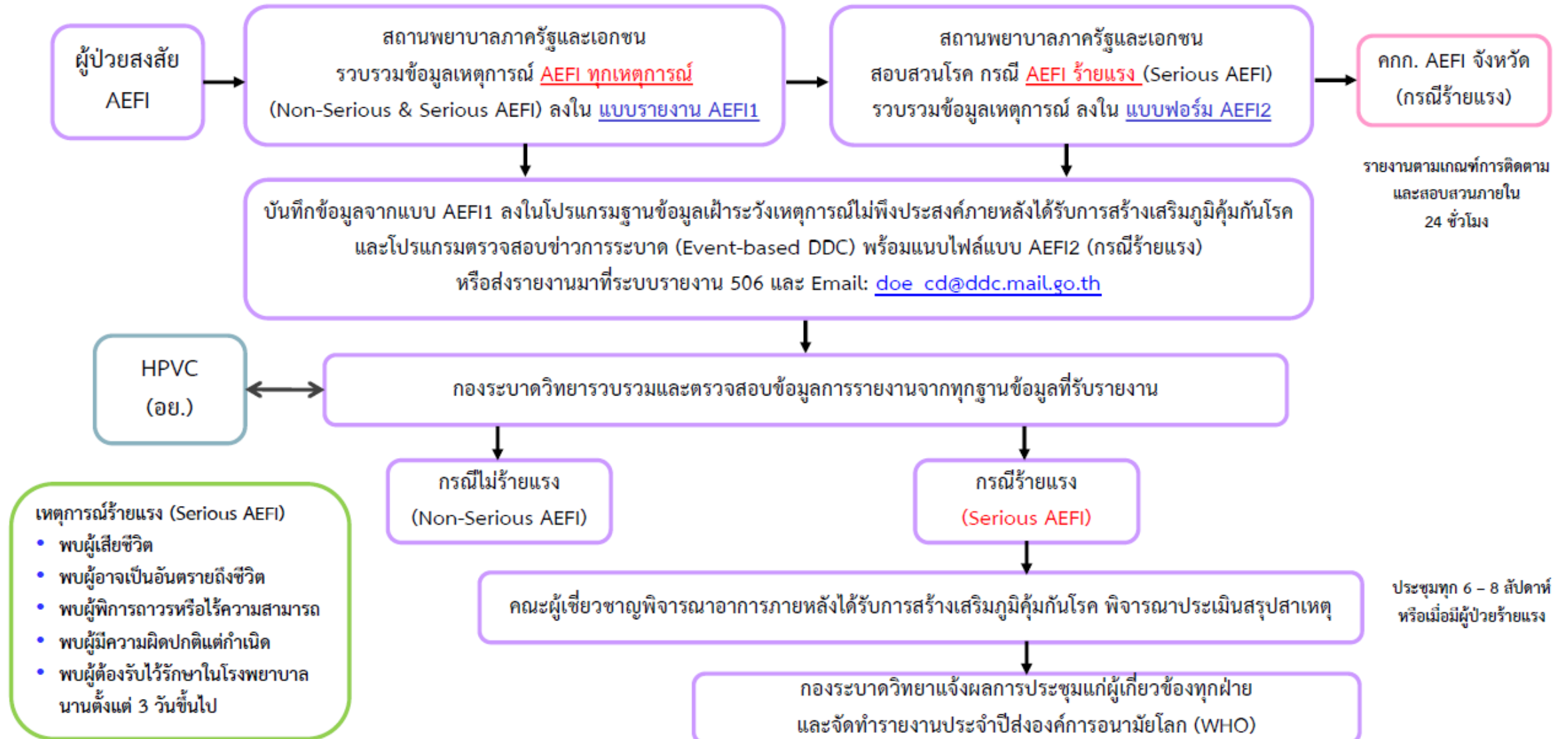
อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

ปวดบวมแดง ร้อน บริเวณที่ฉีดวัคซีน

อาการอื่นๆ เช่น ท้องเสีย ผื่นแดงเล็กน้อย



COVID-19 : AEFI Surveillance



แนวทาง AEFI Surveillance COVID-19 จังหวัดพิจิตร

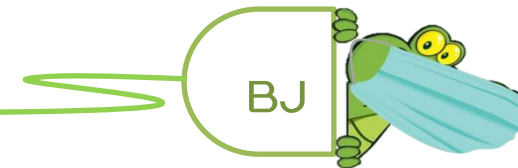
ผู้ป่วย AEFI ทุกเหตุการณ์

สถานบริการใด พบผู้ป่วย สถานบริการนั้น
ส่ง รายงาน 506 และ AEFI1 หรือ 2

สอบสวนโรค ตามแบบฟอร์ม AEFI 1 หรือ 2 (ภายใน 24 ชั่วโมง หลังพบผู้ป่วย) และลงข้อมูลในรายงาน 506

สสอ./ จนท.ระดับ รพ.กรอกข้อมูลลงในระบบรายงานและติดตามโรค (MIS) หน้าเว็บ สสจ.พิจิตร
พร้อมแนบ AEFI 1 หรือ 2 และส่งรายงาน 506

สสจ. บันทึกข้อมูลจากแบบ AEFI 1 ลงในโปรแกรมฐานข้อมูลเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
ภายหลังการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด พร้อมแนบไฟล์
แบบ AEFI 2 ภายใน 48 ชั่วโมง หลังพบผู้ป่วย ส่งรายงานไปที่กรมควบคุมโรค



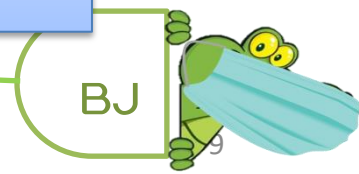
แนวทางการเฝ้าระวังพิเศษ ในกลุ่มอาการที่อาจเกี่ยวข้องกับการได้รับวัคซีนโควิด (Adverse Event of Special Interest : AESI)



การเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ (Sentinel surveillance) ได้แก่
โรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลจังหวัด ที่มีการฉีดวัคซีน



พื้นที่เป้าหมายในการดาเนินการเฝ้าระวัง
คัดเลือกโรงพยาบาลที่จะเป็นเครือข่ายเฝ้าระวัง (รพ.สมุทรสาคร รพ.ชลบุรี รพ.พระปกเกล้าจันทบุรี
รพ.ราชวิถี รพ.หาดใหญ่ รพ.มหาราชนครราชสีมา รพ.อุดรธานี รพ. เชียงรายประชานุเคราะห์
รพ.ศิริราช รพ.รามธิบดี รพ.จุฬาลงกรณ์ รพ.วชิรพยาบาล) อยู่ระหว่างการประสานงาน



COVID-19 : **AESI** Surveillance



Prespecified AESI

- Cardiac: Acute myocarditis
- Respiratory: Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), COVID-19
- Neurological involvement
- Serious immune mediated diseases
- Others e.g., DVT, pulmonary embolism

แพทย์/พยาบาล
แจ้ง จนท.ระบาด



สอบสวน
ประวัติการรับวัคซีน COVID-19

Yes

(received)

เก็บตัวอย่าง
NPS for SARS-CoV2 &
Serology Test

No

(not received)

ให้การวินิจฉัยและรักษา
ตามความเหมาะสม

ผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังตั้งข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มอาการ
ดังกล่าวจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลเพื่อติดตาม
แนวโน้มการเกิดโรคก่อนและหลังการให้วัคซีนโควิด

นำประวัติผู้ป่วยเข้า
ที่ประชุม
คณะผู้เชี่ยวชาญ
เพื่อพิจารณา

ส่งแบบสอบสวนโรคและข้อมูลเข้าสู่โปรแกรม AEFI/AESI

AEFI 1

AEFI ID Number.....

COVID-19 AEFI Form

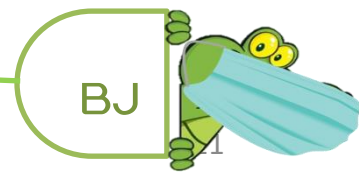
แบบรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1)

(1) ข้อมูลผู้ป่วย									
เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN..... เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก..... *คำนำหน้า/ชื่อ/สกุล..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง *วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก	ประวัติการแพ้วัคซีน/ยา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... โรคประจำตัว/การเจ็บป่วยในอดีต <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... เคยป่วยเป็นโควิดหรือไม่ ไม่เคย เคย ระบุเวลาที่..... ประวัติการเข้ายาในรอบ 1 เดือน ก่อนได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ..... ประวัติทางการแพทย์อื่น ๆ								
*ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....									
(2) ข้อมูลวัคซีน / สถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข)									
*ชื่อวัคซีน/ชนิดวัคซีน	ปริมาณที่ได้รับ	วันที่ได้รับ	ตำแหน่ง	เข็มที่	*ว/ค/ป ที่ได้รับ	*เวลาที่ได้รับ	ชื่อผู้ให้วัคซีน	*อายุที่ฉีด	*วันหมดอายุ
(3) อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการวินิจฉัย									
<input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Erythema <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Itching <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Angioedema <input type="checkbox"/> Fainting <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Dizziness <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Malaise <input type="checkbox"/> Dyspepsia <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Abdominal pain <input type="checkbox"/> Arthralgia <input type="checkbox"/> Myalgia <input type="checkbox"/> Fever ≥ 38 °C <input type="checkbox"/> บวมบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน <input type="checkbox"/> บวมลามไปถึงข้อที่ไกลที่สุด	<input type="checkbox"/> Lymphadenopathy <input type="checkbox"/> Lymphadenitis <input type="checkbox"/> Sterile abscess <input type="checkbox"/> Bacterial abscess <input type="checkbox"/> Febrile convulsion <input type="checkbox"/> Afebrile convulsion <input type="checkbox"/> Encephalopathy/Encephalitis <input type="checkbox"/> Flaccid paralysis <input type="checkbox"/> Spastic paralysis <input type="checkbox"/> Hypotonic Hyporesponsive Episode (HHE) <input type="checkbox"/> Persistent inconsolable crying <input type="checkbox"/> Thrombocytopenia	<input type="checkbox"/> Osteitis/Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Toxic shock syndrome <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Transverse myelitis <input type="checkbox"/> Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) <input type="checkbox"/> Acute myocarditis <input type="checkbox"/> Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS) <input type="checkbox"/> Others.....	รายละเอียดอาการและการตรวจพบ วินิจฉัยของแพทย์.....						
ว/ค/ป ที่เกิดอาการ..... เวลาที่เกิดอาการ.....		ว/ค/ป ที่รับรักษา.....		ว/ค/ป ที่จำหน่าย.....					
*ความร้ายแรงของอาการ <input type="checkbox"/> ร้ายแรง ระบุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> อันตรายถึงชีวิต <input type="checkbox"/> พิการถาวร/ไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ความผิดปกติแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> ไม่ร้ายแรง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ที่มีความสำคัญทางการแพทย์									
*สภาพผู้ป่วย <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> หายโดยมีร่องรอย <input type="checkbox"/> อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย <input type="checkbox"/> ไม่หาย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต (ระบุ ว/ค/ป)..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> มี สถานที่ทำการ.....									
(4) การตัดสินใจว่ามีความจำเป็นที่จะต้องสอบสวน <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> จำเป็น									
ถ้าสอบสวน วันที่สอบสวน.....								
(5) ข้อมูลผู้รายงาน สถานที่เกิดเหตุการณ์ และหน่วยที่รายงาน								(6) ประเมินสาเหตุเบื้องต้น	
ชื่อผู้วินิจฉัยอาการ..... เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... ชื่อผู้รายงาน..... เป็น <input type="checkbox"/> นักระบาดวิทยา <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> งาน EPI <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... หน่วยงานที่รายงาน..... จังหวัด..... โทร..... Email..... ว/ค/ป ที่ส่งรายงาน..... ว/ค/ป ที่สำนักโรคระบาดวิทยาได้รับรายงาน..... ความคิดเห็นเพิ่มเติม (แบบเอกสารเพิ่มเติมได้ ถ้ามี)								<input type="checkbox"/> ปฏิกริยาของวัคซีน ระดับความรุนแรง <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> น่าจะใช่ <input type="checkbox"/> อาจจะใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ความบกพร่องของวัคซีน <input type="checkbox"/> ความคลาดเคลื่อนด้านการให้บริการ <input type="checkbox"/> เหตุบังเอิญ/เหตุพ้อง <input type="checkbox"/> ความกลัว/ความกังวล <input type="checkbox"/> ไม่สามารถระบุได้	

(3) อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการวินิจฉัย

<input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Erythema <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Itching <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Angioedema <input type="checkbox"/> Fainting <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Dizziness <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Malaise <input type="checkbox"/> Dyspepsia <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Abdominal pain <input type="checkbox"/> Arthralgia <input type="checkbox"/> Myalgia <input type="checkbox"/> Fever ≥ 38 °C <input type="checkbox"/> บวมบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน <input type="checkbox"/> บวมลามไปถึงข้อที่ไกลที่สุด	<input type="checkbox"/> Lymphadenopathy <input type="checkbox"/> Lymphadenitis <input type="checkbox"/> Sterile abscess <input type="checkbox"/> Bacterial abscess <input type="checkbox"/> Febrile convulsion <input type="checkbox"/> Afebrile convulsion <input type="checkbox"/> Encephalopathy/Encephalitis <input type="checkbox"/> Flaccid paralysis <input type="checkbox"/> Spastic paralysis <input type="checkbox"/> Hypotonic Hyporesponsive Episode (HHE) <input type="checkbox"/> Persistent inconsolable crying <input type="checkbox"/> Thrombocytopenia	<input type="checkbox"/> Osteitis/Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Toxic shock syndrome <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Transverse myelitis <input type="checkbox"/> Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) <input type="checkbox"/> Acute myocarditis <input type="checkbox"/> Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS) <input type="checkbox"/> Others.....	รายละเอียดอาการและการตรวจพบ วินิจฉัยของแพทย์.....
ว/ค/ป ที่เกิดอาการ..... เวลาที่เกิดอาการ.....		ว/ค/ป ที่รับรักษา.....	
*ความร้ายแรงของอาการ <input type="checkbox"/> ร้ายแรง ระบุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> อันตรายถึงชีวิต <input type="checkbox"/> พิการถาวร/ไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ความผิดปกติแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> ไม่ร้ายแรง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ที่มีความสำคัญทางการแพทย์			
*สภาพผู้ป่วย <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> หายโดยมีร่องรอย <input type="checkbox"/> อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย <input type="checkbox"/> ไม่หาย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต (ระบุ ว/ค/ป)..... <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> มี สถานที่ทำการ.....			
(4) การตัดสินใจว่ามีความจำเป็นที่จะต้องสอบสวน <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> จำเป็น			
ถ้าสอบสวน วันที่สอบสวน.....		
(5) ข้อมูลผู้รายงาน สถานที่เกิดเหตุการณ์ และหน่วยที่รายงาน			(6) ประเมินสาเหตุเบื้องต้น
ชื่อผู้วินิจฉัยอาการ..... เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... ชื่อผู้รายงาน..... เป็น <input type="checkbox"/> นักระบาดวิทยา <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> งาน EPI <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... หน่วยงานที่รายงาน..... จังหวัด..... โทร..... Email..... ว/ค/ป ที่ส่งรายงาน..... ว/ค/ป ที่สำนักโรคระบาดวิทยาได้รับรายงาน..... ความคิดเห็นเพิ่มเติม (แบบเอกสารเพิ่มเติมได้ ถ้ามี)			<input type="checkbox"/> ปฏิกริยาของวัคซีน ระดับความรุนแรง <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> น่าจะใช่ <input type="checkbox"/> อาจจะใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ความบกพร่องของวัคซีน <input type="checkbox"/> ความคลาดเคลื่อนด้านการให้บริการ <input type="checkbox"/> เหตุบังเอิญ/เหตุพ้อง <input type="checkbox"/> ความกลัว/ความกังวล <input type="checkbox"/> ไม่สามารถระบุได้

*ให้เติมข้อมูลให้ครบทุกคำถามหรือทุกช่อง โดยเฉพาะข้อที่มีสัญลักษณ์ * ต้องเติมข้อมูลให้ครบละเอียด



แบบสอบถามอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI2)

(เฉพาะกรณี AZPI วัคซีน - เป็นชีวิต พิการโรความสามารถ รับรักษาเป็นผู้ป่วยใน เป็นกลุ่มก้อน ประชาชนสงสัย)

(1) ข้อมูลผู้ป่วย

เลขที่ผู้ป่วย รหัส	AN	วันที่เกิด	/ /
เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก		อายุขณะป่วย ปี	เดือน วัน
คำนำหน้าชื่อสกุล		อายุ <1 ปี <input type="checkbox"/> 1-5 ปี <input type="checkbox"/> >5 ปี	
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)	ประเภทผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก
ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด		ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุ <15 ปี)	โทรศัพท์ที่บ้าน

(2) ข้อมูลโรคอื่น/สถานที่รับวัคซีน

ชื่อสถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข) ที่อยู่บน ตำบล อำเภอ จังหวัด ภาครัฐ ภาคเอกชน อื่น ๆ (ระบุ)

เป็นสถานที่สาธารณะ เป็นหน่วยงานอื่นที่ อื่น ๆ (ระบุ)

วัคซีนที่ได้รับเป็นกรณี กรณีธรรมดา กรณีปกติในเกณฑ์ กรณีอื่น ๆ (ระบุ)

วัคซีน								ตัวส่งตรวจ				
ชื่อวัคซีน	ยี่ห้อ	วันที่ฉีด	ตำแหน่ง	ชนิดวัคซีน	วิธีฉีด	ผลข้างเคียง	หมายเหตุ	ส่งส่ง	ส่งส่ง	ส่งส่ง	ส่งส่ง	ส่งส่ง

(3) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยก่อนได้รับวัคซีน

ข้อมูล	คำตอบ	คำตอบใช่ ระบุรายละเอียด
เคยมีอาการป่วยในอดีตที่คล้ายคลึงกับอาการป่วยในครั้งนี้หรือไม่	<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	
มีความผิดปกติประจำตัวหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ใน 30 วันที่ผ่านมา เคยเข้ารับการรักษาจนเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
เคยฉีดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ขณะนี้ผู้ป่วยกำลังเข้ารับการรักษาโรคอยู่หรือไม่ (ยกเว้น ระบุชื่อยา ชื่อยี่ห้อ ขนาด และวันที่ฉีด)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
คนในครอบครัวเคยมีประวัติการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกับ AZPI หรืออาการอื่น 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	
	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 <input type="checkbox"/> น้ำหนักแรกคลอด _____ กรัม	
	คลอดปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ <input type="checkbox"/> ใช้สูติภัณฑ์ (Forceps, Vacuum etc.) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ) _____	

4. อาการ, การรักษา, การวินิจฉัย**

แหล่งที่มาของข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) จากการตรวจร่างกายโดยแพทย์ สืบค้นเวชระเบียน อื่น ๆ (ระบุ) _____

การขึ้นสูดดมสารพิษ (ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล) _____

อาการและอาการแสดง ตามลำดับเหตุการณ์หลังจากได้รับวัคซีน _____

การวินิจฉัยของแพทย์ _____

ว/ศป ที่เริ่มเกิดอาการ _____ เวลาที่เริ่มเกิดอาการ _____ ว/ศป ที่รับการรักษา _____ ว/ศป ที่จำหน่าย _____ สถานที่รักษา _____ แพทย์ผู้รักษา _____

สภาพผู้ป่วยขณะสอบสวน หาย อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย พิการ ไม่ทราบ เสียชีวิต (ระบุ ว/ศป)

ถ้าพิสูจน์ได้ มีการผ่าพิสูจน์ศพ (ระบุ ว/ศป) _____ สถานที่ทำการ _____

ไม่มีการพิสูจน์ศพ แต่มีมอบที่จะดำเนินการ (ระบุ ว/ศป) _____ สถานที่ทำการ _____

(แนบใบรายงานผล ถ้ามี)

** บันทึกข้อมูลการสอบสวนผู้ป่วยเพิ่มเติมได้ลงในช่องว่างข้างล่าง เช่น สอบสวนเหตุการณ์ ประสิทธิภาพการปฏิบัติกรณีสเหตุ สัมผัสของในและนอกบ้าน เป็นต้น (แนบกระดาษบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมได้)

** กรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้แนบสำเนาเอกสาร เวชระเบียนที่ตนเองเป็นผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการป่วย การรักษา การส่งส่งตรวจของผู้ป่วยเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส/แบคทีเรีย และการตรวจ และผลการผ่าพิสูจน์ศพ เป็นต้น

ชื่อ-สกุล ผู้บันทึกข้อมูลและเกิดอาการของผู้ป่วยตามจำนวน _____

ตำแหน่ง _____ หน่วยงาน _____ โทร _____ วันที่บันทึกข้อมูล _____

