

แบบรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1)

AEFI ID Number.....

(1) ข้อมูลผู้ป่วย	
เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN.....	ประวัติการแพ้วัคซีน/ยา ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก	อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
*คำนำหน้า/ชื่อ/สกุล	โรคประจำตัว/การเจ็บป่วยในอดีต ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง *วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	ประวัติการเข้ายาในรอบ 1 เดือน ก่อนได้รับวัคซีน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
อายุขณะป่วย ปี..... เดือน..... วัน.....	ประวัติทางการแพทย์อื่น ๆ
กลุ่มอายุ ☐ <1 ปี ☐ 1-5 ปี ☐ >5 ปี	
เชื้อชาติ ☐ ไทย ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	
ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยนอก	
*ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....	
ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุ <15 ปี)..... โทรศัพท์ผู้ปกครอง.....	

(2) ข้อมูลวัคซีน/สถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข).....

วัคซีน										ตัวทำละลาย				
ชื่อวัคซีน	ปริมาณที่ให้	วิธีที่ให้	ตำแหน่ง	เข็มที่/ครั้งที่	ว/ด/ปที่ได้รับ	เวลาที่ได้รับ	ชื่อผู้ผลิต	เลขที่ผลิต	วันหมดอายุ	ชื่อตัวทำละลาย	เลขที่ผลิต	วันหมดอายุ	ว/ด/ปที่ผสม	เวลาที่ผสม

(3) อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการวินิจฉัย

☐ Rash ☐ Erythema ☐ Urticaria ☐ Itching ☐ Edema ☐ Angioedema ☐ Fainting ☐ Hyperventilation ☐ Syncope ☐ Headache ☐ Dizziness ☐ Fatigue ☐ Malaise ☐ Dyspepsia ☐ Diarrhea ☐ Nausea ☐ Vomiting ☐ Abdominal pain ☐ Arthralgia ☐ Myalgia ☐ Fever $\geq 38^{\circ}\text{C}$	☐ บวมบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน ☐ บวมลามไปถึงข้อที่ใกล้ที่สุด ☐ Lymphadenopathy ☐ Lymphadenitis ☐ Sterile abscess ☐ Bacterial abscess ☐ Febrile convulsion ☐ Afebrile convulsion ☐ Encephalopathy ☐ Flaccid paralysis ☐ Spastic paralysis	☐ Hypotonic Hyporesponsive Episode (HHE) ☐ Persistent inconsolable crying ☐ Thrombocytopenia ☐ Osteitis/Osteomyelitis ☐ Toxic shock syndrome ☐ Sepsis ☐ Anaphylaxis Others.....	รายละเอียดอาการและการตรวจพบ วินิจฉัยของแพทย์.....
ว/ด/ป ที่เกิดอาการ.....	เวลาที่เกิดอาการ.....	ว/ด/ป ที่รับรักษา.....	ว/ด/ป ที่จำหน่าย.....
*ความร้ายแรงของอาการ ☐ ร้ายแรง ระบุ ☐ เสียชีวิต ☐ อันตรายถึงชีวิต ☐ พิกุลถาวร/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	(6) ประเมินสาเหตุเบื้องต้น
ชื่อผู้วินิจฉัยอาการ..... เป็น ☐ แพทย์ ☐ เภสัชกร ☐ พยาบาล ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ ปฏิกริยาของวัคซีน ระดับความสัมพันธ์
ชื่อผู้รายงาน..... เป็น ☐ นักระบาดวิทยา ☐ เภสัชกร ☐ งาน EPI ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ ใช่ ☐ น่าจะใช่
หน่วยที่รายงาน..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....	☐ อาจจะใช่ ☐ ไม่ใช่
Emailว/ด/ป ที่ส่งรายงาน.....	☐ ความบกพร่องของวัคซีน
ว/ด/ป ที่สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงาน.....	☐ ความคลาดเคลื่อนด้านการให้บริการ
ความคิดเห็นเพิ่มเติม (แนบเอกสารเพิ่มเติมได้ ถ้ามี)	☐ เหตุบังเอิญ/เหตุพ้อง
	☐ ความกลัว/ความกังวล
	☐ ไม่สามารถระบุได้

*ให้เติมข้อมูลให้ครบทุกคำถามหรือทุกช่อง โดยเฉพาะข้อที่มีสัญลักษณ์ * ต้องเติมข้อมูลให้ครบถ้วนไม่ได้

