

แบบรายงานโรคฝีดาษวานร - Mpox1.1

ผู้รายงาน.....หน่วยงาน.....โทร.....วันที่รายงาน : ____/____/____

1. ข้อมูลทั่วไป

passport (เฉพาะชาวต่างชาติ).....

ชื่อ - นามสกุล..... อายุ ปี.....เดือน สัญชาติ

เพศกำเนิด ☐ ชาย ☐ หญิง รสนิยมทางเพศ ☐ ชายหญิง ☐ MSM ☐ TGW ☐ ไบเซ็กชวล ☐ LGBT+ อื่น ๆ.....

หญิง ตั้งครรภ์ ☐ ไม่ได้ตั้งครรภ์ ☐ ตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สัปดาห์ อาชีพ

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่ได้.....

ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

โรคประจำตัว การฉีดวัคซีนฝีดาษ: ☐ ไม่ฉีด ☐ ฉีด

2. ข้อมูลทางคลินิก

วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี)วันที่เข้ารับการรักษา (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา..... จังหวัด

☐ มีไข้ ☐ คัน ☐ ตาแดง/เจ็บตา ☐ แผล/ตุ่มในปาก ☐ เจ็บคอ ☐ กลืนลำบาก ☐ เจ็บบริเวณอวัยวะเพศ ☐ อวัยวะเพศบวมอักเสบ

☐ แผลที่อวัยวะเพศ ☐ ทวารหนักมีเลือดออก หรือ discharge อาการอื่นๆ ระบุ

ต่อมน้ำเหลืองโต : ☐ บริเวณลำคอ ☐ รักแร้ ☐ ขาหนีบ ☐ อื่น ๆ

ผื่น: ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามี เริ่มมีผื่น/ตุ่มวันที่:/...../.....

ลักษณะการกระจายของผื่น : ☐ ใบหน้า ☐ ตา ☐ ช่องปาก ☐ หน้าอก ☐ หน้าท้อง

☐ หลัง/สีข้าง ☐ แขน ☐ ผ่ามือ ☐ ขา ☐ ผ่าเท้า ☐ ทวารหนัก/รอบทวารหนัก

☐ อวัยวะเพศ/บริเวณรอบอวัยวะเพศ จำนวนตุ่มแผลโดยประมาณ

ลักษณะผื่น : ☐ ผื่น/ตุ่มนูนแดง ☐ ตุ่มน้ำใส ☐ ตุ่มหนอง ☐ ตุ่มหนองลักษณะนูนตรงกลาง

☐ ตุ่มหนองลักษณะแห้งตกสะเก็ดตรงกลาง ☐ แผลตกสะเก็ด (มีเปลือก/เปลือก) ☐ ตุ่มน้ำที่มีเลือด

สถานะ HIV: ☐ Positive ☐ Negative ☐ ไม่ทราบ 4. CD4 count cells/mm³

โรคผิวหนังอักเสบชนิดเอคซีมา (Eczema) ☐ ไม่มี ☐ มี

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	วันที่ส่งตรวจ	สถานที่ส่งตรวจ	ผลตรวจ
	☐ Oropharyngeal swab			☐ Detected ☐ Not detected
	☐ Lesion Swab			☐ Detected ☐ Not detected
	☐ อื่นๆ ...			☐ Detected ☐ Not detected

4. ประวัติเสี่ยงการติดเชื้อ (ในช่วง 21 วันก่อนป่วย) รายละเอียดเหตุการณ์

☐ ประวัติเดินทางจากต่างประเทศ เมือง ประเทศ

เดินทางเข้าประเทศไทย วันที่/...../..... โดย เลขที่นั่ง

☐ ประวัติสัมผัสใกล้ชิดชาวต่างชาติจากประเทศที่มีรายงานการระบาด ประเทศ.....วันที่/...../.....

ลักษณะการสัมผัส.....

☐ ประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยสงสัย/ผู้ป่วยยืนยันฝีดาษวานร วันที่/...../..... ลักษณะการสัมผัส.....

☐ ประวัติเพศสัมพันธ์ หรือ การสัมผัสทางเพศ วันที่/...../..... ☐ แฟน/คนรัก ☐ คนรู้จัก ☐ คนแปลกหน้า ☐ sex worker

☐ ประวัติสัมผัสสัตว์ป่า สัตว์เลี้ยง ที่มีถิ่นกำเนิดจากแอฟริกากลาง เช่น กระรอก หนู ลิง หรือ แพร่ด็อก วันที่/...../.....

☐ ประวัติรับประทาน หรือ สัมผัสซากสัตว์ ผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่มีถิ่นกำเนิดจากแอฟริกากลาง เช่น เนื้อสัตว์ ครีม โยเกิร์ต ผง ผงแป้ง

☐ บุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่สัมผัสผู้ป่วย หรือ เชื้อไวรัส ระบุลักษณะงาน.....

☐ รายละเอียด อื่น ๆ ระบุ