แบบสอบสวนโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) .....
เลขที่บัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ อายุ ..... ปี ..... เดือน เพศ ☐ชาย ☐หญิง
HN ..... AN ..... ศาสนา ..... สัญชาติ .....
อาชีพ ..... ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ไม่เคยเรียน ☐ประถมศึกษา ☐มัธยมศึกษา
☐ปริญญาตรี ☐อาชีวศึกษาและอนุปริญญา ☐สูงกว่าปริญญาตรี
รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน ☐<10,000 บาท ☐10,000–25,000 บาท ☐>25,000 บาท
ลักษณะที่อยู่อาศัย (บ้าน/ทาวน์เฮาส์/ห้องแถว/คอนโดมิเนียม) .....
ลักษณะการครอบครองที่อยู่อาศัย ☐เจ้าของ ☐เช่าซื้อ ☐เช่า
☐อยู่โดยไม่เสียค่าเช่า ☐อื่น ๆ .....
สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ☐ไม่มีสิทธิ ☐ประกันสังคม
ในการรักษาครั้งนี้ ☐หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐สิทธิข้าราชการ
☐อื่น ๆ ระบุ .....
ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน ..... ซอย .....
ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย ☐อยู่ในชุมชนเขตเมือง ☐อยู่ในชุมชนท้องถิ่นชนบท ☐อื่น ๆ .....
ตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ) .....
ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่ ☐ใช่ ☐ไม่ใช่ ระบุ
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....
ซอย ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ .....
จังหวัด ..... ☐ในเขตเทศบาลนคร ☐ในเขตเทศบาลเมือง
☐ในเขตเทศบาลตำบล ☐ในเขต อบต.
ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) .....
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....

2. อาการและอาการแสดง

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.
การตรวจร่างกายแรกรับ อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที
หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

ไข้	☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ
กลัวน้ำ	☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ	ผุดลุกผุดนั่ง กระวนกระวาย ลุกลี้ลุกลน	☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ
กลัวลม	☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ	กลัวแสง	☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ
สะดุ้งตกใจง่าย (Hypersensitivity to violence)	☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ	การไม่รู้สึกตัวสลับไปสลับมา (Consciousness และ Unconsciousness)	☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ
กลืนลำบาก	☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ	ชัก/กล้ามเนื้อกระตุก	☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ

น้ำลายมากผิดปกติ ☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ ถ่มน้ำลาย	ชา/เสียว เจ็บที่ถูกกัด ☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ รวมทั้งบริเวณใกล้เคียง
หายใจลำบาก ☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ	ซึม ไม่รู้สึกตัว ☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ
อัมพาต หรือกล้ามเนื้อ ☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ อ่อนแรง	ได้ยินหรือเห็นภาพหลอน/ ☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ อาละวาด
คันรอบแผลที่ถูกกัดและ ☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ บริเวณใกล้เคียง	หลั่งอสุจิโดยไม่รู้ตัว ☐มี ☐ไม่มี ☐ไม่ทราบ เสียวบริเวณหน้าท้อง
อื่น ๆ ระบุ (เช่น มีสันนูนตรงบริเวณกระดูกคอ Myoedema)	

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชนิดตัวอย่าง	การดำเนินการ วันที่เก็บตัวอย่าง	วันที่ตรวจ	วิธีการตรวจ	ห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจ	ผลการตรวจ
ขณะยังมีชีวิต					
น้ำลาย	☐ไม่ได้ส่ง ☐ส่ง ...../...../.....	...../...../.....	.....	.....	☐บวก ☐ลบ
น้ำไขสันหลัง	☐ไม่ได้ส่ง ☐ส่ง ...../...../.....	...../...../.....	.....	.....	☐บวก ☐ลบ
ปัสสาวะ	☐ไม่ได้ส่ง ☐ส่ง ...../...../.....	...../...../.....	.....	.....	☐บวก ☐ลบ
ปมรากผม	☐ไม่ได้ส่ง ☐ส่ง ...../...../.....	...../...../.....	.....	.....	☐บวก ☐ลบ
	☐ไม่ได้ส่ง ☐ส่ง ...../...../.....	...../...../.....	.....	.....	☐บวก ☐ลบ
	☐ไม่ได้ส่ง ☐ส่ง ...../...../.....	...../...../.....	.....	.....	☐บวก ☐ลบ
	☐ไม่ได้ส่ง ☐ส่ง ...../...../.....	...../...../.....	.....	.....	☐บวก ☐ลบ
กรณีเสียชีวิต					
เนื้อสมอง	☐ไม่ได้ส่ง ☐ส่ง ...../...../.....	...../...../.....	.....	.....	☐บวก ☐ลบ

4. การรักษา

☐ ซื้อยากินเอง ชื่อยา ..... รักษาด้วยยาสมุนไพร ชื่อยา .....
ไปรับการตรวจรักษาครั้งแรกที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....
การรักษาครั้งนี้: วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น.
ประเภทผู้ป่วย ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน
ผลการรักษา ☐ กำลังรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต ☐ ส่งต่อ ระบุ .....
สถานที่รักษา ..... วันที่จำหน่าย .....
การวินิจฉัย .....
ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านไวรัส ที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้
☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ระบุ ..... ขนาด ..... วันที่ได้รับ .....

5. ประวัติการสัมผัสโรค และประวัติของสัตว์ที่กัด

1. ชนิดของสัตว์ที่กัด/ข่วน
   1.1 ระบุประเภท ☐ สัตว์เลี้ยง ☐ สัตว์ป่า/สัตว์ที่อยู่ในธรรมชาติ
   1.2 ระบุชนิด ☐ สุนัข ☐ แมว ☐ สัตว์อื่น ๆ ระบุ .....
2. วันที่ถูกสัตว์กัด/ข่วน ..... (ถ้าไม่ทราบให้ระบุเป็นช่วงวันได้) ☐ ไม่ทราบ
3. การได้รับเชื้อ ☐ ถูกกัด ☐ ถูกข่วน ☐ ถูกเลีย ☐ คลุกคลีใกล้ชิดสัตว์
   ☐ ไม่ทราบ ☐ อื่น ๆ ระบุ .....
4. อายุสัตว์ ☐ น้อยกว่า 3 เดือน ☐ 3–6 เดือน ☐ 6–12 เดือน ☐ มากกว่า 1 ปี ☐ ไม่ทราบ
5. สถานภาพสัตว์ ☐ มีเจ้าของ ☐ ไม่มีเจ้าของ ☐ ไม่ทราบ
6. ลักษณะการเลี้ยง ☐ อยู่ในตัวบ้าน (โปรดระบุ ☐ อาศัยอยู่ร่วมกับเจ้าของ ☐ สามารถออกมาข้างนอกได้บ้าง)
   ☐ อยู่นอกตัวบ้านแต่ภายในบ้านที่ปิดมิดชิด
   ☐ อยู่นอกตัวบ้าน ภายในรั่วบ้าน แต่สามารถออกมาข้างนอกได้
   ☐ เลี้ยงที่บ้านแต่ไม่มีรั้ว ☐ สัตว์ของชุมชน ☐ สัตว์จรจัด
7. การกักขังดูอาการของสัตว์ ☐ ไม่ได้กักขัง ☐ กักขัง/ติดตามดูอาการ ☐ ไม่ตายภายใน 10 วัน
   ☐ ตายเองภายใน10 วัน ☐ ถูกฆ่าตาย ☐ สัตว์หายไปติดตามไม่ได้
8. สาเหตุที่ถูกกัด ☐ ถูกกัดโดยไม่มีสาเหตุ
   ☐ ถูกกัดโดยมีสาเหตุ ได้แก่ ☐ ทำร้าย หรือแกล้งสัตว์ ☐ เข้าใกล้สัตว์แม่ลูกอ่อน
   ☐ พยายามแยกสัตว์ที่กำลังต่อสู้กัน ☐ รบกวนสัตว์ขณะกินอาหาร
   ☐ อื่น ๆ ระบุ .....
9. สถานที่ถูกกัด ☐ ในบริเวณบ้าน ☐ สถานที่สาธารณะ ระบุ .....
   ที่อยู่สถานที่โดนกัด ซอย/แยก ..... ถนน ..... ตำบล .....
   อำเภอ ..... จังหวัด ..... ระบุตำแหน่งพิกัด GPS (หากทราบ) .....
10. ประวัติการได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าของสัตว์
    ☐ ไม่ได้รับ ☐ ไม่ทราบ
    ☐ ได้รับ จำนวน ..... ครั้ง ☐ ภายใน 1 ปี ☐ เกิน 1 ปี ☐ จำไม่ได้
    จาก ☐ คลินิกรักษาสัตว์ ☐ รถหน่วยปศุสัตว์ ☐ โรงพยาบาลสัตว์ของรัฐ
    ☐ คลินิกสัตว์เอกชน ☐ เจ้าของสัตว์ซื้อมาฉีดเอง สถานที่ซื้อ .....
11. การส่งหัวสัตว์ตรวจ ☐ ไม่ได้ส่งตรวจ เนื่องจาก .....
    ☐ ส่งตรวจ ระบุสถานที่ส่ง .....
    ผลการตรวจ ☐ ไม่พบเชื้อ ☐ พบเชื้อ

12. บริเวณที่ถูกสัมผัสและความรุนแรง (ทำเครื่องหมาย X ลงบนร่างกายบริเวณที่ถูกกัด/ข่วน/ถูกเลียให้ชัดเจน)

อวัยวะที่ได้รับสัมผัส	ลักษณะการสัมผัส					
	ถูกกัด		ถูกข่วน		ถูกเลีย	
	มีเลือดออก	ไม่มีเลือดออก	มีเลือดออก	ไม่มีเลือดออก	มีแผล	ไม่มีแผล
ศีรษะ						
หน้า						
ลำคอ						
มือ						
แขน						
ลำตัว						
ขา						
เท้า						
อื่น ๆ ระบุ						

6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

มีผู้ที่ร่วมถูกกัด/ข่วน/เลีย จากสัตว์ที่เป็นพิษสุนัขบ้าหรือไม่ (Rabies 1)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่ ..... ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ เมื่อวันที่	
2.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่ ..... ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ เมื่อวันที่	
3.				☐ ไม่มี ☐ มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่ ..... ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ เมื่อวันที่	

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
4.				☐ไม่มี ☐มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่ ..... ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ ☐ไม่ได้รับ ☐ได้รับ เมื่อวันที่	
5.				☐ไม่มี ☐มีอาการ ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย ..... ที่อยู่ ..... ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสหรือไม่ ☐ไม่ได้รับ ☐ได้รับ เมื่อวันที่	

7. การปฏิบัติเมื่อถูกกัด/ข่วน/ถูกน้ำลาย/ถูกเลีย

1. การทำความสะอาดบาดแผล
   ☐ไม่ได้ล้าง เพราะ .....
   ☐ล้างทันทีที่ถูกกัด วิธีล้างดังนี้ ☐ล้างด้วยน้ำเปล่า ☐สบู่/ผงซักฟอก ☐อื่น ๆ ระบุ .....
2. การใช้ยาใส่แผล ☐ไม่ได้ใช้
   ☐ใช้ ระบุ ☐แอลกอฮอล์ ☐โพวีดีน เบตาดีน
   ☐ทิงเจอร์ไอโอดีน
   ☐อื่น ๆ ระบุ .....
3. การเย็บแผล ☐ไม่ได้เย็บแผล ☐เย็บแผลที่ รพ./รพสต./คลินิก .....

8. ประวัติการได้รับวัคซีน/อิมมูโนโกลบูลิน/อาการแทรกซ้อนหลังการฉีดของผู้เสียชีวิต

1. การได้รับวัคซีนมาก่อน ☐ไม่เคยฉีดหรือเคยฉีดน้อยกว่า 3 เข็ม ☐ไม่ทราบ
   ☐เคยฉีด 3 เข็ม หรือมากกว่า ☐ภายใน 6 เดือน
   ☐เกิน 6 เดือน ☐เกิน 1 ปี
   ประเภทอิมมูโนโกลบูลินที่ได้รับ ☐ERIG ☐HRIG เมื่อวันที่ .....
   จำนวน ..... หน่วยสากล (UI) Lot No. ..... วันหมดอายุ .....
2. การฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุขนัขบ้าก่อนเสียชีวิต ☐ไม่ได้ฉีด ☐ไม่ทราบ
   ☐ฉีด ในวันที่ ☐0 ☐3 ☐7 ☐14 ☐30 รวม ..... ครั้ง

ครั้งที่	วันที่ฉีด	ชื่อวัคซีน - HDCV - PCEC - PVRV - CPRV - PDEV	เลขที่วัคซีน วันหมดอายุ	จำนวนจุดที่ฉีด ขนาด (c.c.)	วิธีฉีด - เข้ากล้ามเนื้อ (IM) - ในผิวหนัง (ID)	ชื่อผู้ฉีด	สถานที่
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

3. อาการแทรกซ้อนหลังการฉีดวัคซีน

☐ ไม่แพ้ ☐ แพ้ ☐ บวมบริเวณที่ฉีด ☐ ปวดศีรษะ ☐ ไข้สูง ☐ คันบริเวณที่ฉีด
☐ ช็อก ☐ เป็นผื่นคันทั่วไป ☐ อื่น ๆ ระบุ .....

ระยะเวลาที่มีอาการแพ้ ☐ ภายใน 2 ชั่วโมง ☐ หลัง 2 ชั่วโมง ระบุวันที่ .....

การรักษา ..... ผลการรักษา ☐ หาย ☐ เสียชีวิต

9. ผู้สัมผัสโรครายอื่น

1. ผู้สัมผัสโรคจากสัตว์เดียวกัน

มีผู้ถูกกัดจำนวน ..... คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว ..... คน

มีผู้ถูกน้ำลายจำนวน ..... คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว ..... คน

มีผู้เสียชีวิตจากสัตว์ตัวเดียวกันนี้กัด ☐ ไม่มี ☐ มี

ชื่อ-สกุล ..... หมายเลขโทรศัพท์ ญาติ/ผู้เกี่ยวข้อง .....

2. ผู้สัมผัสโรคจากผู้ป่วยรายนี้

สัมผัสน้ำลายโดยไม่มีบาดแผล ..... คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว ..... คน

สัมผัสน้ำลายโดยมีแผลหรือถูกกัด ..... คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว ..... คน

สรุปการดำเนินการ (ระบุ)

☐ ฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าครบตามมาตรฐาน (ID = 4 เข็ม , IM = 5 เข็ม)

☐ ฉีดวัคซีนครบตามมาตรฐาน (ภายใน 6 เดือน = 1 เข็ม , เกิน 6 เดือน = 2 เข็ม, เกิน 6 เดือน 4 จุด)

☐ ฉีดวัคซีนล่วงหน้าครบตามมาตรฐาน (Pre-exposure prophylaxis = 3 เข็ม)

☐ ฉีดวัคซีนไม่ครบตามมาตรฐาน หรือฉีดน้อยกว่า 3 เข็ม

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่สอบสวน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

หมายเหตุ : ระยะฟักตัวของโรค (Incubation period) ที่เชื้ออยู่ได้สั้นที่สุด 7 วันนานที่สุด 3 ปี (โดยเฉลี่ย 30–90 วัน)