

แบบสอบสวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI 2)

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

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

(3) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยก่อนได้รับวัคซีน		
ข้อมูล	คำตอบ	ถ้าตอบใช่ 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	
ในช่วง 30 วันก่อนได้รับวัคซีนในครั้งนี้เคยมีอาการป่วยหรือไม่	<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	
ในช่วง 30 วันที่ผ่านมาได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ขณะนี้ผู้ป่วยกำลังใช้ยารักษาโรคอยู่หรือไม่ (ถ้าใช่ ระบุชื่อยา, ชื่อป่งใช้, 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 (อายุครรภ์) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ กำลังให้นมบุตร <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		

(3) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยก่อนได้รับวัคซีน	
สำหรับทารก (อายุ < 1 ปี) การคลอด	<input type="checkbox"/> ครบกำหนด <input type="checkbox"/> ก่อนกำหนด <input type="checkbox"/> เกินกำหนด น้ำหนักแรกคลอด กรัม <input type="checkbox"/> คลอดปกติ <input type="checkbox"/> ผ่าคลอด <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์ช่วย (forceps, vacuum etc.) <input type="checkbox"/> มีภาวะแทรกซ้อน (ระบุ)

(4) อาการ/การรักษา/การวินิจฉัย**	
แหล่งที่มาของข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> จากการตรวจร่างกายโดยแพทย์ <input type="checkbox"/> สืบค้นเวชระเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ) การขึ้นสูตรศทางวาจา (ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล)	
อาการและอาการแสดง ตามลำดับเหตุการณ์หลังจากได้รับวัคซีน	
การวินิจฉัยของแพทย์	
ว/ด/ป ที่เริ่มมีอาการ เวลาที่เริ่มมีอาการ ว/ด/ป ที่รับการรักษาว/ด/ป ที่จำหน่าย สถานที่รักษา แพทย์ผู้รักษา	
สภาพผู้ป่วยขณะสอบสวน <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย <input type="checkbox"/> พิการ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป) ผ่าพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> มีการผ่าพิสูจน์ศพ (ระบุ ว/ด/ป) สถานที่ทำการ <input type="checkbox"/> ไม่มีการพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> แต่มีแผนที่จะดำเนินการ (ระบุ ว/ด/ป) สถานที่ทำการ (แนบใบรายงานผล ถ้ามี)	
บันทึกข้อมูลเพิ่มเติมที่สอบสวนได้ลงในที่ว่างข้างล่าง เช่น สอบสวนเหตุการณ์ ประวัติครอบครัว ประวัติการเลี้ยงดู สิ่งแวดล้อม ในและนอกบ้าน เป็นต้น (แนบกระดาษบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมได้) กรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้แนบสำเนาเอกสารเวชระเบียนทั้งหมดของผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการป่วย การรักษา การส่งส่งตรวจของผู้ป่วยเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ และผลการผ่าพิสูจน์ศพ เป็นต้น	
ชื่อ-สกุล ผู้บันทึกข้อมูลรายละเอียดอาการของผู้ป่วยตามข้างบน	
ตำแหน่ง หน่วยงาน โทร วันที่บันทึกข้อมูล.....	

(5) ข้อมูลวัคซีนในวันที่ผู้ป่วยได้รับวัคซีน

จำนวนผู้ได้รับวัคซีน แต่ละชนิดในสถานที่ ให้วัคซีนในวันนั้น	ชื่อวัคซีน								
	จำนวนผู้ได้รับ วัคซีน								

1. ผู้ป่วยได้รับวัคซีนในช่วงเวลาใด เป็นคนแรก ๆ ของการให้วัคซีนในวันนั้น เป็นคนท้าย ๆ ของการให้วัคซีนในวันนั้น
 ไม่ทราบ

ในกรณีที่วัคซีนบรรจุมากกว่า 1 โดส ผู้ป่วยได้รับวัคซีน ภายใน 2-3 โดสแรก เป็นโดสสุดท้าย ไม่ทราบ

2. มีข้อผิดพลาดในการสั่งใช้วัคซีนโดยไม่ได้เป็นไปตามคำแนะนำ
ในการใช้วัคซีนหรือไม่ ไม่ใช่ ไม่สามารถประเมินได้
 ใช่ อธิบาย

3. ท่านคิดว่ากระบวนการเตรียมหรือให้วัคซีนกับผู้ป่วย
อาจไม่ปราศจากเชื้อ (unsterile technic) หรือไม่ ไม่ใช่ ไม่สามารถประเมินได้
 ใช่ อธิบาย

4. ท่านคิดว่ามีลักษณะผิดปกติทางกายภาพของวัคซีนที่ให้กับผู้ป่วย
หรือไม่ (เช่น สี ความขุ่น มีวัตถุปนเปื้อน เป็นต้น) ไม่ใช่ ไม่สามารถประเมินได้
 ใช่ อธิบาย

5. ท่านคิดว่ามีความคาดเคลื่อนของผู้ให้วัคซีนในการผสมวัคซีนหรือ
เตรียมวัคซีนหรือไม่ (เช่น หยิบวัคซีนหรือหยิบตัวทำลายผสม
ผสมวัคซีนกับตัวทำลายไม่ตีพอ ปริมาณของวัคซีนที่ตูดเข้า
กระบอกฉีดยาไม่เหมาะสม เป็นต้น) ไม่ใช่ ไม่สามารถประเมินได้
 ใช่ อธิบาย

6. ท่านคิดว่ามีความคาดเคลื่อนในการเก็บหรือการขนส่งวัคซีน
หรือไม่ (เช่น ระบบลูกโซ่ความเย็นขณะขนส่ง การเก็บรักษาวัคซีน
หรือในระหว่างการให้บริการ ไม่ดี เป็นต้น) ไม่ใช่ ไม่สามารถประเมินได้
 ใช่ อธิบาย

7. ท่านคิดว่าการให้วัคซีนไม่ถูกต้องหรือไม่ (เช่น ปริมาณ ตำแหน่ง
วิธีการ ขนาดเข็มที่ฉีดไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน
การให้วัคซีน เป็นต้น) ไม่ใช่ ไม่สามารถประเมินได้
 ใช่ อธิบาย

8. จำนวนผู้ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันกับผู้ป่วย คน มีอาการป่วย คน

9. จำนวนผู้ได้รับวัคซีนชนิดนี้ในวันเดียวกันกับผู้ป่วย คน มีอาการป่วย คน

10. จำนวนผู้ได้รับวัคซีน lot no. เดียวกันในสถานบริการแห่งอื่น ๆ ในเขตอำเภอเดียวกันจำนวนรวม คน
จากสถานบริการ แห่ง มีอาการป่วย คน

11. ผู้ป่วยรายนี้เป็นส่วนหนึ่งของการป่วยเป็นกลุ่มก้อนหรือไม่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ
 ใช่ ถ้าใช่ : มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ราย

12. ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันหรือไม่ ใช่ ไม่ทราบ
 ไม่ใช่ ถ้าไม่ใช่ : จำนวนขวดวัคซีนที่ผู้ป่วยได้รับ ขวด

13. มีการประเมินสุขภาพของเด็กก่อนได้รับวัคซีนหรือไม่ มี ไม่มี ไม่ทราบ

(6) ข้อมูลการให้บริการวัคซีนในสถานที่ที่ผู้ป่วยได้รับวัคซีน (บันทึกข้อมูลส่วนนี้โดยการถามหรือโดยการสังเกต)	
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"/> อื่นๆ
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	
สำหรับวัคซีนที่ต้องผสมตัวทำละลายผงวัคซีน :	
ใช้กระบอกฉีดยาเดียวกันในการดูดตัวทำละลายวัคซีนชนิดเดียวกันแต่ใช้กับวัคซีนหลายขวด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ใช้กระบอกฉีดยาเดียวกันในการดูดตัวทำละลายวัคซีนและใช้กับวัคซีนหลายชนิด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
แยกกระบอกฉีดยาในการดูดตัวทำละลายวัคซีนในวัคซีนแต่ละขวด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
วัคซีนและตัวทำละลายที่ใช้ เป็นของบริษัทผู้ผลิตเดียวกันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	

(7) ระบบลูกโซ่ความเย็นและการขนส่ง (บันทึกข้อมูลส่วนนี้โดยการถามหรือโดยการสังเกต)	
การเก็บรักษาวัคซีน :	
มีการบันทึกข้อมูลอุณหภูมิตู้เย็นหรือไม่	<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 ตัวทำละลาย และการใช้กระบอกฉีดยาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีสิ่งของอื่น (เช่น ยา อาหาร) นอกจากวัคซีน และตัวทำละลาย 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
มีตัวทำละลายที่เสื่อมคุณภาพเก็บรักษาไว้หรือไม่ (เช่น ตัวทำละลายหมดอายุ 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"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น			

(8) การสอบสวนในชุมชน (เยี่ยมพื้นที่ สัมภาษณ์บิดามารดา ผู้ปกครอง และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)	
มีเหตุการณ์ที่มีผู้ป่วยคล้ายกับผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้และเกิดในอำเภอเดียวกันกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ถ้ามี ระบุ	ราย เป็นผู้ได้รับวัคซีน ราย ไม่ได้รับวัคซีน ราย
ไม่ทราบ	ราย อธิบายรายละเอียด
.....	
.....	
.....	

(9) ข้อมูลอื่น ๆ ที่ตรวจพบหรือสังเกตได้และข้อคิดเห็น

ชื่อ-สกุลผู้สอบสวน	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	โทร
ชื่อ-สกุลผู้สอบสวน	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	โทร
ชื่อ-สกุลผู้สอบสวน	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	โทร
วันที่สอบสวน	วันที่บันทึกแบบสอบสวน (AEFI 2)	วันที่ส่งแบบสอบสวน (AEFI 2)	
ชื่อ-สกุลผู้ส่งแบบสอบสวน (AEFI 2)	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	
หมายเลขโทรศัพท์หน่วยงาน	โทรศัพท์มือถือ	E mail	