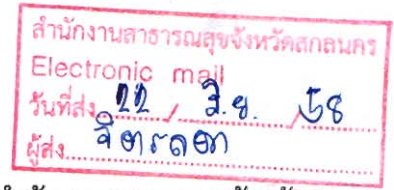


ที่ สน ๐๐๓๒.๐๐๔/๒๓/๐๗



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ถนนศูนย์ราชการ สน ๔๗๐๐๐

๒๒

มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอส่งแบบรายงานการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ เดือน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร /ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือ ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๙๒๓.๐๓/ว ๓๗๗๖ ลงวันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๕๘

ด้วย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ส่งแบบรายงานการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ เดือน เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นสาเหตุการติดเชื้อของเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยผลของการรายงานจะนำมาประมวลและวิเคราะห์ผลเป็นภาพรวมประเทศ เพื่อใช้ในการพัฒนางานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ต่อไป

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ขอให้โรงพยาบาลทุกแห่ง ถือปฏิบัติ หากพบการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ เดือน ขอให้บันทึกข้อมูลรายละเอียดในแบบรายงานฯ (รายละเอียด ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย) แล้วนำส่งแบบรายงานไปที่ กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย และ สำเนาส่งสำนักงานสาธารณสุขสกลนคร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติ

ขอแสดงความนับถือ

(นายประวิตร ศรีบุญรัตน์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ราชการการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

กลุ่มงานควบคุมโรค

โทร. ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๒๑-๑๓๒๔

โทรสาร ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑

ผู้ประสาน : นายจรัส ประคำมินทร์ โทร. (มือถือ) ๐๘ ๖๓๓๑ ๓๐๙๙

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร)

ด่วนที่สุด



ที่ สธ ๐๔๒๓.๐๓/ว ๓๗๗๖

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๕ มิถุนายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอส่งแบบรายงานการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก
อายุต่ำกว่า ๑๘ เดือน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย - แบบรายงานการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก
อายุต่ำกว่า ๑๘ เดือน

ตามที่กรมอนามัย ได้ดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยสนับสนุน
ให้สถานบริการดำเนินงานครอบคลุมทั้งภาครัฐ, เอกชน และในปี ๒๕๕๗ พัฒนางานโดยบูรณาการร่วมกับ
กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์ความร่วมมือ ไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข ดำเนินโครงการ
การจัดการเชิงรุกเพื่อยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกและเริ่มยาต้านไวรัสแก่ทารกที่ติดเชื้อให้เร็ว
ที่สุด ซึ่งในการดำเนินงานตั้งแต่ เดือนตุลาคม ๒๕๕๗ เป็นต้นมา มีรายงานการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กที่เกิดจาก
แม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน ๗๔ ราย และเด็กที่เสียชีวิตจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน ๘ ราย นั้น

ในการนี้ กรมอนามัย ขอส่งแบบรายงานการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และการเสียชีวิตจากการ
ติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ เดือน เพื่อสืบค้นสาเหตุการติดเชื้อของเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี
โดยผลของการรายงานจะนำมาประมวลและวิเคราะห์ผลเป็นภาพรวมประเทศ เพื่อใช้ในการพัฒนางานการ
ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกต่อไป ทั้งนี้หากพบการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และการเสียชีวิตจาก
การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ เดือน ขอให้บันทึกข้อมูลรายละเอียดในแบบรายงานการติดเชื้อเอชไอวีราย
ใหม่ฯ ดังเอกสารแนบมาพร้อมนี้ และส่งรายละเอียดมาที่ กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ
กรมอนามัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

วิเศษ นพ.รศ. เพ็ญใจ ๒๕๕๘

วิเศษ นพ.รศ. เพ็ญใจ ๒๕๕๘

วิเศษ นพ.รศ. เพ็ญใจ ๒๕๕๘

วิเศษ นพ.รศ. เพ็ญใจ ๒๕๕๘

(นายณัฐพร วงษ์ศุทธิภากร)

รองอธิบดีกรมอนามัย ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมอนามัย

สำนักส่งเสริมสุขภาพ

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๔๓๗

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๔๓๒, ๔๔๒๗

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สกลนคร

(นายประวิตร ศรีบุญรัตน์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

แบบรายงานการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี

ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน

(สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

***การรายงานทารก/ เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้องมีผลการตรวจเลือดพบ HIV Positive โดยวิธี HIV-PCR

1. การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน

HN เด็ก _____ เลขประจำตัวประชาชน _____ (เลขประจำตัว 13 หลัก)

1.1 การวินิจฉัยผู้ป่วยเอดส์ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน (กรณีเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ ให้ระบุรายละเอียดในข้อนี้)

☐ ผู้ป่วยเด็กทารกอายุต่ำกว่า 18 เดือน ที่มารดาได้รับการยืนยันการติดเชื้อ HIV ขณะตั้งครรภ์หรือคลอด ตรวจพบ Major signs 2 อย่าง และ Minor signs 1 อย่าง

☐ ผู้ป่วยเด็กซึ่งเสียชีวิตก่อนอายุ 18 เดือน ที่มารดาได้รับการยืนยันการติดเชื้อ HIV ขณะตั้งครรภ์หรือคลอด ตรวจพบ Major signs 1 อย่าง

Major signs

Minor signs

☐ Weight loss or failure to thrive

☐ Generalized Lymphadenopathy or hepatosplenomegaly

☐ Chronic/Recurrent diarrhea than 1 month

☐ Oral thrush

☐ Chronic/Recurrent fever more than 1 month

☐ Repeated common infections(otitis,pharyngitis)

☐ Severe or recurrent lower or persistent respiratory tract infection

☐ Chronic cough

☐ Generalized dermatitis

ในกรณีที่ติดเชื้อจากโรคฉวยโอกาส กรุณาระบุ ☐ PCP ☐ TB ☐ อื่นๆระบุ _____ ☐ ไม่มีข้อมูล

1.2 การตรวจ PCR และผลตรวจ	ว/ด/ป ที่ตรวจ	ผลตรวจ	ประเภทของการส่ง PCR
การตรวจ PCR ที่แรกเกิด	___/___/25___	<input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> negative <input type="checkbox"/> indeterminate	<input type="checkbox"/> DBS <input type="checkbox"/> whole blood
การตรวจ PCR ครั้งที่ 1	___/___/25___	<input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> negative <input type="checkbox"/> indeterminate	<input type="checkbox"/> DBS <input type="checkbox"/> whole blood
การตรวจ PCR ครั้งที่ 2	___/___/25___	<input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> negative <input type="checkbox"/> indeterminate	<input type="checkbox"/> DBS <input type="checkbox"/> whole blood
การตรวจ PCR ครั้งที่ 3 (ถ้ามี)	___/___/25___	<input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> negative <input type="checkbox"/> indeterminate	<input type="checkbox"/> DBS <input type="checkbox"/> whole blood

1.3 การตรวจแอนติบอดีต่อเอชไอวี (Anti - HIV)

☐ ไม่ได้ตรวจ

☐ ได้ตรวจ ระบุวันที่ตรวจและผลตรวจ

ว/ด/ป ___/___/25___ ผล ☐ positive ☐ negative ☐ indeterminate

ว/ด/ป ___/___/25___ ผล ☐ positive ☐ negative ☐ indeterminate

2. ประวัติการคลอดของเด็ก

รหัส ACC Number _____

2.1 จำนวนทารกที่คลอด

☐ จำนวนทารกคลอดมีชีวิต ระบุ _____ ☐ อายุครรภ์ที่คลอด _____ สัปดาห์

☐ บุตรลำดับที่ _____ ☐ น้ำหนักแรกเกิดกรัม _____

2.2 ข้อมูลการเกิดของเด็ก เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2.2.1 วัน/เดือน/ปีเกิด ___/___/25___ (พ.ศ.) 2.2.2 สัญชาติ ☐ ไทย ☐ ต่างต่าง ระบุ _____

3. ประวัติของแม่

HN แม่ _____ อายุแม่ _____ ปี สัญชาติ _____

สถานภาพ ☐ สมรส ☐ โสด ☐ หย่าร้าง ☐ หม้าย ☐ แยกกันอยู่ ☐ ไม่ทราบ

สิทธิการรักษา ☐ ราชการ ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ ระบุ _____

ชื่อโรงพยาบาลที่ฝากครรภ์ _____ ชื่อโรงพยาบาลที่คลอด _____ วันเดือนปีที่คลอด _____

3.1 แม่ได้รับการบริการฝากครรภ์หรือไม่

- ☐ ไม่ได้รับ ☐ ได้รับ ที่โรงพยาบาลที่คลอด
☐ ได้รับ โรงพยาบาลรัฐอื่นแต่ไม่ใช่โรงพยาบาลที่คลอด(คนละ รพ.) ☐ ได้รับ ที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกพิเศษที่อื่น

3.2 แม่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

- ☐ แม่ไม่ติดเชื้อ
☐ แม่ติดเชื้อ ระบุ ☐ ก่อนตั้งครรภ์ครั้งนี้ ☐ ตั้งครรภ์ครั้งนี้ ☐ หลังคลอดบุตร

3.3 สถานะการติดเชื้อของ สามี/คู่ ☐ ติดเชื้อ ☐ ไม่ติดเชื้อ ☐ ไม่ทราบ

3.4 ตั้งครรภ์ครั้งที่ (Gravida) _____

3.5 อายุครรภ์ตอนที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก _____ สัปดาห์

3.6 ระยะเวลาที่ถุงน้ำแตกก่อนคลอด ระบุ _____ ชม.

3.7 วิธีการคลอด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ คลอดปกติ ☐ ผ่าคลอด -Elective C/S ☐ ผ่าคลอด- Emergency C/S ☐ Forceps ☐ Vacuum

3.8 CD4 ล่าสุด จำนวน _____ cells/mm³ วันที่ตรวจ CD4 ____/____/25____ ☐ ไม่ทราบ

3.9 Viral Load (VL)ล่าสุด จำนวน _____ copies/ml วันที่ตรวจ VL ____/____/25____ ☐ ไม่ทราบ

4. ประวัติการได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

		สูตรยาต้านไวรัส						วันเดือนปีที่เริ่มยา	วันเดือนปีที่หยุดยา	ระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัส
		HARRT (ระบุสูตร)	AZT+NVP (mg)	NVP (mg)	AZT+3TC (mg)	AZT (mg)	ไม่ได้รับ			
แม่	ก่อนตั้งครรภ์									
	ระหว่างการตั้งครรภ์									
	ระหว่างเจ็บครรภ์/คลอด									
	หลังคลอด									
ทารก	ระบุสูตรยา PMTCT AZTหรือAZT+3TC+NVP									

5. ประวัติการให้นมและอาหารทารก

5. การให้นมทารก

5.1 ระหว่างอยู่โรงพยาบาล ☐ นมผงอย่างเดียว ☐ นมแม่และนมผง ☐ นมแม่อย่างเดียว ☐ อื่นๆ ระบุ _____

5.2 หลังจากออกจากโรงพยาบาลจนผลเลือด PCR เป็นบวก ☐ นมผงอย่างเดียว ☐ นมแม่และนมผง ☐ นมแม่อย่างเดียว
☐ อื่นๆ ระบุ _____

5.3 ประวัติการเคี้ยวอาหาร บ่อนทารก/เด็ก ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุว่าโดยใคร _____

6. กรณีที่ทารกเสียชีวิต กรณีระบุ สาเหตุการเสียชีวิตของทารก

6.1 ทารกได้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสหรือไม่ ☐ ไม่ได้ ☐ ได้ ระบุสูตรยา และวันเดือนปีที่เริ่มยา

☐ AZT+3TC+LPV/r ☐ AZT+3TC+NVP ☐ อื่นๆระบุ.....

ระบุ วันเดือนปีที่เริ่มยา...../...../.....

Clinical cause of death : เลือกสาเหตุหลักเพียงข้อเดียว กรณีไม่แน่ใจให้บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

6.2 สาเหตุการเสียชีวิต

☐ TB ☐ PCP ☐ Malnutrition ☐ แพ้ยา ระบุ.....

☐ Sepsis ☐ Pneumonia ☐ Diarrhea/dehydration ☐ อื่นๆ.....

☐ ระบุไม่ได้หรือไม่ทราบสาเหตุ

Root cause : ที่คาดว่าสัมพันธ์กับการเสียชีวิต (กรณีมีมากกว่า 1 สาเหตุ ให้ใส่หมายเลขลำดับสาเหตุจากสูงสุดไปต่ำสุดเป็น 1, 2, 3,.....)

6.3 เข้าระบบบริการระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ระบุสาเหตุหลักตามลำดับ (ตอบได้ > 1 สาเหตุ)

____(a) วินิจฉัยซ้ำ มี OI หรือ CD4 ในช่วง 3 เดือนแรกหลังวันที่วินิจฉัย < 25 %

____(b) ลงทะเบียนหลังวินิจฉัยนานมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป

____(c) ลงทะเบียนเข้ารับบริการแล้ว แต่ผู้ป่วยขาดการติดตาม

____(d) อยู่ในระบบบริการ แต่ไม่ได้รับการตรวจติดตาม CD4 หรือให้ยาต้านไวรัสอย่างเหมาะสม

____(e) รับ refer หรือผู้รับบริการมาจาก รพ./ สิทธิอื่น เมื่อป่วยระยะสุดท้าย

6.4 Co-morbidity จาก Non AIDS related illnesses ระบุ.....

6.5 อื่น ระบุ.....
.....
.....
.....
.....

หมายเหตุ

กรุณาส่งข้อมูลแบบรายงานกลับมาที่ ที่อยู่ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

88/22 ม.4 ต.ตลาดขวัญ อ.ตวันนท อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

หากพบข้อสงสัยกรุณาสอบถามมาที่

นางสาวฉวีวรรณ ต้นพุดชา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นายปวิวรรต ตั้งพงษ์ ผู้ประสานงานโครงการฯ

เบอร์โทรศัพท์ 02-590-4437, 02-590-4424 โทรสาร 02-590-4427

หมายเหตุ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้จัดการเชิงรุกของหน่วยงานต่างๆ จะทำการปลดรหัสที่เชื่อมโยงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเช่น ID, HN รายชื่อของโรงพยาบาล ออกจากฐานข้อมูลที่นำมาทำการวิเคราะห์