



กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

# กองระบาดวิทยา

## Division of Epidemiology

โทร. 02 590 3800 โทร. 02 590 3845

<https://ddc.moph.go.th/doe/>

## แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (Acute Flaccid Paralysis : AFP)

ปรับปรุงวันที่ 23 ธันวาคม 2565

### 1. นิยามในการเฝ้าระวังโรค

ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มีอาการอัมพาตของกล้ามเนื้อชนิดอ่อนปวกเปียกอย่างเฉียบพลัน (Acute Flaccid Paralysis: AFP) โดยอาการอ่อนแรงของแขน ขา อาจเกิดขึ้นข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงจากการบาดเจ็บรุนแรง (Trauma)

### 2. การรายงานผู้ป่วยและการเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.1 เมื่อแพทย์/พยาบาล ทำการซักประวัติ และตรวจร่างกายพบผู้ป่วย AFP อายุต่ำกว่า 15 ปีทุกราย ให้มีการส่งเก็บอุจจาระ จำนวน 2 ตัวอย่างเพื่อตรวจยืนยันว่าไม่มีเชื้อโปลิโอ และแจ้งไปยังงานระบาดวิทยาของโรงพยาบาลเพื่อทำการสอบสวนโรค

2.2 งานระบาดวิทยาของโรงพยาบาล ทำการสอบสวนโรคผู้ป่วยตามแบบฟอร์ม AFP3/40 ภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากพบผู้ป่วย และรายงานการพบผู้ป่วย AFP ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ภายใน 24 ชั่วโมง จากนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) รายงานต่อไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) และกองระบาดวิทยา ทาง E-mail : doe\_cd@ddc.mail.go.th ภายใน 1 สัปดาห์

ในกรณีที่ต้องส่งต่อผู้ป่วย (Refer) ไปยังสถานบริการอื่น ทั้งภายในหรือภายนอกจังหวัด ให้โรงพยาบาลต้นทางที่พบผู้ป่วย AFP รายงานการพบผู้ป่วยไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทุกครั้ง พร้อมทั้งแนบแบบสอบสวนโรค (AFP3/40) ไปกับใบ Refer สำหรับโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไม่ว่าจะอยู่จังหวัดเดียวกันหรือนอกจังหวัดให้รายงานไปยัง สสจ. ต้นสังกัดตามขั้นตอนด้วยเช่นกัน

2.3 การเก็บตัวอย่างอุจจาระ ให้เก็บ 2 ตัวอย่าง ห่างกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ตัวอย่างที่ดีที่สุดคือ ภายใน 14 วัน หลังจากเริ่มมีอาการอ่อนแรง โดยเก็บอุจจาระปริมาณ 8 กรัม (ขนาดประมาณ 2 นิ้วหัวแม่มือผู้ใหญ่) เก็บในตู้เย็นทันทีหลังได้รับตัวอย่าง และให้ส่งตัวอย่างตรวจที่ ฝ่ายไวรัสระบบทางเดินอาหาร สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ นนทบุรี เพียงแห่งเดียวเท่านั้น และการจัดส่งอุจจาระต้องรักษาให้อยู่ในอุณหภูมิ +4 ถึง +8 องศาเซลเซียส ตลอดเวลาการขนส่ง ในกรณีที่ไม่สามารถส่งตัวอย่างได้ทันทีให้เก็บตัวอย่างในช่องแช่แข็ง และส่งไปยังห้องปฏิบัติการภายใน 1 สัปดาห์



กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

# กองระบาดวิทยา

## Division of Epidemiology

โทร. 02 590 3800 โทร. 02 590 3845

<https://ddc.moph.go.th/doe/>

### 3. การติดตามอาการผู้ป่วย AFP

ผู้ป่วย AFP ทุกราย ต้องได้รับการตรวจอาการเพื่อดูว่ายังมีอาการอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลงเหลืออยู่หรือไม่ โดยควรประเมินผู้ป่วยว่าสามารถเดินได้ปกติหรือไม่ พร้อมกับรายงานผลการตรวจสภาพผู้ป่วย Motor power และ Deep tendon reflex ตามแบบบันทึกการติดตามผู้ป่วย AFP (AFP3/FU/40)

การกำหนดวันนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการอัมพาต มี 2 กรณี ดังนี้

1. ติดตามเมื่อครบ 60 วัน ในกรณีที่

- สามารถเก็บตัวอย่างอุจจาระผู้ป่วย AFP ได้ครบถ้วนถูกต้องภายใน 14 วัน

2. ติดตามเมื่อครบ 30 วัน ในกรณีที่

- ผลการตรวจอุจจาระพบเชื้อไวรัสโปลิโอสายพันธุ์วัคซีน (Sabin)
- เก็บตัวอย่างอุจจาระผู้ป่วยไม่ได้ตามเกณฑ์ (เก็บตัวอย่างเกิน 14 วัน, เก็บได้เพียงตัวอย่างเดียว, เก็บตัวอย่างไม่ได้ หรือตัวอย่างไม่สมบูรณ์ไม่สามารถตรวจได้)

การติดตามอาการผู้ป่วย AFP ไม่ควรติดตามเกินกว่า 60 วัน หากติดตามผู้ป่วยในวันที่ 60 ไม่ได้ ควรติดตามให้ได้ภายใน 67 วัน และส่งแบบติดตามผู้ป่วย AFP ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จากนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) รายงานต่อไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) และกองระบาดวิทยา ทาง E-mail : doe\_cd@ddc.mail.go.th ภายใน 1 สัปดาห์ นับจากวันที่ติดตามผู้ป่วย

### 4. การรายงาน Zero report AFP

เป็นระบบที่มีความสำคัญเพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย AFP ได้รับการรายงานเข้าสู่ระบบ โดยงานระบาดวิทยาของโรงพยาบาล ตรวจสอบว่ามีรายงานผู้ป่วย AFP เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ โดยตรวจดูจากทะเบียนผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ที่ถูกวินิจฉัยด้วย ICD-10 37 กลุ่มโรค ว่ามีหรือไม่ และถ้ามีเป็นผู้ป่วยตามนิยาม AFP หรือไม่ หากพบผู้ป่วยให้ทำการสอบสวนโรคตามระบบปกติ หากไม่พบผู้ป่วย ให้รายงานเป็นศูนย์ ในแบบฟอร์มรายงาน AFP-Zero ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ภายในวันจันทร์ของสัปดาห์ถัดไป จากนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) รวบรวมเป็นรายเดือน รายงานต่อไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) รายงานต่อไปยังกองระบาดวิทยา ทาง E-mail : doe\_cd@ddc.mail.go.th ภายในวันที่ 15 ของทุกเดือน

ผู้สรุป นายฤทธิชัย ใจผ่อง/ ดร.พญ.ภาวิณี ต้วงเงิน  
กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ



**กรมควบคุมโรค**  
Department of Disease Control

# กองระบาดวิทยา

## Division of Epidemiology

โทร. 02 590 3800 โทร. 02 590 3845

<https://ddc.moph.go.th/doe/>

### แนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (AFP)

ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี  
มีอาการ AFP

แพทย์/พยาบาล ชักประวัติ ตรวจร่างกาย

แพทย์นัดติดตามผู้ป่วยที่ 30 วัน หรือ 60 วัน (+7วัน) ประเมิน/ตรวจร่างกาย และบันทึกผลลงในแบบบันทึกการติดตามผู้ป่วย AFP

แจ้งงานระบาดวิทยา

ส่งเก็บอุจจาระ จำนวน 2 ตัวอย่าง ห่างกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ภายใน 14 วัน หลังเริ่มมีอาการอ่อนแรง

ส่งทันที

งานระบาดวิทยาทำการสอบสวนโรคตามแบบสอบสวนโรคผู้ป่วย AFP

ฝ่ายไวรัสระบบทางเดินอาหาร  
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข  
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

โทร. 02 951 1485 (ศูนย์ประสานงานการตรวจวิเคราะห์และเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ)

- รวบรวมรายละเอียดผู้ป่วย AFP ตามแบบฟอร์ม AFP3/40
- ค้นหาผู้ป่วย AFP รายใหม่ในชุมชน
- ตรวจสอบความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโปลิโอ 3 ครั้ง (OPV3)

ภายใน 24 ชั่วโมง

งานระบาดวิทยา  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

รายงานทันที

งานระบาดวิทยา  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

รายงานทันที

กองระบาดวิทยา

โทร. 02 590 3900

E-mail : doe\_cd@ddc.mail.go.th

#### หมายเหตุ

- เก็บตัวอย่างในตู้เย็นทันทีหลังได้รับตัวอย่างในกรณีที่ไม่สามารถส่งตัวอย่างได้ทันทีให้เก็บตัวอย่างในช่องแช่แข็ง และส่งไปยังห้องปฏิบัติการภายใน 1 สัปดาห์
- กรณีที่ไม่สามารถเก็บตัวอย่างได้ใน 14 วัน ให้เก็บตัวอย่างส่งตรวจภายใน 3 เดือน
- กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต หรือไม่สามารถเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยได้ ให้เก็บจากผู้สัมผัสใกล้ชิดอายุไม่เกิน 15 ปี จำนวน 5 ราย โดยต้องไม่เคยได้รับวัคซีนโปลิโอในช่วง 30 วันที่ผ่านมา

\*\* ส่งรายงานแบบสอบสวนโรค AFP3/40 ภายใน 1 สัปดาห์ หลังได้รับแจ้ง

แบบฟอร์มเอกสาร

ที่เกี่ยวข้อง

## รายงานผู้ป่วย AFP

ประจำสัปดาห์ที่ .....

(วันอาทิตย์ที่..... เดือน..... พ.ศ. .... ถึง วันเสาร์ที่..... เดือน..... พ.ศ. ....)

โรงพยาบาล.....

จังหวัด.....

ผู้ป่วย AFP ในสัปดาห์นี้ มีรายชื่อดังต่อไปนี้

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

ไม่มีผู้ป่วย AFP

ชื่อผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

## แบบสอบสวนโรค AFP/โรคโปลิโอ (Polio)

## 1. ข้อมูลทั่วไป

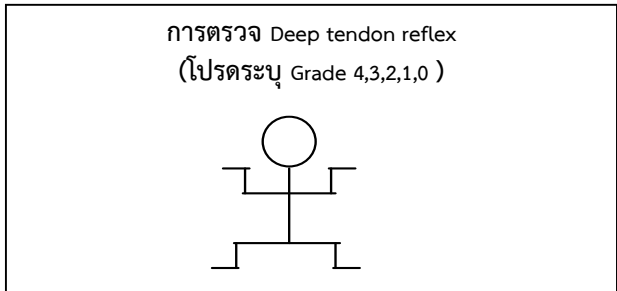
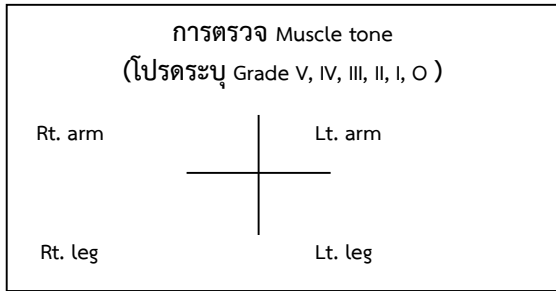
ชื่อ-สกุล (ต.ช./ต.ญ.) ..... เลขที่บัตรประชาชน ----  
 วัน/เดือน/ปี เกิด ..... อายุขณะเริ่มป่วย ..... ปี ..... เดือน เพศ  ชาย  หญิง  
 อาชีพ ..... ศาสนา ..... เชื้อชาติ .....  
**ที่อยู่ขณะป่วย** บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/ชุมชน ..... ซอย .....  
 ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
**ที่อยู่ปัจจุบัน** บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/ชุมชน ..... ซอย .....  
 ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
 ชื่อบิดา ..... ชื่อมารดา .....  
 ชื่อผู้ปกครอง (ในกรณีที่เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา) .....  
 อาชีพของบิดา/มารดา ..... เบอร์โทรศัพท์ .....  
 ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน ระดับชั้นการศึกษา ..... โรงเรียน ..... หมู่ที่ .....  
 ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
 ผู้สอบสวนได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วย AFP วันที่ ..... วันที่สอบสวน .....

## 2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

วันที่เริ่มป่วย ..... (อาจมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่ก็ได้)  
 วันที่เริ่มมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง (AFP) .....  
 วันที่เริ่มรักษา ..... (วันที่เข้ารับการรักษาใน รพ. แห่งแรกซึ่งเป็นเครือข่ายเฝ้าระวัง หลังจากผู้ป่วยมีอาการ AFP)  
 สถานที่รักษาในปัจจุบัน ..... HN .....

มีไข้ในวันที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่	<input type="checkbox"/> มีระบุ ..... องศา เซลเซียส	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่			
<input type="checkbox"/> คอแข็ง		<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
<input type="checkbox"/> ปวดกล้ามเนื้อ		<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
อาการอื่น ๆ (ระบุ) .....			
ลักษณะของอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง			
<input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดอ่อนปวกเปียก (Flaccid)		<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
<input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรงแบบเฉียบพลัน (Acute)		<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี

<input type="checkbox"/> สูญเสียประสาทส่วนรับความรู้สึก (Sensation loss) เช่น ไม่รู้สึกเจ็บ ไม่รู้สึกร้อนเย็น เป็นต้น	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
<input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่เท่ากัน (Asymmetry)	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี
<input type="checkbox"/> ตำแหน่งที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Position) และระดับความอ่อนแรงจากการตรวจร่างกาย	<input type="checkbox"/> ขาซ้าย grade .....	<input type="checkbox"/> ขาขวา grade .....
	<input type="checkbox"/> แขนซ้าย grade .....	<input type="checkbox"/> แขนขวา grade .....



การวินิจฉัยแรกเริ่ม ..... วันที่วินิจฉัย .....

การวินิจฉัยสุดท้าย ..... วันที่วินิจฉัย .....

### 3. ประวัติการรักษา

เมื่อมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรับการรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

ไม่เคยไป

ไป ระบุชื่อสถานบริการ

1. .... HN ..... วันที่ .....
2. .... HN ..... วันที่ .....
3. .... HN ..... วันที่ .....
4. .... HN ..... วันที่ .....
5. .... HN ..... วันที่ .....

#### 4. ประวัติการสัมผัสโรค

4.1 ประวัติการสัมผัสโรคในช่วงระยะเวลา 30 วันก่อนเริ่มป่วย (เช่น การเดินทาง การสัมผัสกับผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคโปลิโอ) .....

4.2 มีผู้สัมผัสใกล้ชิดได้รับ OPV ในช่วง 75 วัน ก่อนผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงบ้างหรือไม่  ไม่มี  มี  
ถ้ามีโปรดให้รายละเอียดผู้สัมผัสใกล้ชิด ชื่อ ..... อายุ ..... ปี ..... เดือน  
ที่อยู่ บ้านเลขที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน ..... หมู่ที่ .....  
ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด.....  
วันที่ผู้สัมผัสใกล้ชิดได้รับวัคซีน .....

#### 5. การเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจ

5.1 การเก็บตัวอย่างอุจจาระของผู้ป่วย

- เก็บครั้งที่ 1 วันที่ .....
- เก็บครั้งที่ 2 วันที่ .....
- เก็บไม่ได้ เนื่องจาก .....

5.2 การเก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย AFP ( เก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดในกรณีที่เก็บอุจจาระผู้ป่วย AFP ไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตหรือติดตามไม่พบ โดยเก็บตัวอย่างผู้สัมผัสใกล้ชิด อายุไม่เกิน 15 ปี และไม่เคยได้รับวัคซีนโปลิโอ ในช่วง 30 วัน ก่อนเก็บตัวอย่างตรวจ และเก็บอุจจาระผู้สัมผัสจำนวน 5 ราย ๆ ละ 1 ตัวอย่าง )

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เพศ	อายุ	วันที่เก็บ อุจจาระ	ได้รับ OPV ครั้ง สุดท้ายเมื่อวันที่	อยู่บ้านเดียวกับ ผู้ป่วยหรือไม่
1.						<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2.						<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3.						<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4.						<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5.						<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่



## 6. การค้นหาผู้ป่วย AFP รายอื่น

ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ป่วยอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงในชุมชนเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่

- ไม่มี  มี ระบุ ชื่อ .....
- ที่อยู่ บ้านเลขที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....
- ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

หมายเหตุ : เจ้าหน้าที่ระดับตติยวิทยา ควรตรวจสอบค้นหาผู้ป่วย AFP รายอื่นในชุมชน ซึ่งอาจจะยังไม่ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล หรือยังไม่ได้รายงาน และดำเนินการรายงานมาตาม ข้อ 6 นี้

## 7. ประวัติการได้รับวัคซีนของผู้ป่วย

7.1 การได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานตามกำหนดปกติ

ชนิดวัคซีน	ไม่ทราบ	ไม่ได้รับ	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับวัคซีน					
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	
วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน (OPV)								
วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด (IPV)								
วัคซีนอื่น ๆ ระบุ .....								

แหล่งข้อมูลการรับวัคซีน โปรตรระบุ

- สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก  ทะเบียนการได้รับวัคซีนในเด็กที่สถานบริการ
- คำบอกเล่าจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง  อื่น ๆ ระบุ .....

7.2 การได้รับวัคซีนโปลิโอในโอกาสอื่น

การได้รับวัคซีนโปลิโอ	จำนวนครั้ง	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับวัคซีนครั้งล่าสุด	แหล่งข้อมูล
ได้รับวัคซีนเพื่อการรณรงค์			
- วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน (OPV)			
- วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด (IPV)			
ได้รับวัคซีนเพื่อการควบคุมโรค			
- วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน (OPV)			
- วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด (IPV)			

## 8. ข้อมูลการตรวจสอบรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย

8.1 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย และหมู่บ้านที่มีประวัติสัมผัสหรือถ่ายทอดโรค

กลุ่มอายุ	เป้าหมาย (คน)	จำนวนคนที่ได้รับวัคซีนโปลิโอตามระบบ ปกติ (คน)		ความครอบคลุม (ร้อยละ)	
		OPV 3	IPV	OPV 3	IPV
ต่ำกว่า 1 ปี				ไม่ต้องคำนวณ	
ตั้งแต่ 1 ปี ถึงต่ำกว่า 5 ปี					

**หมายเหตุ:** กลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปี ไม่ต้องคำนวณความครอบคลุมการได้รับวัคซีน เนื่องจากเด็กบางรายยังไม่ถึงกำหนดรับวัคซีน OPV ครั้งที่ 3 หรือวัคซีน IPV

8.2 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุครบ 1 ปี ในตำบลที่พบผู้ป่วย

กลุ่มอายุ	เป้าหมาย (คน)	จำนวนคนที่ได้รับวัคซีนโปลิโอตาม ระบบปกติ (คน)		ความครอบคลุม (ร้อยละ)	
		OPV 3	IPV	OPV 3	IPV
เด็กอายุครบ 1 ปี ในเดือนที่พบผู้ป่วย					

8.3 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ช่วงรณรงค์ครั้งล่าสุด (ถ้ามี) ในตำบลที่พบผู้ป่วย

การรณรงค์	จำนวนเด็ก ในตำบล (คน)	จำนวนคนที่ได้รับวัคซีนโปลิโอ (คน)		ความครอบคลุม (ร้อยละ)	
		OPV 3	IPV	OPV 3	IPV
รอบที่ 1 วันที่ .....					
รอบที่ 2 วันที่ .....					

**หมายเหตุ:** ข้อมูลการได้รับวัคซีนในข้อ 7 และข้อ 8 ให้ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ร่วมดำเนินการตรวจสอบข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

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

วันที่สอบสวน ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

## แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วย AFP

ชื่อผู้ป่วย  เด็กชาย  เด็กหญิง ..... อายุ ..... ปี

ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน ..... หมู่ที่ .....

ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ติดตามผู้ป่วยหลังมีอาการ AFP เมื่อ  30 วัน  60 วัน ระบุวันที่ติดตาม .....

พบผู้ป่วยหรือไม่  พบ

ไม่พบ โปรดสอบถามข้อมูลจากผู้ใกล้ชิดและระบุสาเหตุที่ไม่พบผู้ป่วย ดังนี้

ย้ายที่อยู่ ติดตามไม่ได้  เสียชีวิต  อื่นๆ ระบุ .....

ชื่อผู้ให้ข้อมูล .....

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น  บิดา/มารดา  ญาติสนิท  อื่นๆ ระบุ .....

### ผลการตรวจร่างกาย

#### อาการอัมพาต

ผู้ป่วยยังคงมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลงเหลืออยู่หรือไม่  ไม่มี  มี (ถ้ามี โปรดระบุตำแหน่ง)

ระบุตำแหน่งที่ยังมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงอยู่

left leg

right leg

face

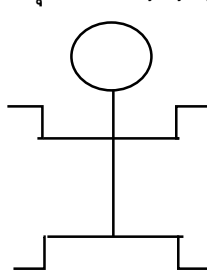
respiratory muscle

left arm

right arm

other carnial nerves

การตรวจ Muscle tone (โปรดระบุ Grade V, IV, III, II, I, 0)			
Rt. arm			Lt. arm
Rt. leg			Lt. leg

การตรวจ Deep tendon reflex (โปรดระบุ Grade 4, 3, 2, 1, 0)	
	

#### ความพิการ

เดินไม่ได้

เดินกะเผลก

เดินได้ปกติ

เดินโดยมีผู้ช่วยพยุง หรือ ใช้ไม้ค้ำยัน หรือ ใช้เครื่องมือช่วย

Final Diagnosis

ผู้ตรวจ..... ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้..... โรงพยาบาล.....

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยอัมพาตอ่อนแรงเฉียบพลัน (AFP)

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 โทรสาร 0-2591-2153

EPI no. (สำหรับเจ้าหน้าที่) ..... (หมายเลขวิเคราะห์.....)  
ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ..... เพศ  ชาย  หญิง อายุ.....ปี .....เดือน.....วัน  
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....  
วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย..... วัน/เดือน/ปี ที่รับไว้ ..... วัน/เดือน/ปี ที่จำหน่าย.....  
รับการรักษาที่ ร.พ. .... อำเภอ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์..... HN..... แพทย์ผู้รักษา.....

อาการและการตรวจพบ

1. ไข้  ไม่มี  มี ..... °ซ เป็นมานาน ..... วัน  
 ขณะนี้ยังมีไข้ ..... °ซ  ไม่มีไข้

2. อาการทางประสาท

ปวดศีรษะ  อาเจียน  ชี้น  ชัก  ไม่รู้สึกตัว  คอแข็ง

อาการอัมพาต  ไม่มี  มี วันที่ ...../...../.....

อัมพาตแบบ  flaccid paralysis  spastic paralysis

บริเวณ  แขนซ้าย  แขนขวา  ขาซ้าย  ขาขวา

ประวัติการรับวัคซีน จำนวน ..... ครั้ง ครั้งสุดท้าย ...../...../.....

ครั้งที่ 1 ...../...../..... ครั้งที่ 2 ...../...../..... ครั้งที่ 3 ...../...../.....

การวินิจฉัยทางคลินิก .....

ชนิดของตัวอย่าง  อุจจาระ  Rectal swab  Rectal straw

เก็บครั้งที่ 1 ...../...../..... เก็บครั้งที่ 2 ...../...../.....

วัน/เดือน/ปี ที่ส่งตัวอย่าง ...../...../.....

ชื่อและที่อยู่ของผู้นำส่งตัวอย่าง	ชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ต้องทราบผล
ชื่อ.....	ชื่อ.....
ที่อยู่.....	ที่อยู่.....
.....	.....
.....	.....
โทรศัพท์ .....	โทรศัพท์ .....
โทรสาร.....	โทรสาร.....

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง

สภาพตัวอย่าง 1. ปริมาณ ..... 2. น้ำแข็ง  มี  ไม่มี 3. สภาพ  แห้ง  ชื้น

สรุปสภาพตัวอย่าง  ดี  ไม่ดี

ลงชื่อ ..... ผู้รับตัวอย่าง

วัน/เดือน/ปี ...../...../..... เวลา .....