

จังหวัด.....อำเภอ.....สถานพยาบาล.....HN.....

สิทธิการรักษาพยาบาล  สถานบริการนี้  สถานบริการอื่นๆ

ประเภทสิทธิการรักษา  หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  ข้าราชการ  ข้าราชการส่วนท้องถิ่น  รัฐวิสาหกิจ  สำนักงานประกันสังคม  
 ประกันสุขภาพภาคเอกชน  หน่วยงานองค์การอิสระตามรัฐธรรมนูญ  สิทธิการรักษาเฉพาะกลุ่ม  ข้าราชการเอง

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ สัญชาติ (ระบุ).....

1.1 ชื่อ-สกุล : ..... อายุ..... ปี

เพศ  ชาย  หญิง สถานภาพสมรส  โสด  คู่  หย่าร้าง  หม้าย

อาชีพขณะสัมผัสโรค.....อาชีพผู้ปกครอง (กรณีอายุต่ำกว่า 15 ปี).....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....

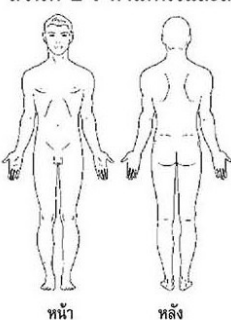
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....

1.2 สถานที่สัมผัสโรค :  เขต กทม.  เขตเมืองพัทยา  เขตเทศบาล  เขต อบต.

หมู่ที่.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

1.3 วันที่สัมผัสโรค.....เดือน.....ปี.....

ส่วนที่ 2 : ตำแหน่งและลักษณะการสัมผัส



หมายเหตุ → กาดำแหน่งที่สัมผัส

ลำดับที่	ตำแหน่งที่สัมผัส	ลักษณะการสัมผัส					
		ถูกกัด		ถูกข่วน		ถูกเลีย/ถูกน้ำลาย	
		มีเลือดออก	ไม่มีเลือดออก	มีเลือดออก	ไม่มีเลือดออก	ที่มีแผล	ที่ไม่มีแผล
1	ศีรษะ						
	หน้า						
	ลำคอ						
2	มือ						
3	แขน						
4	ลำตัว						
5	ขา						
6	เท้า						

กินอาหาร หรือดื่มน้ำที่สัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า  ฉีดวัคซีนป้องกันโรคล่วงหน้า (pre-exposure prophylaxis)

ส่วนที่ 3 : สัตว์นำโรค

3.1 ชนิดสัตว์นำโรค :  สุนัข  แมว  ลิง  ชะนี  หนู  อื่นๆ (โปรดระบุ).....

อายุสัตว์ :  น้อยกว่า 3 เดือน  3 - 6 เดือน  6 - 12 เดือน  มากกว่า 1 ปี  ไม่ทราบ

3.2 สถานภาพสัตว์ :  มีเจ้าของ  ไม่มีเจ้าของ  ไม่ทราบ

3.3 การกักขังติดตามดูอาการสัตว์ :  กักขังได้ / ติดตามได้ ----->  ตายเองภายใน 10 วัน  
 ไม่ตายภายใน 10 วัน

กักขังไม่ได้  ถูกฆ่าตาย  หนีหาย / จำไม่ได้

3.4 ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า :  ไม่ทราบ  ไม่เคยฉีด  เคยฉีด 1 ครั้ง  
 เคยฉีดเกิน 1 ครั้ง ครั้งสุดท้าย ----->  ภายใน 1 ปี  เกิน 1 ปี

3.5 สาเหตุที่ถูกกัด :  ถูกกัดโดยไม่มีสาเหตุโน้มนำ  
 ถูกกัดโดยมีสาเหตุโน้มนำ (ระบุ)..... ----->  ทำร้าย หรือแก๊งสัตว์  
 พยายามแยกสัตว์ที่กำลังต่อสู้กัน  
 เข้าใกล้สัตว์แม่ลูกอ่อน  
 ครอบงวนสัตว์ขณะกินอาหาร  
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

3.6 การส่งหัวสัตว์ตรวจ :  ไม่ได้ส่งตรวจ  
 ส่งที่ (โปรดระบุ)..... ----->  พบเชื้อ  ไม่พบเชื้อ

ส่วนที่ 4 : การดูแลรักษาผู้สัมผัส หรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

- 4.1 การล้างแผลก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข :  ไม่ได้ล้าง  ล้างด้วย ----->  น้ำ  
 น้ำและสบู่ / ผงซักฟอก  
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- 4.2 การใส่ยาฆ่าเชื้อก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข :  ไม่ได้ใส่ยา  ใส่ยา ----->  สารละลายไอโอดีนที่ไม่มีแอลกอฮอล์ เช่น โพวีดีน เบตาดีน ฯลฯ  
 ทิงเจอร์ไอโอดีน  
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- 4.3 ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้สัมผัส หรือสงสัยว่าสัมผัส :  ไม่เคยฉีดหรือเคยฉีดน้อยกว่า 3 เข็ม  เคยฉีด 3 เข็ม หรือมากกว่า----->  ภายใน 6 เดือน  เกิน 6 เดือน

ส่วนที่ 5 : การฉีดอิมมูโนโกลบูลินและวัคซีนในครั้งนี้

- 5.1 การฉีดอิมมูโนโกลบูลิน (RIG) :  ไม่ฉีด  ฉีด ----->  ERIG Lot. No.....  
 HRIG Lot. No.....
- ปริมาณฉีด.....IU น้ำหนักคนไข้.....กิโลกรัม เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 อาการหลังฉีด RIG :  ไม่แพ้  แพ้ (ระบุอาการ) ----->  บวมแดง  คันบริเวณที่ฉีด  
 เป็นไข้  ปวดศีรษะ  
 เป็นผื่นคันทั่วไป  ช็อค  
 อื่นๆ (ระบุ).....
- ระยะเวลาที่มีอาการแพ้ ----->  ภายใน 2 ชม.  
 หลัง 2 ชม. (ระบุวันที่.....)  
 การรักษา.....

- 5.2 การฉีดวัคซีน : โดยวิธี  เข็มกล้ำเนื้อ  เข็มในผิวหนัง  ไม่ฉีด

ครั้งที่	วันที่ฉีด	ชื่อวัคซีน	เลขที่วัคซีน	ขนาด(c.c.)	จำนวนจุดที่ฉีด	ชื่อผู้ฉีด	สถานที่
1							
2							
3							
4							
5							

- อาการแพ้วัคซีน :  ไม่แพ้  แพ้ (ระบุอาการ) ----->  บวมแดง  คันบริเวณที่ฉีด  เป็นไข้  
 ปวดศีรษะ  เป็นผื่นคันทั่วไป  ช็อค  
 อื่นๆ (ระบุ).....วันที่มีอาการ.....

- 5.3 ท่านต้องการปิด Case หรือไม่  ไม่ต้องการ  ต้องการ

- สาเหตุ  ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบตามมาตรฐาน (ID = 4 เข็ม, IM = 5 เข็ม)  
 ฉีดวัคซีนกระตุ้นครบตามมาตรฐาน ( ภายใน 6 เดือน = 1 เข็ม, เกิน 6 เดือน = 2 เข็ม, เกิน 6 เดือน 4 จุด)  
 ฉีดวัคซีนป้องกันโรคล่วงหน้าครบตามมาตรฐาน (pre-exposure prophylaxis = 3 เข็ม)  
 ฉีดวัคซีนไม่ครบตามมาตรฐาน หรือ ฉีดเท่ากับ/น้อยกว่า 3 เข็ม

การรักษา.....  
 ชื่อแพทย์ผู้ส่งการรักษา.....  
 ชื่อผู้รายงาน.....ตำแหน่ง.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....