

แบบฟอร์มที่ 1: แบบสอบสวนผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัส Ebola

วันที่...../...../.....

1. รายละเอียดผู้ป่วย

ชื่อ.....เลขที่ผู้ป่วย.....

อายุ.....วันเดือนปีเกิด.....เพศ.....อาชีพ.....

ที่อยู่.....

ชื่อเจ้าของบ้าน.....ชื่อบิดา/มารดา (กรณีผู้ป่วยเด็ก).....

เบอร์โทร.....หรือวิธีการติดต่ออย่างอื่น เช่น อีเมล.....

โรงพยาบาล.....ที่อยู่.....

วันรับรักษา.....วันจำหน่าย.....

ทราบว่ามีผู้ป่วยรายนี้จากแหล่งใด

☐ ชาวต่างชาติ ☐ การเสียชีวิต ☐ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ☐ ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน

2. อาการทางคลินิก

☐ ผู้ป่วยใน ☐ ผู้ป่วยนอก

☐ มีชีวิต ☐ เสียชีวิต วันที่เสียชีวิต.....

☐ มีไข้สูง อุณหภูมิแรกพบ.....องศาเซลเซียส อุณหภูมิสูงสุด.....องศาเซลเซียส ☐ ไม่มีไข้..... ☐ ไม่ทราบ

วันที่ทำ post-mortem skin biopsy.....

นิยามผู้ป่วย: ☐ ผู้ป่วยสงสัย ☐ ผู้ป่วยเข้าข่าย ☐ ไม่เป็นผู้ป่วย

มีผู้ป่วยรายอื่นที่อาศัยอยู่ในละแวกใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

พบผู้ป่วยรายใหม่ชื่อ.....นามสกุล.....วันเริ่มป่วย.....

อาการของผู้ป่วย.....

ระบุนาการและอาการแสดงของผู้นป่วย

กลุ่ม	ไ้	อาการและอาการแสดง	วันที่ป่วย														ข้อสังเกตอื่น ๆ
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
A		ปวดศีรษะ															
		คลื่นไส้/อาเจียน															
		เบื่ออาหาร															
		ถ่ายเหลว															
		อ่อนเพลีย															
		ปวดท้อง															
		ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ															
		คลื่นไส้ปาก															
		หายใจลำบาก															
		สะอึก															
		อื่นๆ ระบุ.....															
กลุ่ม B	ไ้	อาการและอาการแสดง															ข้อสังเกตอื่น ๆ
		มีเลือดออกตามเหงือก															
		ตาแดง															
		มีจุดแดงที่ผิวหนัง															
		อุจจาระมีเลือดปน															
		อาเจียนมีเลือดปน															
		เลือดกำเดา															
		อื่นๆ															

3. ประวัติสัมผัสภายใน 21 วันก่อนมีอาการป่วย

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola เนื่องจากเป็นสมาชิกในบ้าน

☐ ใช่..... ☐ ไม่ใช่..... ☐ ไม่ทราบ.....

ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส.....

ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย.....

ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส.....

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola เนื่องจากเป็นบุคลากรทางการแพทย์

☐ ใช่..... ☐ ไม่ใช่..... ☐ ไม่ทราบ.....

ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส.....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย.....

และระยะเวลาของการสัมผัส.....

สถานพยาบาลที่สัมผัส.....จังหวัด.....อำเภอ.....

สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola เนื่องจากเป็นผู้ร่วมเดินทาง

☐ ใช่..... ☐ ไม่ใช่..... ☐ ไม่ทราบ.....

ชื่อผู้ที่ผู้ป่วยสัมผัส.....

วันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย.....

และระยะเวลาของการสัมผัส.....

เส้นทางที่เดินทาง.....วันที่เดินทาง.....

สัมผัสกับสัตว์ป่วยหรือตาย (โดยเฉพาะ ลิง แอนติโลปป่า (สัตว์ที่อยู่กับอยู่ในวงศ์วัวและควาย) หนู และค้างคาว)

☐ ใช่..... ☐ ไม่ใช่..... ☐ ไม่ทราบ.....

ชนิดสัตว์ที่สัมผัส.....

วันที่สัมผัส.....

ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส.....

สถานที่ที่สัมผัส (เช่น ตอนเดินทางไปแอฟริกา หรือขณะอยู่ในประเทศไทย).....

ชื่อแพทย์ผู้รักษา/ ชื่อโรงพยาบาล.....

วันที่.....

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตัวอย่างที่ 1 ชนิดตัวอย่าง.....วิธีการตรวจ.....สถานที่ส่งตรวจ.....

วันที่.....ผล.....

ตัวอย่างที่ 2 ชนิดตัวอย่าง.....วิธีการตรวจ.....สถานที่ส่งตรวจ.....

วันที่.....ผล.....

5. ข้อคิดเห็น

.....

.....

.....

5.2 การติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัส

เมื่อได้รับรายงานผู้ป่วย ให้บันทึกข้อมูลลงในแบบรายงานทุกราย โดยไม่ต้องคำนึงถึงการจำแนกผู้ป่วยว่าเป็นผู้ป่วยสงสัยหรือผู้ป่วยเข้าข่าย และเก็บรายงานนั้นไว้ที่สถานบริการสาธารณสุขเพื่อติดตามประเมินการระบาด ส่วนผู้สัมผัสจะต้องติดตามสังเกตอาการ และรายงานต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อผู้สัมผัสมีอาการไข้ โดยบันทึกอุณหภูมิ 2 ครั้งใน 1 วัน เป็นเวลา 21 วันหลังจากประวัติสัมผัสครั้งสุดท้าย ในผู้สัมผัสที่มีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.5 °C (101 °F) ให้จัดเป็นผู้ป่วยใหม่และแยกออกจากผู้อื่น ให้ติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยทุกรายโดยใช้แบบฟอร์มที่ 2: แบบบันทึกประวัติผู้สัมผัสผู้ป่วยโรค Ebola [7] เมื่อมีอาการป่วยให้จัดเข้าเป็นผู้ป่วยและใช้แบบฟอร์มที่ 3: แบบรายงานเฝ้าระวังเชิงรุกของผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola [6] บันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังในพื้นที่ที่มีการระบาด จะต้องดำเนินการเป็นระยะเวลา 2 เท่าของระยะฟักตัว (2 เท่าของ 21 วัน เท่ากับ 42 วัน) หลังจากวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการตามนิยามดังกล่าวในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ให้รายงานผู้ป่วยไปยังสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ภายใน 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลทุกระดับในส่วนภูมิภาคให้รายงานนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทันทีที่พบผู้ป่วยตามนิยามดังกล่าว โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครให้รายงานผู้อำนวยการกองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

แบบฟอร์มที่ 2: แบบบันทึกประวัติผู้สัมผัสผู้ป่วยโรค Ebola

ส่วนที่ 1 ประวัติผู้สัมผัส

รหัสผู้สัมผัส

ชื่อ.....สกุล..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี วัน/เดือน/ ปีเกิด

ที่อยู่ (ที่บ้าน)

ที่อยู่ (ที่ทำงาน)

หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ).....(บ้าน).....ที่อยู่อีเมล

ส่วนที่ 2 ชนิดของการสัมผัส

☐ บุคลากรทางการแพทย์ กรุณาให้รายละเอียดในส่วนที่ 3

☐ สมาชิกในบ้าน กรุณาให้รายละเอียดในส่วนที่ 4

☐ ผู้ร่วมเดินทาง กรุณาให้รายละเอียดในส่วนที่ 5

☐ อื่น ๆ กรุณาให้รายละเอียดในส่วนที่ 6

กรณีอื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 3 ผู้สัมผัสที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์

ตำแหน่ง

☐ เจ้าหน้าที่ทำความสะอาด ☐ แพทย์ ☐ ผู้ช่วยพยาบาล ☐ พยาบาล

☐ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ☐ เภสัชกร ☐ อื่นๆ ระบุ

1. ท่านสัมผัสผู้ป่วยโดยตรงหรือไม่ เช่น การรักษาผู้ป่วยประจำวัน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

ถ้าใช่ ท่านใส่ PPE หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

PPE ที่ใส่ ☐ ถุงมือ ☐ หน้ากาก ☐ เสื้อกาวน์ ☐ แวนสำหรับป้องกันการติดเชื้อ

2. ท่านได้สัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

ถ้าใช่ ท่านใส่ PPE หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

PPE ที่ใส่ ☐ ถุงมือ ☐ หน้ากาก ชนิด.....ทำ fit test ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

☐ เสื้อกาวน์ ☐ แวนสำหรับป้องกันการติดเชื้อ

3. ท่านมีผิวหรือเยื่อบุใด ที่ไม่ได้ป้องกันการติดเชื้อจากสารคัดหลั่งของผู้ป่วยหรือไม่

☐ ใช่ ระบุ..... ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

4. ท่านอยู่ในทีมช่วยชีวิตผู้ป่วยหรือไม่ ☐ ใช่ มีหน้าที่อย่างไร..... ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

5. กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ท่านอยู่ในทีมผ่าศพหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

อธิบายรายละเอียดที่ท่านสัมผัสผู้ป่วย

.....

.....

.....

ระยะเวลาที่สัมผัสผู้ป่วย.....

วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรก..... วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้าย.....

การประเมิน

กรณีข้อ 1-5 ตอบไม่ใช้ทั้งหมด = ไม่เสี่ยง/สัมผัสผู้ป่วยโดยบังเอิญ

กรณีข้อ 1 หรือ 2 ตอบใช่ และใส่ PPE = เสี่ยงต่ำ/สัมผัสผู้ป่วยใกล้ชิด

กรณีข้อ 1 หรือ 2 ตอบใช่ และไม่ได้ใส่ PPE อย่างเหมาะสม หรือข้อ 3-4-5 ตอบใช่ = เสี่ยงสูง

ส่วนที่ 4 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

☐สามี/ ภรรยา/ คู่นอน

☐ คู่รัก

☐ บุตร

☐ญาติ

☐ เพื่อนร่วมบ้าน

☐ อื่น ๆ ระบุ

1. ท่านได้อยู่อาศัยร่วมกันกับผู้ป่วยหรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

(ถ้าไม่ใช่ให้ตอบที่ส่วน 5)

เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการป่วย ท่านปฏิบัติดังนี้

2. อยู่ร่วมห้องกับผู้ป่วย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

3. มีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

4. จับมือกับผู้ป่วย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

5. กอดผู้ป่วย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

6. จูบผู้ป่วย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

7. ดูแลผู้ป่วย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

8. ท่านได้สัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยหรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

9. ท่านได้สัมผัสเสื้อผ้าผู้ป่วยที่เป็นสารคัดหลั่งหรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

10. ข้อ 8 หรือ 9 ตอบใช่ท่านได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันหรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

PPE ที่ใส่ ☐ ถุงมือ ☐ หน้ากาก ชนิด.....ทำ fit test ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
☐ เสื้อกาวน์ ☐ แวนสำหรับป้องกันการติดเชื้อ

อธิบายรายละเอียดที่ท่านสัมผัสผู้ป่วย

.....

ระยะเวลาที่สัมผัสผู้ป่วย.....

วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรก..... วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้าย.....

การประเมิน

กรณีเฉพาะข้อ 1 ตอบใช่ = เสี่ยงต่ำ/ สัมผัสผู้ป่วยใกล้ชิด
 กรณีข้อ 2, 4, 5 หรือ 7 ตอบใช่ และข้อ 8 ตอบไม่ = เสี่ยงต่ำ/ สัมผัสผู้ป่วยใกล้ชิด
 กรณีข้อ 3 หรือ 6 ตอบใช่ และข้อ 8, 9 ใช่ ข้อ 10 ตอบไม่ใช่ = เสี่ยงสูง/ ผู้สัมผัสผู้ป่วยใกล้ชิดที่เสี่ยงสูง

ส่วนที่ 5 ผู้สัมผัสมีประวัติเดินทางร่วมกับผู้ป่วย

ประเภทผู้โดยสาร

☐ ผู้ร่วมโดยสาร ☐ นักบิน/ ผู้ขับ ☐ แอร์โฮสเตส/ ไกด์ ☐ อื่น ๆ ระบุ

กรณีโดยสารเครื่องบิน สายการบิน เที่ยวบิน

ตำแหน่งที่นั่ง แถวที่ เลขที่นั่ง

กรณีจำแถว และเลขที่นั่งไม่ได้ท่านั่งที่ไหน

☐ ด้านหน้าของเครื่องบิน ☐ ด้านหลังของเครื่องบิน ☐ ด้านข้างของทางออกฉุกเฉิน

☐ ทางเดินตรงกลาง ☐ นั่งติดหน้าต่าง ☐ นั่งใกล้ห้องน้ำ

☐ ชั้นประหยัด ☐ ชั้นธุรกิจ/ พรีเมียม/ ชั้นหนึ่ง ☐ บริเวณปีกเครื่องบิน

1. ท่านมีการสัมผัสผิวหนังหรือเยื่อเมือกที่มีโอกาสสัมผัสสูงโดยที่ไม่ได้ป้องกันหรือไม่ เช่น จูบหรือมีเพศสัมพันธ์

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

2. ท่านสัมผัสสารเหลว รวมเหงื่อด้วยไหม? หรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยหรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

อธิบายรายละเอียดที่ท่านสัมผัสผู้ป่วย

.....

.....

.....

ระยะเวลาที่สัมผัสผู้ป่วย.....

วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรก..... วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้าย.....

การประเมิน

กรณีที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง หรือสารเหลวจากผู้ป่วยแต่โดยสารหรือใช้ห้องน้ำด้วยกัน = ไม่เสี่ยง/ ผู้สัมผัสผู้ป่วย
โดยบังเอิญ

กรณีข้อ 1 หรือ 2 ตอบใช่ = เสี่ยงสูง

ส่วนที่ 6 ผู้สัมผัสอื่น ๆ

1. ท่านสัมผัสผู้ป่วยโดยไม่ได้ป้องกันผิวหนังหรือเยื่อเมือกหรือไม่ เช่น จูบหรือมีเพศสัมพันธ์

[] ใช่ [] ไม่ใช่ [] ไม่ทราบ

2. ท่านสัมผัสสารเหลว เช่น ปัสสาวะ อุจจาระ หรือเลือดจากผู้ป่วยหรือไม่

[] ใช่ [] ไม่ใช่ [] ไม่ทราบ

อธิบายรายละเอียดที่ท่านสัมผัสผู้ป่วย

.....

.....

.....

ระยะเวลาที่สัมผัสผู้ป่วย.....

วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรก..... วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้าย.....

การประเมิน

กรณีที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง หรือสารเหลวจากผู้ป่วยแต่โดยสารหรือใช้ห้องน้ำด้วยกัน = ไม่เสี่ยง/ ผู้สัมผัสผู้ป่วยโดย
บังเอิญ

กรณีข้อ 1 หรือ 2 ตอบใช่ = เสี่ยงสูง

ส่วนที่ 7 สถานะสุขภาพของผู้ป่วย

- | | | | |
|---|------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. ท่านมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงดีหรือไม่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ไม่ทราบ |
| 2. ท่านมีไข้ หรือมีประวัติมีไข้หรือไม่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ไม่ทราบ |
| 3. ท่านมีอาการเลือดออกบ้างหรือไม่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ไม่ทราบ |

ส่วนที่ 8 Check list

- | การดำเนินการ: | ไม่เสี่ยง/ผู้สัมผัส
ผู้ป่วยโดยบังเอิญ | เสี่ยงต่ำ/ ผู้สัมผัสใกล้ชิด | เสี่ยงสูง |
|-----------------------------|--|--------------------------------------|---|
| 1. จัดเตรียมเอกสารให้ควมรู้ | ☐ ใช่ | ☐ ใช่ | ☐ ใช่ |
| 2. เฝ้าระวังโรค | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ดูแลตัวเอง | ☐ ให้ดำเนินการเฝ้าระวังโรค |
| 3. การให้ยาป้องกันล่วงหน้า | ☐ ไม่จำเป็น | ☐ ไม่ได้แนะนำ | ☐ ให้พิจารณา |

การคำนวณระยะเวลาในการเฝ้าระวัง

วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรก..... วันที่ของวันนี้

ระยะห่างระหว่างวันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรกเทียบกับวันนี้ วัน

ระยะเวลาที่ต้องเฝ้าระวังต่อ: 21 - ระยะห่างระหว่างวันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรกเทียบกับวันนี้ = วัน

กรณีที่มีการป่วย ผู้ป่วยรายนี้ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับผู้สัมผัสให้เข้ารับการรักษาหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คำจำกัดความของผู้สัมผัสโดยตรง หมายถึงผู้ที่สัมผัสผิวหรือเยื่อเมือกที่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

ชื่อผู้เก็บข้อมูล..... วันที่

แบบฟอร์มที่ 3: แบบรายงานเฝ้าระวังเชิงรุกของผู้ป่วยสงสัยโรค Ebola

ที่:.....วันที่สังเกตการณ์ครั้งแรก.....

ลำดับการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องตลอด/ต้องติดตามผู้ป่วยอย่างน้อย 21 วัน หลังพบผู้ป่วย

1. รายละเอียดผู้ป่วย

ชื่อ.....ประเภทผู้ป่วย [] ผู้ป่วยสงสัย [] ผู้ป่วยเข้าข่าย

ชื่อเจ้าบ้านที่อาศัย.....จำนวนสมาชิกในบ้าน.....

ที่อยู่.....

2. ผู้สัมผัสร่วมบ้านและอาการ

ลำดับที่	1	2	3	4	5	6	7
ชื่อ-นามสกุล							
ความสัมพันธ์							
เพศ							
อายุ							
สัมผัสครั้งสุดท้าย							
ชนิดของการสัมผัส							
- ดูแลผู้ป่วย							
- จัดการศพ							
- แพทย์ผู้ให้การรักษา							
- คนในครอบครัว							
- วันที่เริ่มมีอาการป่วย							
- ใช้ถุง							
- ปวดศีรษะ							
- คลื่นไส้/อาเจียน							
- เบื่ออาหาร							
- ถ่ายเหลว							
- ปวดเมื่อย							