

# รายงานการฉีดวัคซีนผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

ร.36

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

สิทธิการรักษาพยาบาล ☐ สถานบริการนี้ ☐ สถานบริการอื่น

ประเภทสิทธิการรักษา ☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ข้าราชการ ☐ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ สำนักงานประกันสังคม  
☐ ประกันสุขภาพภาคเอกชน ☐ หน่วยงานองค์กรอิสระตามรัฐธรรมนูญ ☐ สิทธิการรักษาเฉพาะกลุ่ม ☐ ข้าราชการเอง

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

1.1 ชื่อ-สกุล : .....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

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

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

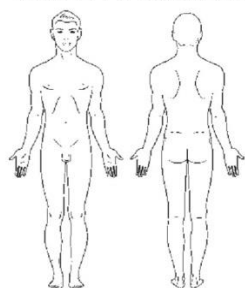
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....

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



หน้า

หลัง

หมายเหตุ → กวาดำแหน่งที่สัมผัส

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						
<input type="checkbox"/> กินอาหาร หรือดื่มน้ำที่สัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า							

## 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 หรือแกล้งสัตว์  
☐ พยายามแย่งสัตว์ที่กำลังต่อสู้กัน  
☐ เข้าใกล้สัตว์แม่ลูกอ่อน  
☐ ครอบงำสัตว์ขณะกินอาหาร  
☐ 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

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 ☐ เขากล้ามเนื้อ ☐ 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.....

การรักษา.....

ชื่อแพทย์ผู้ส่งการรักษา.....

ชื่อผู้รายงาน.....ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....