

แนวทางการดำเนินงานให้วัคซีนโรคไข้มองอักเสบเจ็ดชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์สายพันธุ์ SA 14-14-2 ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2, 5 และ 6

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการฉีดวัคซีนโรคไข้มองอักเสบเจ็ดชนิดเชื้อตาย (วัคซีนเจ็ดเชื้อตาย) แก่เด็กครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2543 โดยมีกลุ่มเป้าหมายอายุ 1 ปีครึ่ง ได้รับวัคซีน 2 ครั้ง ห่างกัน อย่างน้อย 1 เดือน และกระตุ้นอีก 1 ครั้ง เมื่ออายุ 2 ปีครึ่ง ต่อมาคณะอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีมติให้ปรับอายุการให้วัคซีนไข้มองอักเสบเจ็ดชนิดเชื้อตายจาก 1 ปีครึ่ง เป็น 1 ปี เพื่อบูรณาการให้เด็กมารับวัคซีนพร้อมการตรวจสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก โดยเริ่มในเดือนมกราคม 2558 ทั้งนี้ ปัจจุบันมีวัคซีนไข้มองอักเสบเจ็ดชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ สายพันธุ์ SA 14-14-2 (Live Attenuated Japanese Encephalitis SA 14-14-2 : LAJE) ใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศต่าง ๆ รวมทั้งภาคเอกชนในประเทศไทย วัคซีนนี้มีกำหนดการให้ 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน ซึ่งจากผลการศึกษาทั้งภายในและต่างประเทศพบว่า เป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย

เพื่อเป็นการพัฒนางานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ โดยให้ประชาชนได้รับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ดี ได้รับวัคซีนรุ่นใหม่ที่มีประสิทธิภาพ ได้รับความสะดวกโดยลดจำนวนครั้งในการนำบุตรหลานมารับวัคซีน อีกทั้งลดความเจ็บปวดของเด็กจากการได้รับวัคซีนหลายครั้ง ตลอดจนลดขั้นตอนการบริหารจัดการวัคซีนและการให้บริการของเจ้าหน้าที่ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้จัดทำ “โครงการนำร่องการให้บริการวัคซีนไข้มองอักเสบเจ็ดชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ สายพันธุ์ SA 14-14-2 ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2555” โดยดำเนินการในสถานบริการเขตพื้นที่จังหวัดภาคเหนือตอนบน 8 จังหวัด ซึ่งมีโรคนี้ชุกชุมได้แก่ แม่ฮ่องสอน เชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน และพะเยา ทั้งนี้ ผลจากการดำเนินงานจะได้ใช้เป็นข้อมูลพิจารณาขยายพื้นที่ในการดำเนินงานต่อไป

ผลสรุปจากโครงการนำร่องดังกล่าวพบว่า ในภาพรวมเจ้าหน้าที่สามารถบูรณาการให้วัคซีน LAJE ร่วมกับวัคซีนอื่นในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้เป็นอย่างดี อีกทั้งประชาชนให้การยอมรับและนำบุตรหลานมารับวัคซีนจนได้รับความครอบคลุมสูง โดยในปีงบประมาณ 2558 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถจัดหาวัคซีน LAJE เพิ่มเติม กรมควบคุมโรคได้พิจารณาจากพื้นที่ที่มีโรคชุกชุมร่วมกับความเหมาะสมด้านการบริหารจัดการวัคซีน จึงเห็นสมควรขยายพื้นที่การให้บริการวัคซีน LAJE ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยมีพื้นที่ดำเนินการครอบคลุมทุกจังหวัดที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 2, 5 และ 6 เพื่อให้การใช้วัคซีนนี้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการป้องกันโรคและการบริหารจัดการวัคซีนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ขอให้บุคลากรที่รับผิดชอบได้ปฏิบัติ ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย

สถานบริการที่เป็นเครือข่ายหลักประกันสุขภาพในเขตรับผิดชอบของสำนักงานเขตบริการสุขภาพ ที่ 2 (พิษณุโลก, อุตรดิตถ์, เพชรบูรณ์, ตาก, สุโขทัย) สำนักงานเขตบริการสุขภาพ ที่ 5 (ราชบุรี,

แนวทางการดำเนินงานให้วัคซีนโรคไข้มองอักเสบเจอีชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ สายพันธุ์ SA 14-14-2
ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2, 5 และ 6

สุพรรณบุรี, กาญจนบุรี, นครปฐม, เพชรบุรี, สมุทรสาคร, สมุทรสงคราม, ประจวบคีรีขันธ์) และ สำนักงานเขตบริการสุขภาพ ที่ 6 (ชลบุรี, สมุทรปราการ, ฉะเชิงเทรา, ปราจีนบุรี, สระแก้ว, ระยอง, จันทบุรี, ตราด) รวมทั้งสิ้น 21 จังหวัด โดยเริ่มฉีดวัคซีน LAJE แก่กลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการทั้งที่อยู่ในและนอกจังหวัดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป ทั้งนี้เนื่องจากในระยะแรกสถานบริการอาจมีวัคซีนเจอีเชื้อตายเหลืออยู่ จึงขอให้ใช้วัคซีนเจอีเชื้อตายให้หมดก่อน โดยมีเกณฑ์พิจารณาการให้วัคซีน LAJE และวัคซีนเจอีเชื้อตายตามวันเกิดของเด็กกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1.1 กลุ่มเด็กเกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2557 กำหนดให้วัคซีน LAJE ตามตาราง

| เข็มที่ให้วัคซีน | อายุ |
|------------------|-------------------------------------------------|
| เข็มที่ 1 | เด็กอายุ 1 ปี |
| เข็มที่ 2 | เด็กอายุ 2 ปี 6 เดือน พร้อมวัคซีน MMR เข็มที่ 2 |

หมายเหตุ :

1. หากไม่สามารถเริ่มให้วัคซีนตามกำหนดได้ ให้เริ่มทันทีที่พบครั้งแรก
2. กรณีที่นัดเด็กมารับวัคซีนไปแล้วก่อนมีการเปลี่ยนตารางการให้วัคซีน (นัดมารับเมื่ออายุ 1 ปี 6 เดือน) ขอให้บริการตามวันนัดเดิม ไม่ต้องเปลี่ยนวันนัดใหม่
3. หากเด็กเคยได้รับวัคซีนครั้งแรก และไม่มารับครั้งที่ 2 ตามกำหนดนัด ให้วัคซีนครั้งที่ 2 ต่อไปได้ทันทีเมื่อพบเด็ก โดยไม่ต้องเริ่มต้นครั้งที่ 1 ใหม่

1.2 กลุ่มเด็กเกิดก่อนวันที่ 1 มกราคม 2557

ให้วัคซีนเจอีเชื้อตาย แก่เด็กที่เกิดก่อนวันที่ 1 มกราคม 2557 ตามตารางสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเดิม จนกว่าวัคซีนเจอีเชื้อตายหมด (เข็มที่ 1 และ 2 ห่างกัน 1 เดือน และเข็มที่ 3 ห่างจากเข็มที่ 2 เป็นเวลา 1 ปี) จึงพิจารณาให้วัคซีน LAJE ต่อจากวัคซีนเจอีเชื้อตาย ตามแนวทางต่อไปนี้

การให้วัคซีน LAJE ต่อจากวัคซีนเจอีเชื้อตาย ในเด็กที่เกิดก่อนวันที่ 1 มกราคม 2557

| ประวัติการได้รับวัคซีนเจอีชนิดเชื้อตาย | กำหนดการให้วัคซีนเจอี SA 14-14-2 ครั้งต่อไป |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| ไม่เคยหรือเคยได้รับ 1 เข็ม | ฉีด 2 เข็ม ห่างกัน 3-12 เดือน |
| เคยได้รับ 2 เข็ม | ฉีด 1 เข็ม ห่างจากเข็มที่ 2 เป็นเวลา 12 เดือน |
| เคยได้รับ 3 เข็ม | ไม่ต้องให้ |

2. รายละเอียดของวัคซีน

ชนิดของ

วัคซีน

วัคซีนที่ใช้ชื่อทางการค้าว่า CD. JEVAX เป็นวัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบเจอีเชื้อเป็นที่ทำให้อ่อนฤทธิ์ ซึ่งได้จากการเพาะเลี้ยงไวรัสไข้มองอักเสบเจอีสายพันธุ์ SA 14-14-2 ในเซลล์ไตของหนูแฮมสเตอร์ (Primary Hamster Kidney : PHK) ที่แยกออกมาเพาะเลี้ยงเป็นเซลล์ชั้นเดียว ผลิตภัณฑ์อยู่ในรูปผงแห้งที่เกาะเป็นก้อนสีเหลืองอ่อน หลังจากละลายด้วยตัวทำละลายแล้วจะได้น้ำยาใสสีส้มแดงหรือสีชมพูอ่อน

แนวทางการดำเนินงานให้วัคซีนโรคไข้สมองอักเสบเจอีชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ สายพันธุ์ SA 14-14-2
ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2, 5 และ 6

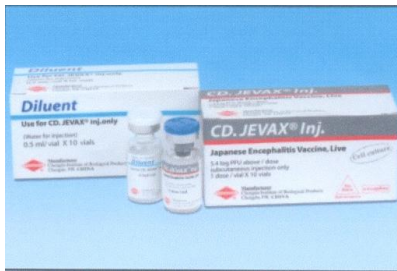
ส่วนประกอบ

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| ใน 1 โดส (0.5 มิลลิลิตร) ประกอบด้วย | |
| เชื้อไวรัสไข้สมองอักเสบเจอีชนิดเชื้อเป็นที่ทำให้อ่อนฤทธิ์ ไม่ต่ำกว่า 5.4 log PFU (seed strain : SA 14-14-2) | |
| เจลาติน | ไม่เกิน 4.8 มิลลิกรัม |
| ซูโครส | ไม่เกิน 21 มิลลิกรัม |
| แลคโตส | ไม่เกิน 21 มิลลิกรัม |
| ยูเรีย | ไม่เกิน 2.4 มิลลิกรัม |
| อัลบูมินจากซีรัมของคน | ไม่เกิน 3.0 มิลลิกรัม |
| ตัวทำลายที่ปราศจากเชื้อ (น้ำกลั่นสำหรับฉีด) | 0.5 มิลลิลิตร |

ขนาดบรรจุ

ใน 1 กล่อง ประกอบด้วยวัคซีน 10 ขวด แต่ละขวดบรรจุวัคซีน 1 โดส (single dose) พร้อม
ตัวทำลายแต่ละขวดบรรจุตัวทำลาย 0.5 มิลลิลิตร ดังภาพ

Packaging of CD.JEVAX[®]



ขวดบรรจุวัคซีนและ ขวดบรรจุ diluent



ขนาดและวิธีใช้

ขนาดที่ใช้ ครั้งละ 0.5 มล. ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง

ปฏิกิริยาที่อาจเกิดจากวัคซีน

- CD. JEVAX อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้เช่นเดียวกับยาหรือวัคซีนชนิดอื่น
- มีรายงานทางคลินิกที่แสดงถึงอาการข้างเคียงจากการใช้วัคซีน CD. JEVAX แต่พบน้อยมาก
- อาจพบอาการข้างเคียงตามที่ระบุต่อไปนี้ได้ภายหลังการฉีดวัคซีน
 - o มีไข้ (มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส)
 - o ผื่นคัน คลื่นไส้
 - o ผื่นแดงเฉพาะที่ ปวด มีภาวะที่ไวต่อยา (sensitivity)
 - o ในเด็กอาจมีร้องอแง เบื่ออาหาร ง่วงนอน มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน

ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2, 5 และ 6

อาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นหลังฉีดไม่เกิน 2 วัน และสามารถหายได้เอง โดยไม่จำเป็นต้องให้ยา ไม่ต้องให้การรักษาเป็นพิเศษหรือเฉพาะเจาะจง ในบางกรณีที่จำเป็นแนะนำให้รักษาตามอาการ

ข้อห้ามใช้

- ผู้ที่มีประวัติการแพ้อย่างรุนแรง (anaphylaxis) ต่อการฉีดวัคซีนชนิดนี้มาก่อน
- ผู้ที่มีประวัติแพ้ชนิดหรือสงสัยว่ามีปฏิกิริยาการแพ้อย่างรุนแรงต่อส่วนประกอบใดๆ ในวัคซีนรวมทั้งเจลาติน
- ผู้ที่มีไข้สูง มีการติดเชื้ออย่างเฉียบพลัน หูชั้นกลางอักเสบ หรือ มีการกำเริบของโรคฉ�นโรค โดยไม่ได้รับการรักษา
- ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ เป็นโรคมุมิแพ้ หรือมีประวัติการชัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์
- ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องการทำงานของหัวใจ ตับหรือไต
- สตรีมีครรภ์หรืออยู่ในระหว่างการให้นมบุตร
- ผู้ที่อยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกัน
- ผู้ที่มีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน

การเก็บรักษาวัคซีน

ควรเก็บหรือขนส่งวัคซีนที่อุณหภูมิ +2 ถึง +8 องศาเซลเซียส ควรเก็บวัคซีนไว้ในกล่องเพื่อป้องกันไม่ให้ถูกแสง

วันหมดอายุ

ให้ใช้วัคซีนได้ถึงวันหมดอายุที่ระบุไว้บนฉลากยา

3. การคาดประมาณปริมาณการใช้วัคซีนและการเบิกวัคซีนใช้สมองอักเสบเจอีชนิดเชื้อเป็นอ่อน

ฤทธิ์

3.1. หน่วยบริการ

3.1.1 ในระยะแรกของการใช้วัคซีน LAJE ขอให้หน่วยบริการแต่ละแห่งประมาณการใช้วัคซีน LAJE ในเด็กอายุ 1 ปี (เด็กเกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2557) ตามจำนวนเด็กที่ต้องได้รับวัคซีน ดังได้กล่าวแล้วในข้อ 1 สำหรับเด็กอายุมากกว่า 1 ปี ให้ประมาณการใช้วัคซีนเจอีเชื้อตาย จนกว่าวัคซีนเจอีเชื้อตายจะหมดจึงประมาณการใช้วัคซีน LAJE ในเด็กทั้งหมดตามกำหนดนัด

ทั้งนี้ วัคซีน LAJE ที่ใช้เป็นวัคซีนชนิด single dose คิดอัตราสูญเสียร้อยละ 1 โดยใช้สูตร

$$\text{จำนวนวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย (โดส)} = \frac{\text{จำนวนเด็กกลุ่มเป้าหมายในแต่ละเดือน} \times 100}{(100 - \text{อัตราสูญเสีย})}$$

ดังนั้น จำนวนวัคซีน LAJE ที่ใช้ในแต่ละเดือน = จำนวนเด็กกลุ่มเป้าหมายในแต่ละเดือน $\times 1.01$

3.1.2 เมื่อคาดประมาณปริมาณการใช้วัคซีนในแต่ละเดือนแล้ว ขอให้หน่วยบริการ key in ข้อมูลการเบิกวัคซีน LAJE พร้อมวัคซีนชนิดอื่นลงในแบบฟอร์ม ว. 3/1 (ภาคผนวก 1) ซึ่งสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่เว็บไซต์ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ([www. http://thaigcd.ddc.moph.go.th](http://thaigcd.ddc.moph.go.th)) แล้ว

ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2, 5 และ 6

ส่งข้อมูลดังกล่าวให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายในเวลาที่กำหนด สำหรับหน่วยบริการในโรงพยาบาลขอให้ส่งข้อมูลดังกล่าวให้ฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาลที่เป็นคลังวัคซีนภายในเวลาที่กำหนดเช่นกัน

โดยขอให้ key in ข้อมูลในช่อง “เป้าหมาย” “ยอดคงเหลือยกมา” “จำนวนผู้รับบริการ” และ “จำนวนขวดวัคซีนที่เปิดใช้” ให้ครบถ้วนและโปรแกรมจะคำนวณ “จำนวนวัคซีนที่ต้องการใช้ (ขวด)” “จำนวนวัคซีนที่ขอเบิก (ขวด)” และ “อัตราสูญเสียร้อยละ” ให้โดยอัตโนมัติ

3.2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลการเบิกวัคซีนในรูปแบบฟอร์ม ว. 3/1 ที่ได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และพิจารณาความสอดคล้องของการเบิกว่ามีความสัมพันธ์กับจำนวนเด็กที่ให้บริการจริงรวมทั้งจำนวนวัคซีนที่เหลือด้วย หากพบว่าไม่มีความสอดคล้องขอให้สอบถามหน่วยบริการเพื่อให้การเบิกวัคซีนถูกต้องตรงกับสภาพความเป็นจริง ภายหลังที่ได้ตรวจสอบแบบฟอร์ม ว. 3/1 ของหน่วยบริการแต่ละแห่งแล้ว ให้ส่งต่อไปยังฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาลที่เป็นคลังวัคซีน ภายในเวลาที่กำหนด

สำหรับหน่วยบริการที่อยู่ในโรงพยาบาล ขอให้ฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาลตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลการเบิกวัคซีนในรูปแบบฟอร์ม ว. 3/1 ที่ได้รับเช่นเดียวกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

3.3 คลังวัคซีนในโรงพยาบาล

3.3.1 กำหนดการจัดส่งวัคซีน LAJE ครั้งแรก

1) โรงพยาบาลที่องค์การเภสัชกรรมจัดส่งวัคซีนตามระบบ VMI ระหว่างวันที่ 1 – 14 ของทุกเดือน จะได้รับวัคซีนเจี๊ยะตาย สำหรับให้บริการในเดือนธันวาคม 2557 และจะได้รับวัคซีน LAJE ระหว่างวันที่ 1 – 14 มกราคม 2558 เพื่อให้บริการในเดือนมกราคม 2558

2) โรงพยาบาลที่องค์การเภสัชกรรมจัดส่งวัคซีนตามระบบ VMI ระหว่างวันที่ 15 – 31 ของทุกเดือน จะได้รับวัคซีน LAJE ระหว่างวันที่ 15 – 31 มกราคม 2558 เพื่อให้บริการในเดือนมกราคม 2558

สำหรับ จำนวนวัคซีน LAJE ที่จัดส่ง ใน 3 เดือนแรก องค์การเภสัชกรรมจะใช้ค่า ROP และ Max Limit ของวัคซีนเจี๊ยะตายไปก่อน หลังจากนั้นถ้าค่า ROP สูงเกินความต้องการ ฝ่ายเภสัชกรรมสามารถขอปรับค่า ROP ได้ โดยใช้ “แบบปรับเปลี่ยนปริมาณการใช้วัคซีนเฉพาะวัคซีน LAJE หรือ FM3-1” (ภาคผนวก 2) ที่มีข้อมูลอัตราการใช้วัคซีนย้อนหลัง 3 เดือน ค่า ROP เดิมและค่า ROP ใหม่ ในเดือนเมษายน 2558 แล้วส่งมาที่ กลุ่มบริหารเวชภัณฑ์ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ทางโทรสาร 02-591-7716 หรือทาง e-mail : pharmagcd@gmail.com หรือ somsakzp@gmail.com ทั้งนี้ การจัดส่งวัคซีนให้โรงพยาบาลในแต่ละเดือน องค์การเภสัชกรรมจะพิจารณาจ่ายวัคซีน LAJE ให้โรงพยาบาล แต่ละแห่งในพื้นที่รับผิดชอบของ สำนักงานเขตบริการสุขภาพที่ 2, 5 และ 6 จากจำนวนวัคซีนที่เหลือคงคลัง หากค่า On hand ต่ำกว่าค่า ROP (จุดเติมสินค้า) โดยวัคซีน LAJE จะส่งไปพร้อมวัคซีนชนิดอื่นที่ใช้ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

3.3.2 การเบิกวัคซีน

1) ฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาลที่เป็นคลังวัคซีนควรสุ่มตรวจสอบข้อมูลการเบิกวัคซีนในรูปแบบฟอร์ม ว. 3/1 ของ รพ.สต.ในเครือข่าย โดยพิจารณาความสอดคล้องของการเบิกว่ามีความสัมพันธ์กับ

จำนวนเด็กที่ให้บริการจริงรวมทั้งจำนวนวัคซีนที่เหลือ หากพบว่าข้อมูลการเบิกและการให้บริการไม่สอดคล้องกัน ขอให้สอบถามหน่วยบริการเพื่อให้การเบิกวัคซีนถูกต้องตรงกับสภาพความเป็นจริง

2) ในแต่ละเดือนขอให้ฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เบิกวัคซีน LAJE ผ่าน website ระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรมที่ <http://scm.gpo.or.th/vmi> โดยใช้ Username และ Password ของโครงการ EPI Routine พร้อมการเบิกวัคซีนชนิดอื่นที่ใช้ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในโครงการ EPI Routine ในแต่ละเดือน โดยการคลิกปุ่มบันทึก Inventory และ เลือก “เลขที่ผลิต (Lot no.)” ของวัคซีน LAJE ที่เหลืออยู่ในคลังของฝ่ายเภสัชกรรมแล้วใส่ข้อมูล สินค้าคงคลัง (On hand) หน่วยนับเป็น “ขวด”

4. การจัดทำรายงาน

4.1 การจัดทำรายงานผลปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นหลักฐานการให้บริการวัคซีนในเด็กกลุ่มเป้าหมายรายบุคคล
2. เพื่อประเมินอัตราสูญเสียของวัคซีนในระดับหน่วยบริการ
3. เพื่อใช้เป็นฐานในการประเมินอัตราอาการภายหลังได้รับวัคซีนเชื้อเป็น

1) หน่วยบริการ

ขณะนี้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ได้กำหนดรหัสวัคซีนที่อยู่นอกแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งรวมถึงวัคซีน LAJE โดยมีรหัสวัคซีน J11 และ J12 ดังนั้น ในการ key in ข้อมูลการให้บริการวัคซีนใช้สมองอักเสบ เจ็ชผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามมาตรฐานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หากเป็นการฉีดวัคซีน LAJE ครั้งที่ 1 ขอให้เจ้าหน้าที่ click ไปที่ “JE 1 : Lived attenuated” หากเป็นการฉีดวัคซีน LAJE ครั้งที่ 2 ขอให้เจ้าหน้าที่ click ไปที่ “JE 2 : Lived attenuated” ในแต่ละวันเมื่อ key in ข้อมูลการให้บริการ วัคซีนทุกชนิดในเด็กก่อนวัยเรียนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ขอให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการปฏิบัติ ดังนี้

1.1 print out ทะเบียนการให้บริการเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของการบันทึกข้อมูล และเพื่อสำรองเก็บไว้เป็นหลักฐานในกรณีที่ระบบข้อมูลขัดข้องหรือเสียหาย **ทั้งนี้ สถานบริการที่ใช้โปรแกรม JHCIS และ HOSxP ในการบันทึกข้อมูลงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปัจจุบันทั้งสองโปรแกรมหดงกล่าว ได้เพิ่มช่องวัคซีน LAJE ในรายงานการให้บริการวัคซีนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว** (ภาคผนวก 3)

ในกรณีที่ยังไม่สามารถ key in ข้อมูลการให้บริการวัคซีน LAJE ได้ หรือ key in ข้อมูลดังกล่าวได้ แต่ไม่สามารถ print out ทะเบียนรายงานการให้บริการวัคซีน LAJE ได้ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ควรจัดทำทะเบียนการให้บริการวัคซีน LAJE เป็นรายบุคคลเช่นเดียวกับวัคซีนชนิดอื่น (ภาคผนวก 4) เพื่อเป็น ข้อมูลสำคัญในการประเมินผลการบริหารจัดการวัคซีน LAJE และใช้เป็นฐานในการประเมินอัตราอาการ ภายหลังได้รับวัคซีน

1.2 ตรวจสอบจำนวนเด็กทั้งหมดที่ได้รับวัคซีน LAJE แล้วรวบรวมข้อมูลดังกล่าวเป็นรายเดือน key in ลงในแบบฟอร์ม ว. 3/1 ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อเบิกวัคซีนในเดือนต่อไป ดังได้กล่าวแล้ว ใน “การคาดประมาณการใช้วัคซีนและการเบิกวัคซีนสำหรับหน่วยบริการ หัวข้อ 3.1.2 หน้า 5”

2) คลังวัคซีนโรงพยาบาล

ฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาล ควรรวบรวมข้อมูลจากแบบฟอร์ม ว. 3/1 ของแต่ละหน่วยบริการ เพื่อวิเคราะห์และสรุปปริมาณการใช้วัคซีน LAJE อัตราสูญเสียของวัคซีนในรายงานบริการและในภาพรวมของอำเภอ ซึ่งจะเป็นโยบายขึ้นในการวางแผนและพัฒนาการบริหารจัดการวัคซีนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

4.2 การจัดทำรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเจอี ในเด็กที่มีอายุครบ 2 ปี ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
2. เพื่อประเมินความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเจอี ในเด็กที่มีอายุครบ 3 ปี ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

ข้อตกลงเบื้องต้น

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558 เป็นต้นไป จังหวัดในเขตพื้นที่บริการสุขภาพที่ 2, 5 และ 6 รวม 21 จังหวัดจะได้รับการสนับสนุนวัคซีน LAJE แต่เนื่องจากการให้บริการวัคซีนเจอีเชื้อเป็นยังไม่ครอบคลุมสถานบริการทุกแห่งทั่วประเทศ อาจมีเด็กบางส่วนเดินทางติดตามผู้ปกครองซึ่งมีทั้งย้ายเข้าและย้ายออกจากพื้นที่ในจังหวัดที่ให้วัคซีน LAJE ประกอบกับมีเด็กส่วนหนึ่งในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ขยายการให้วัคซีน LAJE ได้รับวัคซีนเจอีชนิดเชื้อตายมายังไม่ครบชุด จึงมีเด็กที่ได้รับวัคซีนเจอีทั้งชนิดเชื้อตายและเชื้อเป็น (LAJE) ดังนั้น เพื่อให้การประเมินความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเจอีเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ขอให้ใช้เกณฑ์การประเมินความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเจอีโดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 : เด็กที่มีอายุครบ 2 ปี

ให้พิจารณาจากเด็กในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดที่มีอายุครบ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน LAJE 1 ครั้ง หรือ เจอีเชื้อตายครบ 2 ครั้ง โดยมีเกณฑ์การพิจารณาความครบถ้วนของการได้รับวัคซีนเจอีในเด็กที่อายุครบ 2 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาความครบถ้วนของการได้รับวัคซีนเจอีในเด็กที่อายุครบ 2 ปี

| ประวัติการได้รับวัคซีนเจอีเมื่อเด็กอายุครบ 2 ปี | ความครบถ้วนการได้รับวัคซีนเจอีในเด็กที่อายุครบ 2 ปี |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| เจอีเชื้อตาย 2 ครั้ง | ผ่านเกณฑ์ |
| ได้เจอีเชื้อตาย 1 ครั้งและตามด้วยเจอีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง | ผ่านเกณฑ์ |
| เจอีเชื้อตาย 1 ครั้ง | ไม่ผ่านเกณฑ์ |
| ได้รับเจอีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง | ผ่านเกณฑ์ |
| ได้รับเจอีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง ต่อด้วยเจอีเชื้อตาย 1 ครั้ง | ผ่านเกณฑ์ |
| ไม่เคยได้รับทั้งชนิดเชื้อตายและเชื้อเป็น (LAJE) | ไม่ผ่านเกณฑ์ |

กลุ่มที่ 2 : เด็กที่มีอายุครบ 3 ปี

ให้พิจารณาจากเด็กในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดที่มีอายุครบ 3 ปี ที่ได้รับวัคซีน LAJE 2 ครั้ง หรือ LAJE 1 ครั้งภายหลังได้วัคซีนเจอีเชื้อตายมาแล้ว 2 ครั้ง หรือ วัคซีนเจอีเชื้อตายครบ 3 ครั้ง โดยมีเกณฑ์การพิจารณาความครบถ้วนของการได้รับวัคซีนเจอีในเด็กที่อายุครบ 3 ปี ดังตารางที่ 2

แนวทางการดำเนินงานให้วัคซีนโรคใช้สมองอักเสบเจ็ชชนิดเชื้อเป็นอันฤทธิ สายพันธุ์ SA 14-14-2
ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2, 5 และ 6

ตารางที่ 2 เกณฑ์การพิจารณาความครบถ้วนของการได้รับวัคซีนเจ็ชในเด็กที่อายุครบ 3 ปี

| ประวัติการได้รับวัคซีนเจ็ชเมื่อเด็กอายุครบ 3 ปี | ความครบถ้วนการได้รับวัคซีนเจ็ชในเด็กที่อายุครบ 3 ปี |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| เจ็ชเชื้อตาย 3 ครั้ง | ผ่านเกณฑ์ |
| เจ็ชเชื้อตาย 2 ครั้ง ต่อด้วยเจ็ชเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง | ผ่านเกณฑ์ |
| เจ็ชเชื้อตาย 1 ครั้ง ต่อด้วยเจ็ชเชื้อเป็น (LAJE) 2 ครั้ง | ผ่านเกณฑ์ |
| เจ็ชเชื้อตาย 1 ครั้ง ต่อด้วยเจ็ชเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง | ไม่ผ่านเกณฑ์ |
| เจ็ชเชื้อเป็น (LAJE) 2 ครั้ง | ผ่านเกณฑ์ |
| เจ็ชเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง ต่อด้วยเจ็ชเชื้อตาย 1 ครั้ง | ผ่านเกณฑ์ |
| ไม่เคยได้รับวัคซีนทั้งชนิดเชื้อตายและเชื้อเป็น (LAJE) | ไม่ผ่านเกณฑ์ |

วิธีการจัดทำรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ

1) ระดับสถานบริการ

1.1) สถานบริการสามารถใช้ทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนของเด็กในพื้นที่รับผิดชอบที่มีอยู่ ซึ่งอาจ ได้แก่ แบบ 0119 รบ. 1.ก/3 แบบบัญชีกลุ่มอายุ สมุดเบอร์ 2 หรือทะเบียนที่จัดทำด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยมีรายละเอียดที่สำคัญคือ ชื่อเด็ก ที่อยู่ วันเดือนปีเกิด วันที่ได้รับวัคซีนชนิดต่างๆ ครั้งที่ได้รับวัคซีนตามกำหนดการให้วัคซีน แล้วบันทึก “วันที่เด็กได้รับวัคซีนใช้สมองอักเสบเจ็ช” “ชนิดของวัคซีนเจ็ช (เชื้อตายหรือเชื้อเป็น)” “ครั้งที่ได้รับวัคซีนเจ็ช” โดยไม่คำนึงว่าเด็กจะได้รับวัคซีนนี้จากสถานบริการใด

สำหรับเด็กที่เคยได้วัคซีนเจ็ชเชื้อตายมาบ้างแล้ว เมื่อวัคซีนเจ็ชเชื้อตายหมด ขอให้เจ้าหน้าที่ได้ให้วัคซีน LAJE ต่อเนื่อง เช่นเดียวกับที่กล่าวแล้วใน “กลุ่มเป้าหมาย หัวข้อ 1.2 หน้า 2” โดยบันทึกในทะเบียนติดตามที่จัดทำขึ้นเอง (manual) ดังนี้

ตารางที่ 3 การบันทึกการได้รับวัคซีนเจ็ชในทะเบียนติดตามเมื่อเด็กได้รับวัคซีนเจ็ชเชื้อตายแล้วมาต่อด้วยวัคซีน LAJE

| ประวัติการได้รับวัคซีนเชื้อตายในอดีต | การรับวัคซีน LAJE ครั้งถัดไป | การบันทึกในทะเบียนติดตาม | | |
|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | เจ็ช 1 | เจ็ช 2 | เจ็ช 3 |
| เคยได้รับ 1 ครั้ง | 2 ครั้ง | วันที่ได้รับ (เชื้อตาย) | วันที่ได้รับ (เชื้อเป็น) | วันที่ได้รับ (เชื้อเป็น) |
| เคยได้รับ 2 ครั้ง | 1 ครั้ง | วันที่ได้รับ (เชื้อตาย) | วันที่ได้รับ (เชื้อตาย) | วันที่ได้รับ (เชื้อเป็น) |
| เคยได้รับ 3 ครั้ง | ไม่ต้องให้ | วันที่ได้รับ (เชื้อตาย) | วันที่ได้รับ (เชื้อตาย) | วันที่ได้รับ (เชื้อตาย) |

สำหรับสถานบริการที่ใช้ โปรแกรม JHCIS และ HOSxP ในการบันทึกข้อมูลงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปัจจุบันทั้งสองโปรแกรมหดงกล่าว ได้เพิ่มช่องวัคซีน LAJE ในรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของเด็กในพื้นที่รับผิดชอบแล้ว (ภาคผนวก 5) ขอให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ print out รายงานดังกล่าวเพื่อเป็นหลักฐานในการให้บริการ และใช้ประโยชน์จากรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ ในการติดตามเด็กที่ไม่มารับวัคซีนตามกำหนดนัด

1.2) สถานบริการจัดทำรายงานความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเจอี ในเด็กอายุครบ 2 ปี และ ครบ 3 ปี เป็นรายหมู่บ้าน ตัวอย่างตามแบบฟอร์ม EPI 1 (ภาคผนวก 6) โดยพิจารณาเด็กที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ดังได้กล่าวใน “ข้อตกลงเบื้องต้น” หน้า 8-9 เพื่อประเมินสถานการณ์การป้องกันโรคในพื้นที่

วิธีการคำนวณความครอบคลุมการได้รับวัคซีน

1. ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเจอีในเด็กอายุครบ 2 ปี คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$\text{ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเจอี ในเด็กอายุครบ 2 ปี} = \frac{\text{จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีนเจอีครบตามเกณฑ์}}{\text{จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ}} \times 100$$

จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง จำนวนเด็กในบัญชีที่มีอายุครบ 2 ปี ทั้งหมดในเดือนที่รายงาน (เกิดในช่วงเดือนที่รายงานเมื่อ 2 ปีที่แล้ว)

จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีนเจอีครบตามเกณฑ์ หมายถึง จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ในเดือนที่รายงาน เฉพาะเด็กที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการ ที่ได้รับวัคซีนเจอีตามเกณฑ์กำหนดดังได้กล่าวแล้วใน “ข้อตกลงเบื้องต้น ตารางที่ 1 หน้า 8” โดยไม่คำนึงว่าจะได้รับวัคซีนนี้จากสถานบริการใด (ทั้งจากภาครัฐและเอกชน)

2. ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเจอีในเด็กอายุครบ 3 ปี คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$\text{ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเจอี ในเด็กที่อายุครบ 3 ปี} = \frac{\text{จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีนเจอีครบตามเกณฑ์}}{\text{จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปี ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ}} \times 100$$

จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปี ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง จำนวนเด็กในบัญชีที่มีอายุครบ 3 ปี ทั้งหมดในเดือนที่รายงาน (เกิดในช่วงเดือนที่รายงานเมื่อ 3 ปีที่แล้ว)

จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีนเจอีครบตามเกณฑ์ หมายถึง จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปี ในเดือนที่รายงาน เฉพาะเด็กที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการที่ได้รับวัคซีนเจอีครบตามเกณฑ์ที่กล่าวใน “ข้อตกลงเบื้องต้น ตารางที่ 2 หน้า 9” โดยไม่คำนึงว่าจะได้รับวัคซีนนี้จากสถานบริการใด (ทั้งจากภาครัฐและเอกชน)

2) ระดับอำเภอ

รวบรวมข้อมูลความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเจอีในเด็กอายุครบ 2 ปี และ 3 ปี จากสถานบริการต่าง ๆ ที่มีพื้นที่รับผิดชอบเป็นรายเดือน โดยจำแนกความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน

แนวทางการดำเนินงานให้วัคซีนโรคใช้สมองอักเสบเฉียบพลันเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ สายพันธุ์ SA 14-14-2
ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2, 5 และ 6

ดังกล่าวเป็นรายตำบล/เทศบาล ตัวอย่างตามแบบฟอร์ม EPI 2 (ภาคผนวก 7) เพื่อประเมินสถานการณ์การป้องกันโรค ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือพื้นที่ที่ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนต่ำ

3) ระดับจังหวัด

รวบรวมข้อมูลความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเจอีในเด็กอายุครบ 2 ปี และ 3 ปี โดยจำแนกความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนดังกล่าวเป็นรายงวดทุก 3 เดือน รายตำบล/เทศบาล ตัวอย่างตามแบบฟอร์ม EPI 2 (ภาคผนวก 7) เพื่อประเมินสถานการณ์การป้องกันโรคในจังหวัด และให้การสนับสนุนช่วยเหลือพื้นที่ที่ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนต่ำ

4) ระดับเขตและส่วนกลาง

วิเคราะห์และสรุปความครอบคลุมการได้รับวัคซีนจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมทั้งสุ่มประเมินความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของเด็กกลุ่มเป้าหมายเป็นระยะ ๆ เพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมกำกับ และประเมินผลโครงการอย่างต่อเนื่อง

5. การเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับวัคซีนใช้สมองอักเสบเฉียบพลันเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ สายพันธุ์ SA 14-14-

2

ดำเนินการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับวัคซีนเจอีเชื้อเป็น โดยผนวกเข้ากับระบบการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของสำนักกระบาดวิทยา กล่าวคือ ในกรณีที่เด็กมีอาการป่วยที่ต้องรายงานตามคำจำกัดความของสำนักกระบาดวิทยา ขอให้เจ้าหน้าที่บันทึกอาการลงในบัตรรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ภาคผนวก 8) แล้วส่งบัตรรายงานดังกล่าวตามระบบการเฝ้าระวัง หากเด็กมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ขอให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือในเบื้องต้นแล้วอำนวยความสะดวกในการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล พร้อมทั้งรายงานผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามลำดับภายใน 24 ชั่วโมง

ภาคผนวก

แนวทางการดำเนินงานให้วัคซีนโรคใช้สมองอักเสบเฉียบพลันเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ สายพันธุ์ SA 14-14-2
ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2, 5 และ 6

ภาคผนวก 1



แบบฟอร์ม ว.3/1

ที่

หน่วยบริการ

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอบริการวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

หน่วยบริการ ขอเบิกวัคซีนต่างๆ ดังนี้

| กลุ่มเป้าหมาย | วัคซีน | ข้อมูลการเบิกวัคซีนเดือน | | | | ผลการให้วัคซีนเดือน ที่ผ่านมา | | |
|----------------------------|------------|--------------------------------|------------------------|----------------|-----------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| | | เป้าหมาย (คน) | จำนวนวัคซีน (ขวด/หลอด) | | | จำนวนผู้รับ บริการ (คน) | จำนวนวัคซีน ที่เปิดใช้ (ขวด/หลอด) | อัตราสูญเสีย ร้อยละ |
| | | | ที่ต้องการใช้ | ยอดคงเหลือยกมา | ที่ขอเบิก | | | |
| เด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี | 1. BCG | | - | | - | | | |
| | 2. HB | | - | | - | | | |
| | 3. DTP-HB | | - | | - | | | |
| | 4. OPV | | - | | - | | | |
| | 5. MMR | | - | | - | | | |
| | 6. DTP | | - | | - | | | |
| | 7. JE | | - | | - | | | |
| | 8. LAJE | | - | | - | | | |
| หญิงตั้งครรภ์ | 9. dT | | - | | - | | | |
| นักเรียน ป.1 | 10. MMR/MR | | - | | - | | | |
| | 11. BCG | | - | | - | | | |
| | 12. OPV | | - | | - | | | |
| | 13. dT | | - | | - | | | |
| นักเรียน ป.6 | 14. dT | | - | | - | | | |

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง

**แนวทางการดำเนินงานให้วัคซีนโรคใช้สมองอักเสบเฉียบพลันเป็นอัมพาต สายพันธุ์ SA 14-14-2
ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2, 5 และ 6**

ภาคผนวก 2

แบบปรับเปลี่ยนปริมาณการใช้วัคซีน

แบบฟอร์ม FM3-1

ของโรงพยาบาล.....จังหวัด.....

| รายการยา | อัตราการใช้อย่างหลัง 3 เดือน (Vials) | | | ROP (Dose) หน่วยบริการแจ้ง | | ROP (Dose) กรม คร.อนุมัติ | |
|---------------------------------|-----------------------------------------|---|---|-------------------------------|------|------------------------------|------|
| | 1 | 2 | 3 | เดิม | ใหม่ | เดิม | ใหม่ |
| 1. JE, Live VACCINE 1 does/vial | | | | | | | |
| (EPI) Dose(.....) | | | | | | | |

หมายเหตุ : 1. ใช้เวลาเปลี่ยนข้อมูลในระบบประมาณ 1-2 สัปดาห์

2. ตัวเลขอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมจากการพิจารณาของกรมควบคุมโรค(กรม คร.)

3. ระหว่างการปรับเปลี่ยนตัวเลขหากต้องการใช้วัคซีนด่วน โปรดโทรแจ้งองค์การเภสัชกรรม

ชื่อผู้แก้ไขข้อมูล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....e-mail :

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ ญญ.ปิยะนาถ เชื้อนาค

โทรศัพท์: 0-2590-3222 , 0-2590 3365 โทรสาร : 0-2591-7716

Mobile : 084-761-7449

e-mail : pharmagcd@gmail.com

หรือ ภกสมศักดิ์ พึ่งเสริมรู้ดี

โทรศัพท์: 0-2590-3364-5 โทรสาร : 0-2591-7716

Mobile : 081-898-1776

e-mail : somsakzp@yahoo.com , somsakzp@gmail.com

แนวทางการดำเนินงานให้วัคซีนโรคใช้สมองอักเสบเฉียบพลันเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ สายพันธุ์ SA 14-14-2
ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2, 5 และ 6

ภาคผนวก 3

ตัวอย่าง แบบรายงานการให้บริการวัคซีนในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

โปรแกรม HosxP



ทะเบียนผู้รับบริการอนามัยเด็ก และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

หน่วยงาน รพ.เขตสุขภาพพหุชนพื้นถิ่น จ. พิจิตร อ. เมือง จ. พิจิตร

วันที่คัดลอกทะเบียนระหว่างวันที่ 21 มกร 2557 ถึง 31 มกราคม 2557

หมายเหตุ : รหัสวัคซีนต้องไว้รหัสมาตรฐานของโปรแกรม

วันที่พิมพ์ 23/1/2557 เวลาพิมพ์ 13:27

| ลำดับ | วันที่ รับบริการ | ชื่อ - สกุล | เลขที่บัตร | รพ. หลัก | ที่อยู่ | น.พ. หลัง คลอด ปี 2499/การศ. | คู่สม คู่สม (ปี/ค/ว) | จก | BCG | HBV | | | DTP | | | | | OPV | | | | | M (ตัว) | MMR | | JE เชื้อโรค | | | DTPHB | | | รายการยาเวชภัณฑ์ | | |
|-------|---------------------|-------------|------------|----------|-------------------|------------------------------------|-------------------------|---------|-----|-----|---|---|-----|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|------------|-----|---|----------------|---|---|-------|---|---|------------------|---|--|
| | | | | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | | 3 | |
| 1 | 21/8/2556 | | | | 26/17 | 3710 | - | 3/11/15 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 2 | 29/10/2556 | | | | 218 ด.เบญจพร | | - | 4/3/23 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 3 | 21/1/2557 | | | | 172/15 ด.ศุภกานต์ | | - | 3/3/2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 4 | 21/1/2557 | | | | 7/47 ด.ศุภกานต์ | | - | 0/9/8 | Y | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| 5 | 22/1/2557 | | | | 15/5 ด.ศุภกานต์ | | - | 4/7/20 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |

* เกณฑ์การพิจารณาความครบถ้วนของการได้รับวัคซีนเจอีในเด็กอายุครบ 2 ปี และ 3 ปี
โปรดดูในแนวทางการให้วัคซีนโรคไข้สมองอักเสบเจอี ชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ สายพันธุ์ SA 14-14-2 หน้า 8-9

แนวทางการดำเนินงานให้วัคซีนโรคใช้สมองอักเสบเจ็ชชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ สายพันธุ์ SA 14-14-2
ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2, 5 และ 6

ภาคผนวก 7

EPI 2

รายงานความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนใช้สมองอักเสบเจ็ชชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ ในเด็กอายุครบ 2 ปีและ ครบ 3 ปี สำหรับ สสอ./สสจ.

อำเภอ/เทศบาล.....จังหวัด.....เดือน.....วันที่รายงาน.....

| ลำดับที่ | ตำบล/เทศบาล | เดือน งวด | การได้รับวัคซีนเจ็ช ในเด็กอายุครบ 2 ปี* | | | การได้รับวัคซีนเจ็ช ในเด็กอายุครบ 3 ปี* | | |
|---------------------|-------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|--------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|--------|
| | | | จำนวนเด็กอายุ ครบ 2 ปี ที่มีอยู่จริง | จำนวนเด็กที่ได้รับ วัคซีนเจ็ชครบตามเกณฑ์ | ร้อยละ | จำนวนเด็กอายุ ครบ 3 ปี ที่มีอยู่จริง | จำนวนเด็กที่ได้รับ วัคซีนเจ็ชครบตามเกณฑ์ | ร้อยละ |
| 1 | ตำบล ก. (รพ.สต. A+ รพ.สต. B+ รพ.สต. C) | ด.ก. | - | - | | - | - | |
| | | พ.ย. | - | - | | - | - | |
| | | ธ.ก. | - | - | | - | - | |
| | | รวมงวด 1 | - | - | | - | - | |
| | | ม.ก. | - | - | | - | - | |
| | | ก.พ. | - | - | | - | - | |
| | | มี.ก. | - | - | | - | - | |
| | | รวมงวด 2 | - | - | | - | - | |
| | | เม.ย. | - | - | | - | - | |
| | | พ.ค. | - | - | | - | - | |
| | | มิ.ย. | - | - | | - | - | |
| | | รวมงวด 3 | - | - | | - | - | |
| | | ก.ค. | - | - | | - | - | |
| | | ส.ค. | - | - | | - | - | |
| | | ก.ย. | - | - | | - | - | |
| | | รวมงวด 4 | - | - | | - | - | |
| | | รวมตลอดปี | - | - | | - | - | |
| 2 | เทศบาล ข. | | | | | | | |
| 3 | ตำบล ค. | | | | | | | |
| รวมทั้งอำเภอ | | | - | - | | - | - | |

* เกณฑ์การพิจารณาความครบถ้วนของการได้รับวัคซีนเจ็ชในเด็กอายุครบ 2 ปี และ 3 ปี

โปรดดูในแนวทางการให้วัคซีนโรคใช้สมองอักเสบเจ็ช ชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ สายพันธุ์ SA 14-14-2 หน้า 8-9

ภาคผนวก 8

แนวทางการดำเนินงานให้วัคซีนโรคใช้สมองอักเสบเฉียบพลันเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ สายพันธุ์ SA 14-14-2
ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2, 5 และ 6

บัตรรายงาน APR-AEFI

| แบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI 1) | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| 1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย | | | | | | | | | |
| เลขที่ผู้ป่วย HN AN | อายุผู้ป่วย | เพศ | ประเภทผู้ป่วย | เคยมีประวัติการแพ้วัคซีน/ ยา | | | | | |
| ชื่อ/นามสกุล | ปี..... เดือน..... วัน..... | ชาย หญิง | ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก | ไม่มี มี (ระบุ)..... | | | | | |
| ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย | หมู่ที่ | ว/ด/ป เกิด | | เคยมีประวัติการแพ้ยา | | | | | |
| ตำบล | อำเภอ | เชื้อชาติ ไทย อื่นๆ (ระบุ)..... | | ไม่มี มี (ระบุ)..... | | | | | |
| จังหวัด | โรคประจำตัว | | | อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว | | | | | |
| | ไม่มี มี (ระบุ)..... | | | ไม่มี มี (ระบุ)..... | | | | | |
| การเจ็บป่วยในอดีต | | | | | | | | | |
| ไม่มี มี (ระบุ)..... | | | | | | | | | |
| ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี): | | | | | | | | | |
| 2. ข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน | | | | | | | | | |
| ชื่อวัคซีน | ขนาดและวิธีให้ | | | เริ่มที่ | ว/ด/ป และ เวลา | ชื่อผู้ผลิต/ ผู้จำหน่าย/ เลขที่ผลิต/ | สถานที่รับวัคซีน | | |
| | ปริมาณ | วิธีให้ | ตำแหน่งที่ฉีด | ครั้งที่ | ที่ได้รับวัคซีน | วันหมดอายุ | | | |
| | | | | | | | | | |
| 3. ข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์/การวินิจฉัย | | | | | | | | | |
| ว/ด/ป และเวลาที่เริ่มเกิดอาการ: | | | | | ว/ด/ป ที่รับรักษา: | | วันที่จำหน่าย: | | |
| อาการและการตรวจพบ (ระบุ signs and symptoms และรายละเอียดอื่นๆ ของผู้ป่วย) | | | | | | | การตรวจทางห้องปฏิบัติการ | | |
| | | | | | | | | | |
| กรณีผู้ป่วย AEFI ที่ต้องรายงาน | | | | | | | ระบุความร้ายแรงของอาการ (Seriousness) | | |
| 1. การเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน | | | | | | | ไม่ร้ายแรง (Non-serious) | | |
| 2. กลุ่มอาการทางระบบประสาททุกชนิด (Neurological syndrome) | | | | | | | ร้ายแรง (Serious) | | |
| 3. อาการแพ้รุนแรง เช่น anaphylaxis หรืออาการแพ้รุนแรงอื่นๆ | | | | | | | 1. เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป) | | |
| 4. อาการติดเชื้อในกระแสโลหิต | | | | | | | 2. รุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต | | |
| 5. อาการใช้สุมปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน | | | | | | | 3. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล | | |
| 6. รับไว้รักษาในโรงพยาบาล | | | | | | | 4. พิการ | | |
| 7. อาการอื่นๆ ที่สงสัยว่าอาจเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค | | | | | | | | | |
| การวินิจฉัยของแพทย์ | | | | | | | | | |
| สภาพผู้ป่วย: หายตายยังรักษาอยู่มีภาวะแทรกซ้อน หรือ พิการ | | | | | | | | | |
| 4. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รายงาน | | | | | 5. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาลหรือแหล่งที่รายงาน | | | | |
| แผนกที่พบผู้ป่วย | | | | | ว/ด/ป ที่บันทึกรายงาน | | | | |
| ผู้วินิจฉัยเป็น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล อื่นๆ (ระบุ)..... | | | | | ชื่อสถานพยาบาล/แหล่งที่รายงาน | | | | |
| ชื่อผู้บันทึกรายงาน | | | | | จังหวัด..... | | | | |
| เป็น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล อื่นๆ (ระบุ)..... | | | | | | | | | |
| 6. ข้อมูลเกี่ยวกับวันรายงาน | | | | | | | | | |
| วันที่รับรายงานของ สสอ. | | วันที่รับรายงานของ สจ. | | วันที่รับรายงานของสำนักงานสาธารณสุข | | | | | |
|(□□□□□□) | |(□□□□□□) | |(□□□□□□) | | | | | |

แจ้งให้สำนักงานควบคุมโรคภายใน 24 ชั่วโมง นับจากพบผู้ป่วย ที่หมายเลขโทรศัพท์ 02-5901779, 02-5901876, 02-5901795 และส่งแบบ AEFI 1 ที่หมายเลข โทรสาร 02-5901784 และ outbreak@health.moph.go.th ภายใน 48 ชั่วโมง นับจากพบผู้ป่วย