

แบบบันทึกการแจ้งเบื้องต้นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (EVD-1 form)

ข้อมูลทั่วไป

1.ชื่อ..... นามสกุล..... 2. เพศ [] ชาย [] หญิง 3. อายุ.....ปี 4.สัญชาติ.....

ประวัติเสี่ยงในช่วง 21 วันก่อนเริ่มป่วย

- [] 5. เดินทางมาจากพื้นที่เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ระบุประเทศ/พื้นที่.....
 เทียบบิน..... วัน-เวลาที่ออกจากประเทศที่เกิดโรค..... สนามบินขาออก.....
 วัน-เวลาที่ถึงประเทศไทย..... สนามบินขาเข้า.....
- [] 6. สัมผัสผู้ป่วยรายอื่น / ผู้เสียชีวิต รายละเอียดการสัมผัส.....
- [] 7. สัมผัสกับสัตว์จำพวกลิง หนู ค้างคาว สัตว์ป่าเท้ากิบ ที่มาจากแอฟริกา รายละเอียดการสัมผัส.....

การเจ็บป่วยการรับรักษา

8. วันเริ่มป่วย..... 9. วันที่พบผู้ป่วย..... 10. สถานที่รับรักษา.....
11. อาการและอาการแสดง
 [] ไข้..... องศาเซลเซียส [] ปวดกล้ามเนื้อ [] อ่อนเพลียมาก [] ปวดศีรษะมาก [] ผื่น
 [] ถ่ายเหลว [] ถ่ายสีคล้ำ สีออกดำ [] อาเจียน [] จุดหรือจ้ำเลือดตามร่างกาย [] เลือดออกผิดปกติ.....
 [] ใส่ท่อช่วยหายใจ
12. การวินิจฉัยของแพทย์.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

13. CBC: Hct.....% WBC.....cells/mm³ (Neu.....%, L.....%) Plt...../mm³

14. Lab for Ebola virus

ส่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

- Blood.....มล. วันที่เก็บ..... วันที่ส่ง..... วิธีการตรวจ.....
 - ตัวอย่างอื่นๆ..... วันที่เก็บ..... วันที่ส่ง..... วิธีการตรวจ.....

ส่งห้องปฏิบัติการอื่นๆ ระบุ.....

- Blood.....มล. วันที่เก็บ..... วันที่ส่ง..... วิธีการตรวจ.....
 - ตัวอย่างอื่นๆ..... วันที่เก็บ..... วันที่ส่ง..... วิธีการตรวจ.....

ผู้สัมผัสผู้ป่วย

15. ผู้สัมผัสร่วมบ้าน / ผู้ร่วมเดินทาง

ชื่อ-นามสกุล	เบอร์โทร	การสัมผัส	ชื่อ-นามสกุล	เบอร์โทร	การสัมผัส
1.			4.		
2.			5.		
3.			6.		

16. บุคลากรทางการแพทย์

ชื่อ-นามสกุล	PPE ป้องกันสารคัดหลั่งและปิดผิวหนังเย็บูทั้งหมดของร่างกาย (ระบุหากไม่เหมาะสม)	ประเภทบุคลากร	การสัมผัส	หมายเหตุ
1.	[] เหมาะสม [] ไม่เหมาะสม.....			
2.	[] เหมาะสม [] ไม่เหมาะสม.....			
3.	[] เหมาะสม [] ไม่เหมาะสม.....			
4.	[] เหมาะสม [] ไม่เหมาะสม.....			

ชื่อแพทย์ผู้รักษา..... โรงพยาบาล..... โทร.....

ผู้รายงาน..... หน่วยงาน..... โทร.....

สามารถสำเนาแบบ EVD-1 เพื่อใช้เป็นแบบส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการได้

แบบสอบถามผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัส Ebola (EVD-2 form)

วันที่...../...../.....

1. รายละเอียดผู้ป่วย

ชื่อ.....เลขที่ผู้ป่วย.....

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

ที่อยู่.....

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

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

โรงพยาบาล.....ที่อยู่.....

วันรับรักษา.....วันจำหน่าย.....

ทราบว่ามีผู้ป่วยรายนี้จากแหล่งใด

ชาวสื่อ การเสียชีวิต ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน

2. อาการทางคลินิก

ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก

มีชีวิต เสียชีวิต วันที่เสียชีวิต.....

มีไข้สูงอุณหภูมิแรกรับ°C อุณหภูมิสูงสุด.....°C ไม่มีไข้..... ไม่ทราบ

วันที่ทำ post-mortem skin biopsy.....

นิยามผู้ป่วย: ผู้ป่วยสงสัย ผู้ป่วยเข้าข่าย ไม่เป็นผู้ป่วย

มีผู้ป่วยรายอื่นที่อาศัยอยู่ในละแวกใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่

มี ไม่มี

พบผู้ป่วยรายใหม่ชื่อ.....นามสกุล.....วันเริ่มป่วย.....อาการของ
ผู้ป่วย.....

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 (สัตว์กึ่งคู่อยู่ในวงศ์วัวและควาย) หนู และค้างคาว)

[] ใช่..... [] ไม่ใช่..... [] ไม่ทราบ.....

ชนิดสัตว์ที่สัมผัส.....

วันที่สัมผัส.....

ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส.....

สถานที่ที่สัมผัส (เช่น ตอนเดินทางไปแอฟริกา หรือขณะอยู่ในประเทศ

ไทย).....

ชื่อแพทย์ผู้รักษา/ ชื่อโรงพยาบาล.....

วันที่.....

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

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

วันที่.....ผล.....

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

วันที่.....ผล.....

5. ข้อคิดเห็น

กรณีข้อ 1 หรือ 2 ตอบใช่ และใส่ PPE = เสียงต่ำ/สัมผัสผู้ป่วยใกล้ชิด
กรณีข้อ 1 หรือ 2 ตอบใช่ และไม่ได้ใส่ PPE อย่างเหมาะสม หรือข้อ 3-4-5 ตอบใช่ = เสียงสูง

ส่วนที่ 4 ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

[] สามเณร/ ภรรยา/ คู่นอน [] คู่รัก [] บุตร
[] ลูกพี่ลูกน้อง [] 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. ท่านได้สัมผัสเสื้อผ้าผู้ป่วยที่เปื้อนสารคัดหลั่งหรือไม่ [] 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 = เสียงต่ำ/ สัมผัสผู้ป่วยใกล้ชิด

กรณีข้อ 2, 4, 5 หรือ 7 ตอบใช่ และข้อ 8 ตอบไม่ = เสียงต่ำ/ สัมผัสผู้ป่วยใกล้ชิด

กรณีข้อ 3 หรือ 6 ตอบใช่ และข้อ 8, 9 ใช่ ข้อ 10 ตอบไม่ใช่ = เสียงสูง/ ผู้สัมผัสผู้ป่วยใกล้ชิดที่เสียงสูง

ส่วนที่ 5 ผู้สัมผัสมีประวัติเดินทางร่วมกับผู้ป่วย

ประเภทผู้โดยสาร

[] ผู้ร่วมโดยสาร [] นักบิน/ ผู้ขับ [] แอร์โฮสเตส/ ไกด์ [] อื่น ๆ ระบุ

กรณีโดยสารเครื่องบิน สายการบิน เที่ยวบิน

ตำแหน่งที่นั่ง แถวที่ เลขที่ที่นั่ง

กรณีจำแถว และเลขที่นั่งไม่ได้ท่านนั่งที่ไหน

[] ด้านหน้าของเครื่องบิน [] ด้านหลังของเครื่องบิน [] ด้านข้างของทางออกฉุกเฉิน

[] ทางเดินตรงกลาง [] นั่งติดหน้าต่าง [] นั่งใกล้ห้องน้ำ

[] ชั้นประหยัด [] ชั้นธุรกิจ/ พรีเมียม/ ชั้นหนึ่ง [] บริเวณปีกเครื่องบิน

1. ท่านมีการสัมผัสผิวหนังหรือเยื่อเมือกที่มีโอกาสสัมผัสสูงโดยที่ไม่ได้ป้องกันหรือไม่เช่น จูบหรือมีเพศสัมพันธ์

[] ใช่ [] ไม่ใช่ [] ไม่ทราบ

2. ท่านสัมผัสสารเหลว รวมเที๋งือด้วยไหม? หรือสารคั้ดหลั้งจากผู้ป่วยหรือไไม้

[] ใช่ [] ไม่ใช่ [] ไม่ทราบ

อธิบายรายละเอียดที่่ท่านสัมผัสผู้ป่วย

.....
.....

ระยะเวลาที่สัมผัสผู้ป่วย.....
วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรก..... วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้าย.....

การประเมิน

กรณีที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง หรือสารเหลวจากผู้ป่วยแต่โดยสารหรือใช้ห้องน้ำด้วยกัน = ไม่เสีียง/ ผู้สัมผัสผู้ป่วยโดยบังเอิญ กรณีข้อ 1 หรือ 2 ตอบใช่ = เสีียงสูง

ส่วนที่ 6 ผู้สัมผัสอื่น ๆ

1. ท่านสัมผัสผู้ป่วยโดยไม่ได้ป้องกันผิวหนั้งหรือเยื่อเมือกหรือไไม้เช่น จูบหรือมีเพศสัมพันธ์

[] ใช่ [] ไม่ใช่ [] ไม่ทราบ

2. ท่านสัมผัสสารเหลวเช่นปัสสาวะ อุจจาระ หรือเลือดจากผู้ป่วยหรือไไม้

[] ใช่ [] ไม่ใช่ [] ไม่ทราบ

อธิบายรายละเอียดที่่ท่านสัมผัสผู้ป่วย

.....
.....

ระยะเวลาที่สัมผัสผู้ป่วย.....
วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรก..... วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้าย.....

การประเมิน

กรณีที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง หรือสารเหลวจากผู้ป่วยแต่โดยสารหรือใช้ห้องน้ำด้วยกัน = ไม่เสีียง/ ผู้สัมผัสผู้ป่วยโดยบังเอิญ

กรณีข้อ 1 หรือ 2 ตอบใช่ = เสีียงสูง

ส่วนที่ 7 Check list

การดำเนินการ:	ไม่เสีียง/ผู้สัมผัสผู้ป่วยโดยบังเอิญ	เสีียงต่ำ/ ผู้สัมผัสใกล้ชิด	เสีียงสูง
1. จัดเตรียมเอกสารให้ความรู้	[] ใช่	[] ใช่	[] ใช่
2. เฝ้ารอวั้งโรค	[] ไไม้จำเป็น	[] ดูแลตัวเอง	[] ดำเนินการเฝ้ารอวั้งโรค
3. การให้ยาป้องกันล่่วงหน้า	[] ไไม้จำเป็น	[] ไไม้ได้แนะนำ	[] ให้พิจารณา

การคำนวณระยะเวลาในการเฝ้ารอวั้ง

วันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรก..... วันที่ของวันนี้

ระยะห่างระหว่างวันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรกเทียบกับวันนี้

ระยะเวลาที่ต้องเฝ้ารอวั้งต่อ: 21 - ระยะห่างระหว่างวันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งแรกเทียบกับวันนี้ =

กรณีที่มีอาการป่วย ผู้ป่วยรายนี้ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับผู้สัมผัสให้เข้ารับการรักษารึไไม้ [] ใช่ [] ไไม้ใช่

คำจำกัดความของผู้สัมผัสโดยตรง หมายถึงผู้ที่สัมผัสผิวหรือเยื่อเมือกที่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย
ข้อเสนอแนะ/ข้อสังเกต

.....

.....

ชื่อผู้เก็บข้อมูล..... วันที่

เอกสารคำแนะนำสำหรับการแยกผู้สัมผัสโรคเพื่อสังเกตอาการ กรณีที่เป็นผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูง

เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่ถือว่ามีความเสี่ยงสูงหรือใกล้ชิดอย่างมากกับผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการสอบสวนว่า อาจเกิดจากการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เพื่อประโยชน์ในการติดตามอาการของผู้สัมผัสเพื่อการรักษาที่รวดเร็วและเพื่อ ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรค โดยอาศัยบทบัญญัติของกฎหมายไทย มาตรการต่อไปนี้จะถูกดำเนินการ อย่างเคร่งครัด

- ท่านต้องพำนักอยู่ในสถานที่ที่ได้รับการจัดให้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป เพื่อการติดตามสถานะทางสุขภาพ ของท่านอย่างใกล้ชิด
 - ในกรณีที่ทราบว่าการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของผู้ป่วยที่ท่านได้สัมผัสมีผลเป็นลบ ท่านจะสามารถออกจากสถานที่พำนักได้ทันที ซึ่งโดยทั่วไปจะใช้เวลาประมาณ 2 วันนับจากเวลา ที่ท่านเข้าพำนัก
 - ในกรณีที่ผลการตรวจยืนยันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของผู้ป่วยที่ท่านได้สัมผัสมีผลเป็นบวก ท่าน จะต้องพำนักอยู่ในสถานที่แห่งนี้เป็นเวลาอย่างน้อย 21 วัน นับจากวันที่สัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้าย
- ระหว่างที่ท่านพำนักอยู่ในสถานที่แห่งนี้ ท่านจะได้รับการประเมินสถานะทางสุขภาพโดยบุคลากรทาง การแพทย์เป็นระยะ
- ในกรณีท่านมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ใช้ อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ถ่ายเหลว หรือ อาเจียน ให้ท่านรีบแจ้งให้กับบุคลากรผู้ดูแลทราบทันที
- ท่านยังคงสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลภายนอกได้ตามปกติทั้งทางโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต

เอกสารคำแนะนำสำหรับการจำกัดการเดินทางกรณีที่เป็นผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงต่ำ

เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีประวัติสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการสอบสวนว่าอาจเกิดจากการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เพื่อประโยชน์ในการติดตามอาการของผู้สัมผัสเพื่อการรักษาที่รวดเร็วและเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรค โดยอาศัยบทบัญญัติของกฎหมายไทย มาตรการต่อไปนี้จะถูกดำเนินการ

- ขอให้ท่านพำนักอยู่ในสถานที่ใดที่หนึ่งเป็นเวลาอย่างน้อย 2 วันนับจากบัดนี้เป็นต้นไป โดยแจ้งชื่อสถานที่ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์สำหรับติดต่อกับท่านให้กับบุคลากรของเราทราบ เพื่อการติดตามสถานะทางสุขภาพของท่านอย่างใกล้ชิด
- ระหว่างที่ท่านพำนักอยู่ในสถานที่แห่งดังกล่าว ท่านจะได้รับการติดต่อเพื่อประเมินสถานะทางสุขภาพโดยบุคลากรทางการแพทย์เป็นระยะ โดยอาจเป็นการไปเยี่ยมติดตามยังสถานที่พำนักหรือการโทรศัพท์สอบถามอาการ
- ระหว่างที่ท่านพำนักอยู่ในสถานที่แห่งดังกล่าว ขอให้ท่านงดการเดินทางไปยังสถานที่ที่มีผู้คนพลุกพล่าน และงดกิจกรรมอันมีลักษณะที่อาจทำให้ผู้อื่นมาสัมผัสกับสารคัดหลั่งจากตัวท่าน ได้แก่ การจูบ การมีเพศสัมพันธ์ ฯลฯ และไม่อนุญาตให้ผู้อื่นมาสัมผัสกับบาดแผล เลือด อาเจียน หรืออุจจาระของท่านโดยเด็ดขาด
- ในกรณีท่านมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ใช้ อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ถ่ายเหลว หรือ อาเจียน ขอให้ท่าน
 - รีบโทรศัพท์แจ้งมายังหมายเลข.....ทันที โดยจะมีบุคลากรเป็นผู้ประสานงานเพื่อรับตัวท่านไปตรวจรักษาต่อที่โรงพยาบาล
 - ในกรณีฉุกเฉินที่มีความจำเป็นต้องเดินทางไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้เคียงโดยเร่งด่วน ให้แจ้งกับบุคลากรของทางโรงพยาบาลทราบทันทีว่าท่านเป็นผู้สัมผัสของผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดเชื้อไวรัสอีโบล่าตั้งแต่เริ่มต้นการติดต่อกับทางโรงพยาบาล โดยอาจเป็นการติดต่อทางโทรศัพท์ครั้งแรก หรือเมื่อแรกพบบุคลากรที่มารับผู้ป่วย