Rabies 1 : **สำหรับ รพ.สต./รพ./สสอ./ทีมค้นหาติดตาม**

แบบฟอร์มการค้นหาติดตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าเพื่อเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันหลังสัมผัสโรค (Post-Exposure prophylaxis)

หน่วยงานที่ทำติดตาม (รพ. / รพ.สต. / ทีมSRRT) .....

ชนิดสัตว์ที่พบผลบวก O สุนัข O แมว O โค O อื่นๆ ระบุ .....

วันที่พบผลบวก ..../...../25..... **ที่อยู่ของสัตว์ที่พบผลบวก :** บ้าน..... หมู่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่พบผู้ป่วยสงสัย/เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า (ถ้ามี) ..../...../25..... **ที่อยู่ขณะป่วย/เสียชีวิต :** หมู่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ที่อยู่ขณะถูกกัด-ข่วน : หมู่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

No	ชื่อ-นามสกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ที่อยู่/โทรศัพท์	วันที่สัมผัสโรค (ว/ด/ป)	การฉีด RIG		วันที่รับวัคซีน (ว/ด/ป)									ฉีดกระตุ้น			หมายเหตุ สาเหตุกรณีรับไม่ครบ/ล่าช้า
						ฉีด	ไม่ฉีด	ฉีด IM เข็มที่					ฉีด ID เข็มที่				1 เข็ม	2 เข็ม		
								1	2	3	4	5	1	2	3	4	D0	D0	D3	

สรุปเหตุการณ์ 1. พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ..... ราย อายุ ..... ปี เพศ .....

2. จำนวนผู้สัมผัสโรคทั้งสิ้น ..... ราย รับวัคซีนครบชุด ..... ราย ไม่ครบชุด ..... ราย

สูตรคำนวณ **ร้อยละของผู้สัมผัสโรคที่ได้รับการฉีดวัคซีนถูกต้อง = จำนวนผู้สัมผัสโรคที่รับวัคซีนครบชุด X 100 = ร้อยละ .....**

จำนวนผู้สัมผัสโรคทั้งหมดต่อหนึ่งเหตุการณ์

หมายเหตุ: กรุณาส่งข้อมูลตามแบบฟอร์มนี้ให้ สสจ. **ทุกวันที่ 20 ของเดือน**

หากสงสัยสอบถาม กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค โทร: 0 2590 3177-8 โทรสาร: 0 2965 9484 E-mail: zoo_cdc@yahoo.com

ขอขอบคุณ รพ.สต./รพ. ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานและรายงานข้อมูลมา ณ ที่นี้