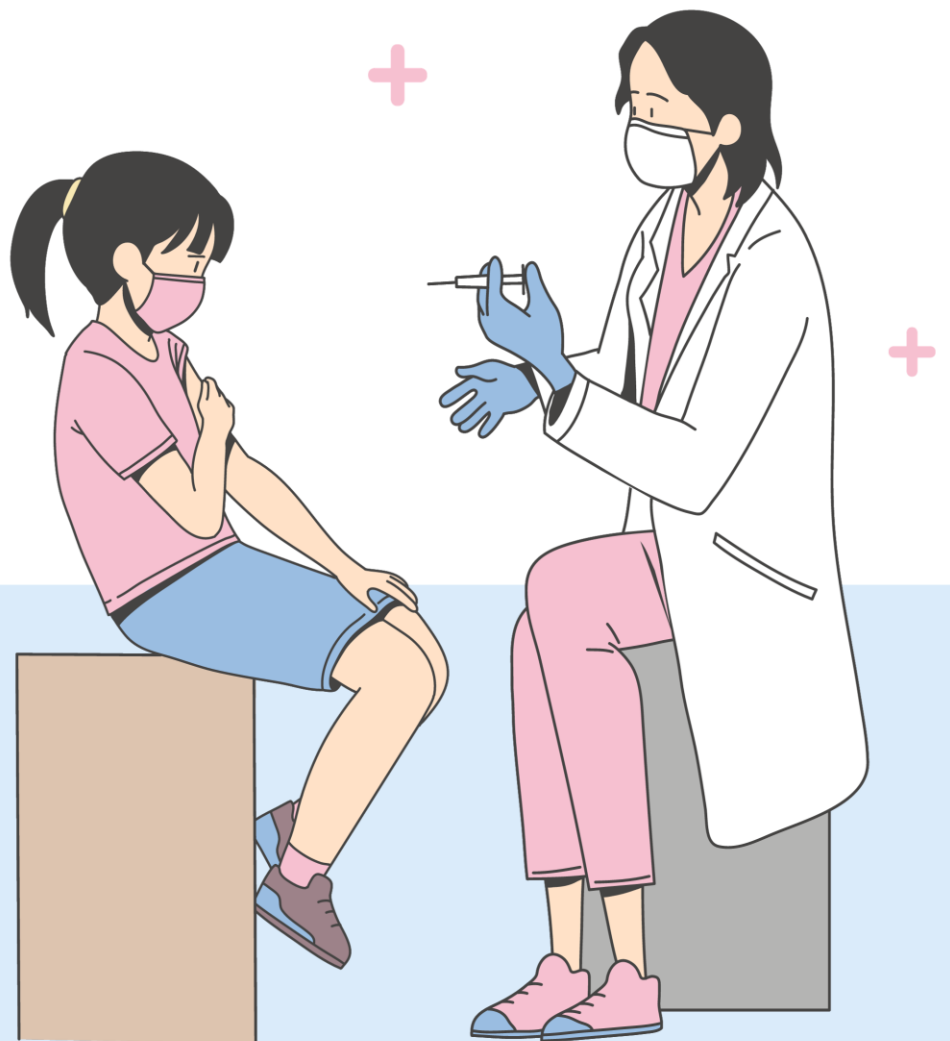


แนวทางการให้บริการวัคซีน
ป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี
ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน
ของกระทรวงสาธารณสุข



กรมควบคุมโรค
กันยายน 2566

แนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี
(HPV)

ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข

กรมควบคุมโรค

กันยายน 2566

คำนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสองในหญิงไทยรองจากมะเร็งเต้านม สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human Papillomavirus หรือเชื้อไวรัส HPV ที่เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกเจริญผิดปกติ และก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกในที่สุด โดยสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน HPV ซึ่งมีประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้ที่ยังไม่พบติดเชื้อมาก่อนอยู่ระหว่างร้อยละ 93 - 95 ประเทศไทยได้มีนโยบายการให้วัคซีน HPV ในเด็กนักเรียนหญิงไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โดยกรมควบคุมโรคเริ่มนำร่องการให้วัคซีน HPV ในเด็กหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมื่อปี 2557 และในปี 2560 ได้ขยายการดำเนินงานให้วัคซีน HPV ทั่วประเทศ ต่อมาในปี 2562 เกิดสถานการณ์วัคซีน HPV ขาดคร่าวทั่วโลก ทำให้ประเทศไทยไม่สามารถจัดหาวัคซีน HPV ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส HPV และในปี 2565 ประเทศไทยสามารถจัดหาวัคซีน HPV เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายอีกครั้ง แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ ที่ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2566 เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2566 มีมติเห็นชอบ แผนเร่งรัดการฉีดวัคซีน HPV ในกลุ่มเป้าหมายนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง ชั้นอุดมศึกษาปีที่ 2 (หรืออายุ 11 - 20 ปี) โดยเน้นบริการฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 ให้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายก่อน ทั้งนี้ยังคงให้วัคซีน HPV จำนวน 2 เข็ม ตามสิทธิประโยชน์ต่อไป และมีมติที่ประชุมคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ครั้งที่ 5/2566 เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2566 มีมติแนะนำการฉีด HPV ในหญิง อายุ 11 - 20 ปี จำนวน 2 เข็ม ห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน สำหรับการให้วัคซีน HPV ตามแผนเร่งรัด 100 วัน สามารถฉีดวัคซีน 1 เข็ม (เป็นเข็มที่ 1 หรือ 2) ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายหญิงทั้งในระบบการศึกษา (ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ขึ้นไป) และนอกระบบการศึกษาให้ครบทั้งหมด โดยเน้นให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้เป็นเข็มที่ 1 ในกลุ่มอายุ 11 - 20 ปี หรือ เป็นเข็มที่ 2 ในกลุ่มอายุ 15-20 ปี เป็นเข็มที่ 2 ในผู้ที่ได้รับเข็ม 1 แล้ว เกิน 6 เดือน

เพื่อให้ นักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงอุดมศึกษาปีที่ 2 หรือหญิงไทยอายุ 11 - 20 ปี ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส HPV มุ่งหวังผลในการลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทย กรมควบคุมโรคจึงได้จัดทำแนวทางการให้บริการวัคซีน HPV ในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เครือข่ายการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เกี่ยวข้องดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยง และลดการสูญเสียจากมะเร็งปากมดลูกต่อไปในอนาคต

กรมควบคุมโรค

กันยายน 2566

สารบัญ

หน้า

แนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข	1
1. วัตถุประสงค์.....	1
2. หลักการให้วัคซีน HPV	1
3. เป้าหมายการดำเนินงานตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข	1
4. กลุ่มเป้าหมาย.....	1
5. พื้นที่ดำเนินการ.....	1
6. ระยะเวลาดำเนินการ.....	1
7. รูปแบบการดำเนินงาน.....	2
8. การสำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมาย.....	2
9. การตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน HPV.....	3
10. การเบิก-จ่ายวัคซีน HPV	3
11. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....	3
12. การให้บริการวัคซีน HPV	5
13. การรายงานผลการให้บริการ	6
ภาคผนวก	7
ภาคผนวกที่ 1 แบบสำรวจการฉีดวัคซีน HPV สำหรับนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน	8
ภาคผนวกที่ 2 แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า	9
ภาคผนวกที่ 3 แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า ที่มีความประสงค์รับวัคซีน HPV	10
ภาคผนวกที่ 4 ตัวอย่าง แบบสำรวจการฉีดวัคซีน HPV สำหรับหญิงไทย อายุ 11 – 17 ปี นอกกระบวนการศึกษา และหญิงไทยอายุ 18 - 20 ปี.....	11
ภาคผนวกที่ 5 เอกสารแสดงความประสงค์ฉีดวัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วันของกระทรวงสาธารณสุข	13
ภาคผนวกที่ 6 ตัวอย่างหนังสือแจ้งการฉีดวัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข. 14	
ภาคผนวกที่ 7 การดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน.....	15
ภาคผนวกที่ 8 แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	16

แนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข

กรมควบคุมโรค

กันยายน 2566

1. วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส HPV ในกลุ่มเป้าหมาย มุ่งหวังผลในการลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ด้วยมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทย

2. หลักการให้วัคซีน HPV

2.1 หลักการให้วัคซีน HPV ตามคำแนะนำคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

แนะนำให้ หญิง อายุ 11 – 20 ปี ให้วัคซีน HPV จำนวน 2 เข็ม ห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน

ทั้งนี้ สามารถสับเปลี่ยนชนิดวัคซีน HPV ระหว่างเข็มที่ 1 และเข็มที่ 2 ได้

2.2 คำแนะนำการให้วัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข

เร่งรัดฉีดวัคซีนคนละ 1 เข็ม (เป็นเข็มที่ 1 หรือ 2 ตามประวัติการได้รับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมาย และคำแนะนำของคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค)

3. เป้าหมายการดำเนินงานตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข

ผลการฉีดวัคซีน HPV อย่างน้อย 1 ล้านโดส ใน 100 วันแรก

4. กลุ่มเป้าหมาย

หญิงไทยอายุ 11 – 20 ปี ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม

5. พื้นที่ดำเนินการ

ดำเนินการพร้อมกัน 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

6. ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2566 โดยขอให้ทุกจังหวัดเปิดหน่วยบริการฉีดให้กับกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละ 1 แห่งพร้อมกันทั่วประเทศ ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2566 เป็นต้นไป อาจเป็นรูปแบบการบริการผ่านสถานพยาบาล หรือจุดฉีดนอกสถานที่ ตามบริบทของพื้นที่ และให้บริการผ่านสถานศึกษาในเดือนพฤศจิกายน 2566

7. รูปแบบการดำเนินงาน

เนื่องจากการให้ฉีดวัคซีน HPV มีกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในระบบการศึกษา และนอกระบบการศึกษา จึงสามารถพิจารณาดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่ ดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย	รูปแบบการดำเนินงาน
7.1 นักเรียนหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า	ดำเนินงานในรูปแบบวัคซีนนักเรียน (School-based vaccination) สามารถดำเนินงานผ่านสถาบันการศึกษา เช่น <ul style="list-style-type: none"> - โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดรัฐบาลและเอกชน - สถานศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) - โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน สังกัดกองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ - สถาบันการศึกษาอื่นๆ เช่น โรงเรียนคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น
7.2 นักศึกษาหญิงไทยระดับอุดมศึกษาปีที่ 1 – 2 หรือเทียบเท่า	ดำเนินการฉีดวัคซีน HPV ในหน่วยบริการ หรือพิจารณาจัดหาช่องทาง การเข้าถึงวัคซีนให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวตามความเหมาะสม เพื่อไม่ให้เสียโอกาสในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
7.3 หญิงไทย อายุ 11 - 20 ปี นอกระบบการศึกษา	

8. การสำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมาย

ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการสำรวจความต้องการวัคซีนของกลุ่มเป้าหมายและตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน HPV ดังนี้

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

1. กรณีดำเนินงานในรูปแบบวัคซีนนักเรียน ได้แก่ ในกลุ่มนักเรียนหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า

ขอให้ประสานศึกษาธิการจังหวัดหรือหน่วยงานต้นสังกัดของสถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการสำรวจความต้องการวัคซีน HPV เก็บตก (ทั้งนี้ ไม่รวมกับกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช. สำรวจและจัดสรรวัคซีนแล้ว ในปีงบประมาณ 2566) รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 1 – 3 โดยตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน HPV รายละเอียดตามข้อ 9

2. กรณีดำเนินงานผ่านสถานพยาบาล หรือ รูปแบบพิเศษ ได้แก่ ในกลุ่มนักศึกษาหญิงไทย ระดับอุดมศึกษาปีที่ 1 – 2 หรือเทียบเท่า และกลุ่มหญิงไทย อายุ 11 - 20 ปี นอกกระบวนการศึกษา ขอให้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการสำรวจความต้องการวัคซีน HPV รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 4 โดยตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน HPV รายละเอียดตามข้อ 9
3. แจ้งจำนวนผู้ประสงค์รับวัคซีนตามข้อ 1 และ 2 มาয়ักรวมควบคุมโรค รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 5 ภายในวันที่ 9 ตุลาคม 2566

● **สถานศึกษาระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า**

1. สำรวจความต้องการวัคซีน HPV ของกลุ่มเป้าหมาย และแจ้งจำนวนนักเรียนที่จะเข้ารับวัคซีนแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 1 – 2 โดยตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน HPV รายละเอียดตามข้อ 9
2. ชี้แจงผู้ประกอบการและกลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจในการรับวัคซีน รายละเอียดตามเอกสารในภาคผนวกที่ 6 - 7

9. การตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน HPV

ขอให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน HPV และสำรวจวัคซีนที่ต้องการ ตามแนวทาง ดังนี้

9.1 ได้รับวัคซีน HPV ครบตามเกณฑ์ ไม่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนเพิ่ม

9.1.1 กรณีได้รับวัคซีน 3 เข็ม ตามเอกสารกำกับยา

9.1.2 กรณีได้รับวัคซีน 2 เข็ม ระยะห่างระหว่างเข็ม 6 เดือนขึ้นไป

9.2 กรณีที่ได้รับวัคซีน HPV ไม่ครบตามเกณฑ์ ขอให้รับวัคซีนเพิ่ม ดังนี้

9.2.1 ไม่มีประวัติได้รับวัคซีน/ ไม่ทราบ ขอให้วัคซีน HPV จำนวน 2 เข็ม ระยะห่างระหว่างเข็ม 6 เดือนขึ้นไป

9.2.2 กรณีได้รับวัคซีน 1 เข็ม หรือกรณีที่ได้รับวัคซีน 2 เข็ม ระยะห่าง < 6 เดือน (ถือว่าได้ 1 เข็ม)

ขอให้วัคซีน HPV เพิ่ม 1 เข็ม ห่างจากเข็มล่าสุด อย่างน้อย 6 เดือน

10. การเบิก-จ่ายวัคซีน HPV

ดำเนินการตามแนวทางการเบิก-จ่ายวัคซีน HPV ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

11. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในการให้วัคซีน HPV ในกลุ่มเป้าหมาย มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ดังนี้

ลำดับที่	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	การดำเนินงาน
11.1	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร	1. บริหารจัดการวัคซีนภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด / กรุงเทพมหานคร 2. สำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมาย และแจ้งจำนวนวัคซีนที่ต้องการ 3. กำหนดแนวทางการบริการในรูปแบบวัคซีนนักเรียน (School-based vaccination) และ Hospital service หรือ Special service ตามบริบทของพื้นที่

ลำดับที่	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	การดำเนินงาน
11.1	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด/กรุงเทพมหานคร (ต่อ)	4. ประสานศึกษาธิการจังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้บริหาร สถานศึกษา เพื่อเตรียมการดำเนินงานให้วัคซีนนักเรียน และฉีดวัคซีนให้ กลุ่มเป้าหมาย 5. กำกับติดตามรายงานผลการให้บริการในระบบฐานข้อมูลกระทรวง สาธารณสุข (MoPH Immunization Center; MoPH IC)
11.2	กระทรวงศึกษาธิการ และ หน่วยงานต้นสังกัดของ สถานศึกษาอื่น ๆ	1. กำกับติดตามการดำเนินงานให้วัคซีนนักเรียน ตามนโยบายของประเทศ 2. รวบรวมข้อมูลนักเรียนและแจ้งแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ กรุงเทพมหานคร
11.3	สถานศึกษา	1. ชี้แจงผู้ปกครองเพื่อสร้างความเข้าใจก่อนวันรับวัคซีน และจัดส่งคำแนะนำ การให้วัคซีนและเอกสารแสดงความประสงค์ให้ฉีดวัคซีน 2. แจ้งจำนวนนักเรียนที่จะเข้ารับวัคซีนแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ กรุงเทพมหานคร ผ่านระบบที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร กำหนดไว้
11.4	สถานพยาบาล	1. จัดระบบการให้บริการวัคซีนตามมาตรฐาน ได้แก่ ตรวจสอบเอกสารแสดง ความประสงค์ให้ฉีดวัคซีน HPV ในกลุ่มเป้าหมาย ชักประวัติ คัดกรอง ฉีด วัคซีน นัดหมาย ออกเอกสารรับรองการฉีดวัคซีน และเฝ้าระวัง AEFI 2. รับ-จ่ายวัคซีน จัดเก็บวัคซีน และรายงานสถานะคงคลัง 3. บันทึกผลการให้บริการในระบบ MoPH IC ให้ครบถ้วนทุกรายและ เป็นปัจจุบัน
11.5	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	1. จัดหาและจัดส่งวัคซีน HPV ไปยังหน่วยบริการ
11.6	กรมควบคุมโรค	1. แจ้งแนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข 2. สืบสวนกลุ่มเป้าหมายและจัดทำแผนการจัดส่งวัคซีน HPV ของหน่วยบริการ 3. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมดำเนินการ อาทิ กระทรวงศึกษาธิการ กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น 4. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมพัฒนาระบบ MoPH IC และกำหนด แนวทางการบันทึกข้อมูลสำหรับหน่วยบริการ
11.7	สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	1. กำกับ ติดตามผลการฉีดวัคซีน HPV ในกลุ่มเป้าหมาย

12. การให้บริการวัคซีน HPV

12.1 การเตรียมก่อนการให้บริการ ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร บริหารจัดการวัคซีนภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด
2. รับทราบนโยบายการดำเนินงานจากกระทรวงสาธารณสุข
3. ประสานศึกษาธิการจังหวัด หรือหน่วยงานต้นสังกัดของสถานศึกษา หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีน รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 1 – 4 และแจ้งจำนวนผู้ประสงค์รับวัคซีนมายังกรมควบคุมโรค รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 5
4. กำหนดแนวทางการบริการในรูปแบบวัคซีนนักเรียน (School-based vaccination) และ Hospital service หรือ Special service ตามบริบทของพื้นที่
5. กำกับติดตามรายงานผลการให้บริการในระบบ MoPH IC และการติดตามผลการให้บริการ
6. บริหารจัดการเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน

- สถานศึกษา

1. สำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีน แจ้งจำนวนนักเรียนที่จะเข้ารับวัคซีนแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร รายละเอียดตามแบบฟอร์มในภาคผนวกที่ 1 – 3
2. ชี้แจงผู้ปกครองและกลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจในการรับวัคซีน รายละเอียดตามเอกสารในภาคผนวกที่ 5 – 6

- สถานพยาบาล

จัดเตรียมระบบการให้บริการตามมาตรฐาน วัคซีน และสถานที่ให้วัคซีน ดังนี้

1. การเตรียมวัคซีน และวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่ วัคซีน HPV กระบอกฉีดยา เข็มฉีดยา และอุปกรณ์อื่นๆ เช่น สำลี แอลกอฮอล์ ถุงมือ เป็นต้น
2. เตรียมสถานที่ให้บริการที่มีแพทย์/พยาบาล ดูแล และสามารถให้การช่วยเหลือได้ รวมถึงจุดให้บริการนอกสถานพยาบาล โดยจัดสถานที่แยกจุดรอบริการ จุดให้บริการ ที่นั่งเฝ้าสังเกตอาการ ให้เป็นสัดส่วน พร้อมเตรียมวัสดุอุปกรณ์การฉีดยา อุปกรณ์กู้ชีพ และเตรียมระบบส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถส่งต่อผู้ป่วยภายใน 15 นาที หลังเกิดเหตุฉุกเฉิน รายละเอียดตามแนวทางปฏิบัติสำหรับการป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีน HPV แบบกลุ่มก้อน

12.2 การให้บริการ

- ตรวจสอบความพร้อมก่อนให้บริการ ได้แก่ การกำหนดลำดับขวดวัคซีนเรียงตามวันหมดอายุ ตรวจสอบอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ครบถ้วนถูกต้องพร้อมใช้งาน
- ยืนยันตัวตนผู้รับวัคซีนก่อนการให้บริการ
- ตรวจสอบเอกสารแสดงความประสงค์ให้ฉีดวัคซีน
- ชักประวัติ คัดกรอง และให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย
- ฉีดวัคซีนบริเวณต้นแขนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ ด้วยวิธี sterile technique ตามเอกสารกำกับยา หลังฉีดวัคซีนให้พักสังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที และบันทึกอาการก่อนกลับบ้าน

12.3 การดำเนินงานหลังให้บริการ

- ให้หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน บันทึกผลการให้บริการวัคซีน HPV ของผู้รับวัคซีน ในระบบ MoPH IC ทุกราย ทั้งกรณีให้บริการภายในและภายนอกสถานพยาบาล ให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน และการติดตามผลการให้บริการรายงานสถานศึกษา รายชั้นปี ในพื้นที่รับผิดชอบ
- เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน (AEFIs surveillance) ตามแนวทางของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
- ขวดวัคซีนและอุปกรณ์การฉีดวัคซีนให้ทำลายแบบขยะติดเชื้อตามระบบปกติที่หน่วยงานดำเนินการอยู่

13. การรายงานผลการให้บริการ

ขอให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีน HPV ในระบบฐานข้อมูล MoPH IC ตามแนวทางการรายงานผลการดำเนินงานวัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข (อยู่ระหว่างดำเนินงาน)

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1 แบบสำรวจการฉีดวัคซีน HPV สำหรับนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน

แบบสำรวจการฉีดวัคซีน HPV สำหรับนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน

ชื่อโรงเรียน..... ชั้น..... ห้อง.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลการฉีดวัคซีน HPV สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า แต่ละห้องเรียน

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ประวัติการได้รับวัคซีน HPV		ความประสงค์รับวัคซีน HPV			หมายเหตุ
					ครบตามเกณฑ์	ไม่ครบ	ไม่รับ	รับ 1 เข็ม	รับ 2 เข็ม	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
	รวม									

หมายเหตุ : 1. ไม่รวมกับกลุ่มเป้าหมายที่ สปสช. สำรวจและจัดสรรวัคซีนแล้ว ในปีงบประมาณ 2566

2. ประวัติวัคซีน HPV ครบตามเกณฑ์ ไม่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนเพิ่ม ได้แก่

2.1 กรณีได้รับวัคซีน 3 เข็ม ตามเอกสารกำกับยา

2.2 กรณีได้รับวัคซีน 2 เข็ม ระยะห่างระหว่างเข็ม 6 เดือนขึ้นไป

3. ความประสงค์การได้รับวัคซีนพิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์การฉีดวัคซีนจากผู้ปกครอง

4. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา

ภาคผนวกที่ 2 แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า

แบบสรุปจำนวนนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า

ที่มีความประสงค์รับวัคซีน HPV แยกแต่ละสถานศึกษา

ชื่อโรงเรียน.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนของสถานศึกษา

ลำดับที่	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)			หมายเหตุ
		ทั้งหมด	รับวัคซีน 1 เข็ม	รับวัคซีน 2 เข็ม	
1	ป. 5 หรือ.....				
2	ป. 6 หรือ.....				
3	ม.1 หรือ.....				
4	ม.2 หรือ.....				
5	ม.3 หรือ.....				
6	ม.4 หรือ.....				
7	ม.5 หรือ.....				
8	ม.6 หรือ.....				
	รวม				

หมายเหตุ : สถานศึกษารวบรวมจำนวนนักเรียนส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

เพื่อบริหารจัดการวัคซีนและสถานพยาบาลต่อไป

ภาคผนวกที่ 4 ตัวอย่าง แบบสำรวจการฉีดวัคซีน HPV สำหรับหญิงไทย อายุ 11 – 17 ปี นอกระบบการศึกษา และหญิงไทยอายุ 18 - 20 ปี

ตัวอย่าง แบบสำรวจการฉีดวัคซีน HPV สำหรับหญิงไทย อายุ 11 – 17 ปี นอกระบบการศึกษา และหญิงไทยอายุ 18 - 20 ปี

จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้สำรวจความประสงค์ฉีดวัคซีน HPV ในกลุ่มเป้าหมาย

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ประวัติการได้รับวัคซีน HPV		ความประสงค์รับวัคซีน HPV			หมายเหตุ
					ครบตามเกณฑ์	ไม่ครบ	ไม่รับ	รับ 1 เข็ม	รับ 2 เข็ม	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
		รวม								

หมายเหตุ : 1. ประวัติวัคซีน HPV ครบตามเกณฑ์ ไม่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนเพิ่ม ได้แก่

1.1 กรณีได้รับวัคซีน 3 เข็ม ตามเอกสารกำกับยา

1.2 กรณีได้รับวัคซีน 2 เข็ม ระยะห่างระหว่างเข็ม 6 เดือนขึ้นไป

ภาคผนวกที่ 5 แบบแจ้งความต้องการฉีดวัคซีน HPV สำหรับนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทยชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 หรือเทียบเท่า หญิงไทยที่อายุ 11 - 17 ปี ที่อยู่นอกระบบการศึกษา และหญิงไทยอายุ 18-20 ปี ที่มีความประสงค์รับวัคซีน รายโรงพยาบาล รายจังหวัด

แบบแจ้งความต้องการฉีดวัคซีน HPV สำหรับนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า
หญิงไทยที่อายุ 11 - 17 ปี ที่อยู่นอกระบบการศึกษา และหญิงไทยอายุ 18-20 ปี ที่มีความประสงค์รับวัคซีน รายโรงพยาบาล รายจังหวัด
จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมจำนวนวัคซีน HPV ที่ต้องการ (โดส)

ลำดับ	ชื่อโรงพยาบาล	จำนวนนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทยชั้นชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า ที่มีความประสงค์รับวัคซีน																		จำนวน หญิงไทยที่อายุ 11 - 17 ปี ที่อยู่นอกระบบการศึกษา และ หญิงไทยอายุ 18-20 ปี ที่มีความประสงค์รับวัคซีน		รวมจำนวน วัคซีน HPV ที่ต้องการ (โดส)	
		ป.5 หรือ.....		ป.6 หรือ.....		ม.1 หรือ.....		ม.2 หรือ.....		ม.3 หรือ.....		ม.4 หรือ.....		ม.5 หรือ.....		ม.6 หรือ.....		รวม		1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม
		1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม	1 เข็ม	2 เข็ม						
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
	รวม																						

หมายเหตุ: ขอให้รวบรวมส่งกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ภายในวันที่ 16 ตุลาคม 2566 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ vaccine.ddc@gmail.com หรือผ่าน google sheet

โดยมอบหมายให้นางสาวสรกร วันประยูร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข โทร 0 2590 3196 เป็นผู้ประสานงาน

ภาคผนวกที่ 5 เอกสารแสดงความประสงค์ฉีดวัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วันของกระทรวงสาธารณสุข
เอกสารแสดงความประสงค์ฉีดวัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วันของกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และวัคซีน HPV

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสองในหญิงไทยรองจากมะเร็งเต้านม จากข้อมูลล่าสุดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในช่วงปี 2559 – 2561 พบว่า อัตราการเกิดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเท่ากับ 11.1 ต่อแสนประชากรหญิงหรือประมาณ 4,500 รายต่อปี และพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 8,000 คน ต่อปี ซึ่งจะมีหญิงไทยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกวันละ 8-10 ราย โดยหญิงไทยอายุ 45 - 70 ปี เป็นกลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุด สาเหตุของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย มีบุตรมาก มีประวัติเป็นกามโรค แต่ปัจจัยที่สำคัญเป็นอันดับหนึ่งของการป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก คือ การติดเชื้อไวรัส Human Papillomavirus หรือเชื้อไวรัส HPV ที่เนื้อเยื่อบุผิวปากมดลูกทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเจริญผิดปกติ และเปลี่ยนเป็นมะเร็งปากมดลูกในที่สุด

วัคซีน HPV มีประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้ที่ยังไม่พบติดเชื้อมาก่อนอยู่ระหว่างร้อยละ 93-95 หากมีการติดเชื้อ HPV ก่อนการฉีดวัคซีนจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันลดลง ภายหลังการฉีดวัคซีนอาจพบปฏิกิริยา ได้แก่ อาการปวดบวมบริเวณที่ฉีด ผื่นแดงคันบริเวณที่ฉีด มีไข้ ปวดศีรษะ ในกรณีที่ฉีดในวัยรุ่นเป็นกลุ่มใหญ่อาจมีความกังวลเรื่องการฉีด หรือกลัวการฉีดวัคซีน จนบางรายมีอาการหน้ามืดเป็นลมหลังได้รับวัคซีน ทั้งหมดมีอาการดีขึ้นและหายเป็นปกติในเวลาไม่นาน และไม่เป็นอันตราย ทั้งนี้ ผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีน HPV ครบถ้วนตามกำหนด ยังคงมีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อถึงอายุที่เหมาะสมเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอเช่นเดียวกับผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีน เพราะยังมีสายพันธุ์ที่ไม่ได้ครอบคลุมโดยวัคซีนที่อาจก่อโรคได้อยู่

การเตรียมตัวก่อนรับวัคซีน HPV ให้ปฏิบัติตัวตามปกติ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามปกติ ทำจิตใจให้ไม่เครียดหรือวิตกกังวล หากเจ็บป่วยไม่สบายควรเลื่อนการฉีดออกไปก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ สามารถ รับประทานยาประจำได้ตามปกติ หากมีโรคประจำตัวที่รุนแรง หรือไม่แน่ใจ ให้ปรึกษาแพทย์

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์การฉีดวัคซีน HPV

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง)

ผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....

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

หมายเลขโทรศัพท์ (นักเรียน).....

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน).....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เลขประจำตัว 13 หลัก.....

ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น/ปี.....ห้อง.....

ประวัติการได้รับวัคซีน HPV ไม่เคยได้รับวัคซีน
 ได้รับเข็มที่ 1 เมื่อวันที่..... ได้รับเข็มที่ 2 เมื่อวันที่.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน HPV และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ประสงค์ ฉีดวัคซีน HPV โดยสมัครใจ
 ไม่ประสงค์ ฉีดวัคซีน HPV
และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม ลงชื่อ..... ผู้เยาว์
(.....) (.....)
วันที่...../...../ 2566 วันที่...../...../ 2566

หมายเหตุ : ขอให้แนบเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

ภาคผนวกที่ 6 ตัวอย่างหนังสือแจ้งการฉีดวัคซีน HPV ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข

ที่

โรงเรียน.....

กันยายน 2566

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) ตามนโยบายเร่งรัด 100 วัน ของกระทรวงสาธารณสุข
เรียน ท่านผู้ปกครองนักเรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแสดงความประสงค์รับบริการฉีดวัคซีน HPV จำนวน 1 ชุด

ด้วยประเทศไทยได้มีนโยบายการให้วัคซีน HPV ในเด็กนักเรียนหญิงไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 2 เข็ม ตามสิทธิประโยชน์ที่ต้องได้รับ ซึ่งเมื่อปี 2562 เกิดสถานการณ์วัคซีน HPV ขาดคร่าวทั่วโลก ทำให้ประเทศไทยไม่สามารถจัดหาวัคซีน HPV ทำให้กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส HPV กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายเร่งรัดการให้วัคซีน HPV ในหญิงไทยอายุ 11 – 20 ปี ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม

เนื่องจากโรงพยาบาล.....จะให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) ในวันที่ เวลา จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านผู้ปกครองในการแจ้งความประสงค์ให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV) เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โดยให้ตอบกลับความประสงค์มายังครูประจำชั้น ภายในวันที่ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

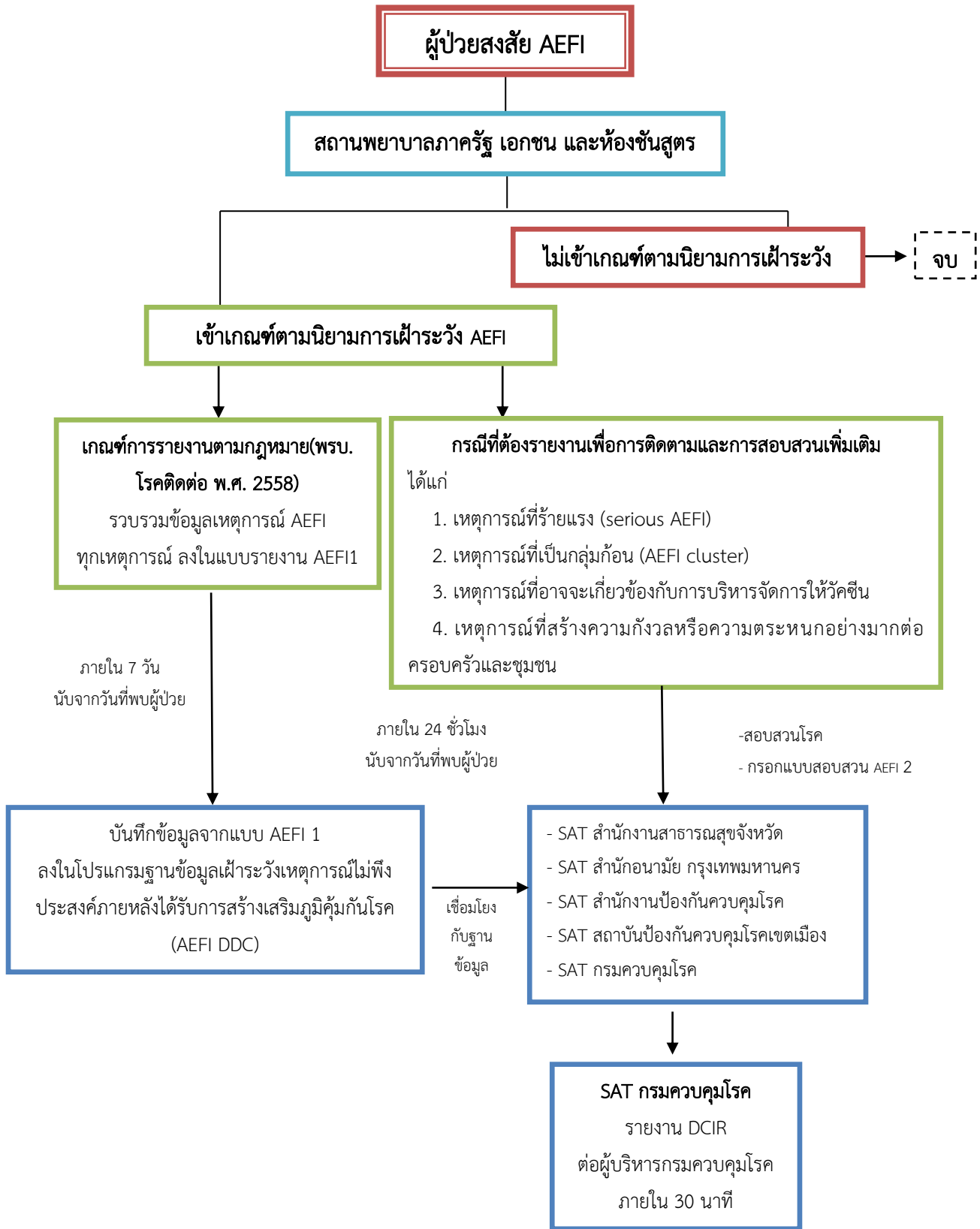
(.....)

ผู้อำนวยการ

ผู้ประสานงาน : ครู.....

โทร.

ภาคผนวกที่ 7 การดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน



ภาคผนวกที่ 8 แบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

แบบรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1 Form)

(1) ข้อมูลผู้ป่วย									
เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN.....		ประวัติการแพ้วัคซีน/ยา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....							
เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก		อาการหลังได้รับวัคซีนครั้งที่แล้ว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....							
*คำนำหน้า/ชื่อ/สกุล.....		โรคประจำตัว/การเจ็บป่วยในอดีต ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....							
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง *วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../.....		เคยป่วยเป็นโควิดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ระบุเวลาที่.....							
อายุปีเดือนวัน เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		ประวัติการเข้ายาในรอบ 1 เดือน ก่อนได้รับวัคซีน ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....							
ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก		ประวัติทางการแพทย์อื่น ๆ							
*ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....									
(2) ข้อมูลวัคซีน / สถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข).....									
ชื่อวัคซีน/ชนิดวัคซีน	ปริมาณที่ให้	วิธีที่ให้	ตำแหน่ง	เข็มที่	*ว/ด/ป ที่ได้รับ	*เวลาที่ได้รับ	ชื่อผู้ผลิตวัคซีน	*เลขที่ผลิต	*วันหมดอายุ
(3) อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการวินิจฉัย									
<input type="checkbox"/> Rash <input type="checkbox"/> Erythema <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Itching <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Angioedema <input type="checkbox"/> Fainting <input type="checkbox"/> Hyperventilation <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Dizziness <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Malaise <input type="checkbox"/> Dyspepsia <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomiting <input type="checkbox"/> Abdominal pain <input type="checkbox"/> Arthralgia <input type="checkbox"/> Myalgia <input type="checkbox"/> Fever ≥ 38 °C <input type="checkbox"/> บวมบริเวณที่ฉีดนานเกิน 3 วัน <input type="checkbox"/> บวมลามไปถึงข้อที่ใกล้ที่สุด		<input type="checkbox"/> Lymphadenopathy <input type="checkbox"/> Lymphadenitis <input type="checkbox"/> Sterile abscess <input type="checkbox"/> Bacterial abscess <input type="checkbox"/> Febrile convulsion <input type="checkbox"/> Afebrile convulsion <input type="checkbox"/> Encephalopathy/Encephalitis <input type="checkbox"/> Flaccid paralysis <input type="checkbox"/> Spastic paralysis <input type="checkbox"/> Hypotonic Hyporesponsive Episode (HHE) <input type="checkbox"/> Persistent inconsolable crying <input type="checkbox"/> Thrombocytopenia		<input type="checkbox"/> Osteitis/Osteomyelitis <input type="checkbox"/> Toxic shock syndrome <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Transverse myelitis <input type="checkbox"/> Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) <input type="checkbox"/> Acute myocarditis <input type="checkbox"/> Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS) <input type="checkbox"/> Others.....		รายละเอียดอาการและการตรวจพบ วินิจฉัยของแพทย์..... ว/ด/ป ที่เกิดอาการ..... เวลาที่เกิดอาการ..... ว/ด/ป ที่รับรักษา..... ว/ด/ป ที่จำหน่าย.....			
*ความร้ายแรงของอาการ <input type="checkbox"/> ร้ายแรง ระบุ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> อันตรายถึงชีวิต <input type="checkbox"/> พิการถาวร/ไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/> รับไว้รักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> ความผิดปกติแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> ไม่ร้ายแรง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ที่มีความสำคัญทางการแพทย์									
*สภาพผู้ป่วย <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> หายโดยมีร่องรอย <input type="checkbox"/> อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย <input type="checkbox"/> ไม่หาย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป)..... ผ่านพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> มี สถานที่ทำการ.....									
(4) การตัดสินใจว่ามีความจำเป็นที่จะต้องสอบสวน <input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น <input type="checkbox"/> จำเป็น ถ้าสอบสวน วันที่สอบสวน.....									
(5) ข้อมูลผู้รายงาน สถานที่เกิดเหตุการณ์ และหน่วยที่รายงาน						(6) ประเมินสาเหตุเบื้องต้น			
ชื่อผู้วินิจฉัยอาการ..... เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์ <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....						<input type="checkbox"/> ปฏิกริยาของวัคซีน ระดับความสัมพันธ์			
ชื่อผู้รายงาน..... เป็น <input type="checkbox"/> นักระบาดวิทยา <input type="checkbox"/> เภสัชกร <input type="checkbox"/> งาน EPI <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....						<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> น่าจะใช่			
หน่วยงานที่รายงาน..... จังหวัด..... โทร.....						<input type="checkbox"/> อาจจะใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่			
Email..... ว/ด/ป ที่ส่งรายงาน.....						<input type="checkbox"/> ความบกพร่องของวัคซีน			
ว/ด/ป ที่สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงาน.....						<input type="checkbox"/> ความคลาดเคลื่อนด้านการให้บริการ			
ความคิดเห็นเพิ่มเติม (แนบเอกสารเพิ่มเติมได้ ถ้ามี)						<input type="checkbox"/> เหตุบังเอิญ/เหตุพ้อง			
.....						<input type="checkbox"/> ความกลัว/ความกังวล			
.....						<input type="checkbox"/> ไม่สามารถระบุได้			

*ให้เดิมข้อมูลให้ครบทุกคำถามหรือทุกช่อง โดยเฉพาะข้อที่มีสัญลักษณ์ * ต้องเดิมข้อมูลให้ครบถ้วนไม่ได้

แบบสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI2)

(เฉพาะกรณี AEFI ร้ายแรง : เสียชีวิต พิการไร้ความสามารถ รับประทานเป็นผู้ป่วยใน เป็นกลุ่มก้อน ประชาชนสงสัย)

(1) ข้อมูลผู้ป่วย														
เลขที่ผู้ป่วย HN..... AN.....						วันเดือนปีเกิด...../...../.....								
เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก						อายุขณะป่วย ปี..... เดือน..... วัน.....								
คำนำหน้า/ชื่อ/สกุล.....						อายุ <input type="checkbox"/> <1ปี <input type="checkbox"/> 1-5 ปี <input type="checkbox"/> >5 ปี								
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....						ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก								
ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....						จังหวัด..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....								
ชื่อผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุ <15 ปี).....						โทรศัพท์ผู้ปกครอง.....								
(2) ข้อมูลวัคซีน/สถานที่รับวัคซีน														
ชื่อสถานที่รับวัคซีน (รพ./รพ.สต./คลินิก/ศูนย์บริการสาธารณสุข)..... ที่อยู่ถนน..... ตำบล.....														
อำเภอ..... จังหวัด..... <input type="checkbox"/> ภาครัฐ <input type="checkbox"/> ภาคเอกชน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....														
<input type="checkbox"/> เป็นสถานที่ตั้งถาวร <input type="checkbox"/> เป็นหน่วยเคลื่อนที่ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....														
วัคซีนที่ได้รับเป็นกรณี <input type="checkbox"/> กรณีรณรงค์ <input type="checkbox"/> กรณีปกติในงานEPI <input type="checkbox"/> กรณีอื่น ๆ (ระบุ).....														
วัคซีน														
ตัวทำลาย														
ชื่อวัคซีน	ปริมาณที่ให้	วิธีให้	ตำแหน่ง	เข็มที่/ครั้งที่	ว/ค/ป ที่ได้รับ	เวลาที่ได้รับ	ชื่อผู้ผลิต	เลขที่ผลิต	วันหมดอายุ	ชื่อตัวทำลาย	เลขที่ผลิต	วันหมดอายุ	ว/ค/ป ที่ผสม	เวลาที่ผสม
(3) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยก่อนได้รับวัคซีน														
ข้อมูล				คำตอบ				ถ้าตอบใช่ ระบุรายละเอียด						
เคยมีอาการป่วยในอดีตที่คล้ายคลึงกับอาการป่วยในครั้งนี้หรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
เคยมีอาการป่วยหลังจากได้รับวัคซีนครั้งก่อนหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
มีประวัติการแพ้วัคซีน/ยา/อาหารหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
ใน 30 วัน ก่อนได้รับวัคซีนครั้งนี้ เคยมีอาการป่วยหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
มีความผิดปกติแต่กำเนิดหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
ใน 30 วันที่ผ่านมา เคยเข้ารับการรักษาแบบเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อนหรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
ขณะนี้ผู้ป่วยกำลังใช้ยารักษาโรครักษาหรือไม่ (ถ้าใช่ ระบุชื่อยา ข้อบ่งใช้ ขนาด และวันที่ใช้)				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
คนในครอบครัวเคยมีประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับ AEFI หรืออาการแพ้ใด ๆ หรือไม่				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
สำหรับผู้หญิง				กำลังตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> ใช่ (จำนวนสัปดาห์)..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ										
กำลังให้นมบุตร				<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่										
สำหรับทารก (อายุ <1 ปี) การคลอด				<input type="checkbox"/> ครบกำหนด <input type="checkbox"/> ก่อนกำหนด <input type="checkbox"/> เกินกำหนด				น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม						
				<input type="checkbox"/> คลอดปกติ <input type="checkbox"/> ผ่าคลอด <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์ช่วย (Forceps, Vacuum etc.)										
				<input type="checkbox"/> มีภาวะแทรกซ้อน (ระบุ).....										

4. อาการ/การรักษา/การวินิจฉัย**	
แหล่งที่มาของข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> จากการตรวจร่างกายโดยแพทย์ <input type="checkbox"/> สืบค้นเวชระเบียน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....	
การขึ้นสูตรศพบางาจา (ระบุแหล่งที่มาของข้อมูล).....	
อาการและอาการแสดง ตามลำดับเหตุการณ์หลังจากได้รับวัคซีน	
การวินิจฉัยของแพทย์.....	
ว/ด/ป ที่เริ่มเกิดอาการ	เวลาที่เริ่มเกิดอาการ.....ว/ด/ป ที่รับการรักษา.....ว/ด/ป ที่จำหน่าย.....สถานที่รักษา.....แพทย์ผู้รักษา.....
สภาพผู้ป่วยขณะสอบสวน <input type="checkbox"/> หาย <input type="checkbox"/> อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย <input type="checkbox"/> พิการ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต (ระบุ ว/ด/ป).....	
ผ่าพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> มีการผ่าพิสูจน์ศพ (ระบุ ว/ด/ป)..... สถานที่ทำการ.....	
<input type="checkbox"/> ไม่มีการพิสูจน์ศพ <input type="checkbox"/> แต่มีแผนที่จะดำเนินการ (ระบุ ว/ด/ป)..... สถานที่ทำการ	
(แนบใบรายงานผล ถ้ามี)	
** บันทึกข้อมูลการสอบสวนผู้ป่วยเพิ่มเติมได้ลงในช่องว่างข้างล่าง เช่น สอบสวนเหตุการณ์ ประวัติครอบครัว ประวัติการเลี้ยงดู สิ่งแวดล้อมในและนอกบ้าน เป็นต้น (แนบกระดาษบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมได้)	
** กรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้แนบสำเนาเอกสารเวชระเบียนทั้งหมดของผู้ป่วย เกี่ยวกับอาการป่วย การรักษา การส่งสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ และผลการผ่าพิสูจน์ศพ เป็นต้น	
ชื่อ-สกุล ผู้บันทึกข้อมูลรายละเอียดอาการของผู้ป่วยตามข้างบน.....	
ตำแหน่ง.....	หน่วยงาน.....โทร.วันที่บันทึกข้อมูล.....

(5) ข้อมูลวัคซีนในวันที่ผู้ป่วยได้รับวัคซีน									
จำนวนผู้ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดในสถานที่ให้วัคซีนในวันนั้น	ชื่อวัคซีน								
	จำนวนผู้ได้รับวัคซีน								
1. ผู้ป่วยได้รับวัคซีนในเวลาใด <input type="checkbox"/> เป็นคนแรกๆของการให้วัคซีนในวันนั้น <input type="checkbox"/> เป็นคนท้าย ๆ ของการให้วัคซีนในวันนั้น <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									
ในกรณีที่ได้รับวัคซีนมากกว่า 1 โดส ผู้ป่วยได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> ภายใน 2-3 โดสแรก <input type="checkbox"/> เป็นโดสสุดท้าย <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									
2. มีข้อผิดพลาดของการสั่งใช้วัคซีนโดยไม่ได้เป็นไปตามคำแนะนำในการใช้วัคซีนหรือไม่					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
3. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่ากระบวนการเตรียมหรือให้วัคซีนกับผู้ป่วยอาจไม่ปราศจากเชื้อ (Unsterile technic) หรือไม่					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
4. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่าลักษณะทางกายภาพของวัคซีนที่ให้กับผู้ป่วยผิดปกติ (เช่น สี ความขุ่น มีวัตถุปนเปื้อน เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
5. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่ามีความผิดพลาดของผู้ให้วัคซีนในการผสมวัคซีนหรือเตรียมวัคซีน (เช่น หยิบวัคซีนหรือหยิบตัวทำลายผิด ผสมวัคซีนกับตัวทำลายผิด ผิดพอ ปริมาณของวัคซีนที่ดูดเข้ากระบอกฉีดยาไม่เหมาะสม เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
6. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่ามีความผิดพลาดในการเก็บหรือการขนส่งวัคซีน (เช่น ระบบลูกโซ่ความเย็นขณะขนส่ง การเก็บรักษาวัคซีน หรือในระหว่างการให้บริการไม่ดี เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
7. จากการสอบสวน : ท่านคิดว่าวัคซีนไม่ถูกต้อง (เช่น ปริมาณ ตำแหน่ง วิธีการ ขนาดเข็มที่ฉีดไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการให้วัคซีน เป็นต้น)					<input type="checkbox"/> ใช่ อธิบาย..... <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถประเมินได้				
8. จำนวนผู้ได้รับวัคซีนชนิดเดียวกันกับผู้ป่วยคน มีอาการป่วย.....คน									
9. จำนวนผู้ได้รับวัคซีนในวันเดียวกันกับผู้ป่วย.....คน มีอาการป่วย.....คน									
10. จำนวนผู้ได้รับวัคซีน lot no. เดียวกันในสถานบริการแห่งอื่น ๆ ในเขตอำเภอเดียวกัน จำนวนรวม.....คน จากสถานบริการ.....แห่ง มีอาการป่วย.....คน									
11. ผู้ป่วยรายนี้เป็นส่วนหนึ่งของการป่วยเป็นกลุ่มก้อน <input type="checkbox"/> ใช่ ถ้าใช่: มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด.....ราย <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับวัคซีนชนิดเดียวกัน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าไม่ใช่: จำนวนขวดวัคซีนที่ผู้ป่วยได้รับ.....ขวด (เพิ่มเติมรายละเอียด).....									
12. มีการประเมินสุขภาพของเด็กก่อนได้รับวัคซีน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ									

(6) ข้อมูลการให้บริการวัคซีนในสถานที่ที่ผู้ป่วยได้รับวัคซีน (บันทึกข้อมูลส่วนนี้โดยการถาม หรือ โดยการสังเกต)	
กระบอกฉีดยาและเข็มฉีดยาที่ใช้: ใช้ AD syringes ในการให้วัคซีนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ถ้าไม่ใช่ AD syringes ใช้กระบอกฉีดยาชนิดใด	<input type="checkbox"/> ใช้ครั้งเดียวทิ้ง <input type="checkbox"/> นำกลับมาใช้ซ้ำ <input type="checkbox"/> แก้ว <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	
สำหรับวัคซีนที่ต้องผสมตัวทำลายผงวัคซีน :	
ใช้กระบอกฉีดยาเดียวกันในการดูดตัวทำลายวัคซีนชนิดเดียวกันแต่ใช้กับหลายขวดวัคซีน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ใช้กระบอกฉีดยาเดียวกันในการดูดตัวทำลายวัคซีนโดยใช้กับวัคซีนหลายชนิด	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
แยกกระบอกฉีดยาในการดูดตัวทำลายวัคซีนในแต่ละขวดวัคซีน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
วัคซีนและตัวทำลายที่ใช้ เป็นของบริษัทผู้ผลิตเดียวกันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	

(7) ระบบลูกโซ่ความเย็นและการขนส่ง (บันทึกข้อมูลส่วนนี้โดยการถาม หรือ โดยการสังเกต)	
การเก็บรักษาวัคซีน :	
มีการบันทึกข้อมูลอุณหภูมิตู้เย็น หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....ครั้ง/วัน
ถ้ามี พบว่าอุณหภูมิตู้เย็นต่ำกว่า +2 หรือสูงกว่า +8 °c หลังจากนำวัคซีนเข้าไปเก็บแล้วหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่
ถ้าใช่ ให้เพิ่มเติมรายละเอียดในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น (Cold chain breakdown)	
ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการเก็บรักษาวัคซีน ตัวทำลาย และการใช้กระบอกฉีดยาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีสิ่งของอื่น (เช่น ยา อาหาร) นอกจากวัคซีน และตัวทำลาย เก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีวัคซีนที่ผสมแล้วยังเหลืออยู่เก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีวัคซีนที่เสื่อมคุณภาพเก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือไม่ (เช่น วัคซีนหมดอายุ ไม่มีฉลากที่ขวด VVM อยู่ในระยะ 3-4 หรือวัคซีนที่แข็งตัว)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
มีตัวทำลายที่เสื่อมคุณภาพเก็บรักษาไว้หรือไม่ (เช่น ตัวทำลายหมดอายุ ขวดมีรอยร้าว คนละบริษัทกับวัคซีน ขวดบรรจุสกปรก)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	
การขนส่งวัคซีน :	
อุปกรณ์ที่ใช้ในการขนส่งวัคซีน <input type="checkbox"/> กระติกวัคซีน <input type="checkbox"/> กล่องโฟม <input type="checkbox"/> อุปกรณ์อื่น ๆ ระบุ.....	
ขนส่งวัคซีนมาที่สถานที่ให้วัคซีน <input type="checkbox"/> ก่อนวันที่ให้บริการ <input type="checkbox"/> ในวันที่ให้บริการ	
มีการใช้ Conditioning ice-pack หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
รายละเอียดเพิ่มเติมและข้อคิดเห็น	
(8) การสอบสวนในชุมชน	
(เยี่ยมพื้นที่ สัมภาษณ์บิดามารดา ผู้ปกครอง และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)	
มีเหตุการณ์ที่มีผู้ป่วยคล้ายกับผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้และเกิดในตำบลเดียวกันกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ถ้ามี มีกี่ราย.....ราย เป็นผู้ได้รับวัคซีน.....ราย ไม่ได้รับวัคซีน.....ราย	
ไม่ทราบ.....ราย อธิบายรายละเอียด.....	
9. ข้อมูลอื่น ๆ ที่ตรวจพบหรือสังเกตได้และข้อคิดเห็น	
ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....	ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....
ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....	ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....
ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....	ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....
ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....	ชื่อ-สกุล ผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง.....
วันที่สอบสวน.....	วันที่ส่งแบบสอบถาม(AEFI2).....
ชื่อ-สกุลผู้ส่งแบบสอบถาม (AEFI2).....	ชื่อ-สกุลผู้ส่งแบบสอบถาม (AEFI2).....
เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน.....	E mail.....