



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 41 ฉบับที่ 20 : 28 พฤษภาคม 2553

Volume 41 Number 20 : May 28, 2010

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

สถานการณ์การเฝ้าระวังผู้ป่วยกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน ประเทศไทย ตุลาคม 2552 – มีนาคม 2553



สถานการณ์
โรค/ภัยที่สำคัญ

Acute Flaccid Paralysis (AFP) Surveillance, Thailand, October 2009 – March 2010

✉ stungcharoensilp@yahoo.com

สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์ อัญชญา วากัส และคารินทร์ อารีย์โชคชัย
กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ความสำคัญ

ในปีงบประมาณ 2553 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรมเพื่อกวาดล้างโปลิโออย่างเข้มแข็ง โดยกำหนดตัวชี้วัด ด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ในระดับจังหวัดให้ได้เกิน 2 ต่อประชากรแสนคนที่อายุต่ำกว่า 15 ปี รวมทั้งมีการเก็บอุจจาระผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจหาเชื้อ Polio virus ให้ได้ 2 ตัวอย่าง ภายใน 14 วัน หลังเริ่มมีอาการอย่างอ่อน ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย และมีการติดตามอาการผู้ป่วยเมื่อครบ 60 วัน หลังเริ่มมีอาการอย่างอ่อน ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย เพื่อประกันความมั่นใจว่าประเทศไทยมีการเฝ้าระวังโรคอย่างเข้มแข็ง ตรวจไม่พบเชื้อโปลิโอไวรัสหลบซ่อนอยู่ในธรรมชาติ และมีความสามารถที่จะตรวจจับผู้ป่วยโปลิโอและป้องกันควบคุมโรคให้ได้อย่างรวดเร็ว

การรายงานผู้ป่วย AFP ใน 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2553

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 – 31 มีนาคม 2553 สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วย AFP (ตามนิยามของการเฝ้าระวัง คือ ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มีอาการอ่อนแรงของขา หรือ แขน หรือ ทั้งขาและแขน ซึ่งอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (Acute onset) โดยไม่คำนึงถึงประวัติของแพทย์ ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอาการจากการบาดเจ็บรุนแรง (Trauma) ซึ่งนำไปสู่อาการอ่อนแรงหรืออ่อนแรง)

จำนวนทั้งสิ้น 88 ราย คิดเป็นอัตราการรายงาน 0.67 ต่อประชากรแสนคน ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นชาวพม่า 2 ราย อายุระหว่าง 2 เดือน - 14 ปี (มีฐานอายุ 6 ปี) จังหวัดที่มีจำนวนรายงานผู้ป่วย AFP มากที่สุด ได้แก่ ศรีสะเกษ 6 ราย กาฬสินธุ์ 5 ราย ปทุมธานี และสุพรรณบุรี จังหวัดละ 4 ราย และกรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ ลพบุรี สุรินทร์ ร้อยเอ็ด สกลนคร สุโขทัย และตาก จังหวัดละ 3 ราย แยกเป็นอัตราการรายงานผู้ป่วย AFP รายจังหวัด ได้ดังนี้

- จังหวัดที่มีอัตราการรายงานผู้ป่วย AFP เกิน 2 ต่อแสนประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี (ผ่านเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก) มีจำนวน 9 จังหวัด (ร้อยละ 11.8) ได้แก่ สุโขทัย สิงห์บุรี กาฬสินธุ์ อำนาจเจริญ สุพรรณบุรี ระนอง ตาก ลพบุรี ปทุมธานี

- จังหวัดที่มีอัตราการรายงานผู้ป่วย AFP เกิน 1 ต่อแสนประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวน 16 จังหวัด (ร้อยละ 21.1) ได้แก่ ชุมพร อ่างทอง ศรีสะเกษ ยโสธร สระแก้ว ลำปาง ลำพูน พระนครศรีอยุธยา สมุทรปราการ สกลนคร ร้อยเอ็ด น่าน มหาสารคาม ปราจีนบุรี นนทบุรี เชียงใหม่

- จังหวัดที่มีอัตราการรายงานผู้ป่วย AFP น้อยกว่า 1 ต่อประชากรแสนคน ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวน 19 จังหวัด (ร้อยละ 25) ได้แก่ สุรินทร์ ประจวบคีรีขันธ์ พัทลุง สุราษฎร์ธานี เลย สระบุรี



สารบัญ

◆ สถานการณ์การเฝ้าระวังผู้ป่วยกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน ประเทศไทย ตุลาคม 2552 – มีนาคม 2553	305
◆ การสอบสวนการระบาดของโรคไข้วัดข้อยุ่งลาย (ไข้ฉุนกินยา)บ้านโคกว่าน หมู่ 11 ตำบลตาจง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ วันที่ 25 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2552	309
◆ สรุปรายการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 20 ระหว่างวันที่ 16 - 22 พฤษภาคม 2553	314
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ที่ 20 ระหว่างวันที่ 16 - 22 พฤษภาคม 2553	315

วัตถุประสงค์ในการจัดทำ

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งในและต่างประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรืองานศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาศ
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์ชัชวาล จายนโยธิน นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์
นายสัตวแพทย์ประวิทย์ หุมเกษียร นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : แพทย์หญิงฉรินทร์ อารีย์โชคชัย
นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร

กองบรรณาธิการ

บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รังษิวงศ์ พงษ์ศิริ วัฒนาสุรภิตต์
กรรณิการ์ หมอนพั้งเทียม อรพรรณ สุภาพ

ฝ่ายข้อมูล

ลัดดา ลิขิตยี่งวรา น.สพ.วีรศักดิ์ ชักนำ
สมาน สมบูรณ์จินันท์ สมเจตน์ ตั้งเจริญพิศลิป
กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์ ประเวศน์ เข้มชื่น

ฝ่ายจัดส่ง : พูนทรัพย์ เปี่ยมณี เชิดชัย ดาราแจ้ง

ฝ่ายศิลป์ : ประมวล ทุมพงษ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์ ฅมยา พุกกะนันทน์

ประชาสัมพันธ์



เรียน สมาชิก wesr ทุกท่าน

สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ ASEAN Plus Three Countries ในการเผยแพร่ข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์ของ ASEAN+3 (www.aseanplus3-aid.info) เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านโรคอุบัติใหม่ การระบาดของประเทศไทย
จึงขอเชิญสมาชิกทุกท่าน หากมีผลงานต้องการเผยแพร่ เช่น การสอบสวนโรคระบาด เป็น Abstract / โฟลิดฉบับสมบูรณ์ (**ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด**) ในรายงานมีแผนภูมิกราฟภาพได้ (แนบไฟล์ต้นฉบับภาษาไทยไปด้วยได้)

****กรุณาส่งไปที่อีเมล borworn67@yahoo.com ****

โดยใส่ Subject อีเมลคำว่า: for ASEAN publishing เพื่อผู้รับผิดชอบจะได้คัดลอกผลงานของท่านไปเผยแพร่ในหมู่ประเทศอาเซียนต่อไป

ระยอง ชะลา ตรัง นครพนม นครปฐม นูร์รัมย์ หนองคาย นครสวรรค์ อุบลราชธานี ชัยภูมิ อุครธานี ขอนแก่น และกรุงเทพมหานคร

- จังหวัดที่ยังไม่มีรายงานผู้ป่วย AFP แม้เพียงรายเดียว มีจำนวน 32 จังหวัด (ร้อยละ 42.1) ได้แก่ ชัยนาท ชลบุรี จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา นครนายก นครราชสีมา หนองบัวลำภู มุกดาหาร อุตรดิตถ์ แพร่ พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน อุทัยธานี กำแพงเพชร พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ราชบุรี กาญจนบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา ภูเก็ต สงขลา สตูล ปัตตานี นราธิวาส

ซึ่งจังหวัดที่ยังไม่มีรายงานผู้ป่วย AFP แม้เพียงรายเดียว ตลอดปี พ.ศ. 2552 ต่อเนื่องมาจนถึง มีนาคม 2553 ได้แก่ นครนายก จันทบุรี มุกดาหาร พะเยา อุตรดิตถ์ กำแพงเพชร ปัตตานี สตูล

การเก็บตัวอย่างอุจจาระเพื่อตรวจหาเชื้อ Polio virus

ในผู้ป่วย AFP ที่ได้รับรายงาน 88 ราย มีการเก็บอุจจาระ ได้ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ เก็บอุจจาระได้สองตัวอย่าง ห่างกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง และเก็บภายใน 14 วันหลังเริ่มมีอาการ อัมพาตเพียง 63 ราย (ร้อยละ 71.6) เก็บอุจจาระได้สองตัวอย่างแต่เกินกว่า 14 วัน จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 25.0) เก็บอุจจาระได้ไม่ครบสองตัวอย่าง 1 ราย และเก็บอุจจาระไม่ได้เลย 2 ราย สาเหตุที่ทำให้เก็บอุจจาระไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่

- ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลช้าเกินกว่า 14 วันหลังเริ่มป่วย

- ได้รับการรายงานช้าเนื่องจากแพทย์ไม่ได้วินิจฉัยผู้ป่วยเป็น AFP โดยตรง

- ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็ว ไม่สามารถเก็บตัวอย่างอุจจาระได้ทันเวลาผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ และ ไม่มีการติดตามเก็บอุจจาระ

การติดตามอาการอัมพาตของผู้ป่วยเมื่อครบ 60 วันหลังเริ่มมีอาการ

ผู้ป่วย AFP ที่มีวันเริ่มป่วยตั้งแต่ ตุลาคม 2552 - กุมภาพันธ์ 2553 จำนวน 78 ราย (ตัดผู้ป่วยที่มีวันเริ่มป่วยในเดือนมีนาคม 2553 ออกเนื่องจากยังไม่ครบ 60 วันหลังป่วย) ในจำนวนนี้มีกรติดตามผู้ป่วยเมื่อครบ 60 วัน ได้ 51 ราย (ร้อยละ 65.4) ส่วนผู้ป่วยที่ติดตามไม่ได้เมื่อครบ 60 วัน เป็นผู้ป่วยชาวไทยทั้งหมด 25 ราย และชาวพม่า 2 ราย

ผลการค้นหาผู้ป่วย AFP เชิงรุก (AFP active case search)

ตั้งแต่เดือนมกราคม - เมษายน 2553 สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ ได้ดำเนินการติดตามการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP โดยการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกที่อาจตกค้างไม่ได้รับการรายงานใน ปี พ.ศ. 2552 วัตถุประสงค์เพื่อเร่งรัดการรายงาน

ผู้ป่วย AFP ในจังหวัดที่ไม่มีการรายงานผู้ป่วย หรือมีอัตราการรายงานผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งได้ดำเนินการไปแล้วใน 12 จังหวัด ผลการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการค้นหาผู้ป่วย AFP เชิงรุกในรอบ ปี พ.ศ. 2552 รายจังหวัด

จังหวัด	จำนวนเวชระเบียน		จำนวน AFP ที่ ไม่ได้รับการ รายงาน
	เลือกตาม ICD10	เลือกแบบสุ่ม	
มุกดาหาร	21	720	5
ศรีสะเกษ	19	720	3
สุโขทัย	14	720	4
ตาก	21	240	3
สมุทรสาคร	13	240	1
ราชบุรี	17	240	2
ระนอง	13	720	1
สุราษฎร์ธานี	172	720	7
นครสวรรค์	34	1195	3
พิจิตร	65	75	3
แพร่	24	836	1
พะเยา	33	767	3
รวม	438	7,146	36

อภิปราย

การเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ของประเทศไทยในปัจจุบัน ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือยังมีอัตราการรายงานผู้ป่วยไม่ถึง 2 ต่อประชากรแสนคนที่อายุต่ำกว่า 15 ปี และยังมีความย่อหย่อนลงอย่างเห็นได้ชัด เมื่อเทียบกับอัตราการรายงานในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา คือปี พ.ศ. 2548 – 2552 อัตราการรายงานเป็น 2.25, 2.20, 1.67, 1.97 และ 1.58 ต่อประชากรแสนคนที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ตามลำดับ และในรอบ 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2553 ซึ่งกรมควบคุมโรคได้กำหนดให้การเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP เป็นตัวชี้วัด กลับมีการรายงานผู้ป่วย AFP มาแล้วเพียง 88 ราย คิดเป็นอัตราการรายงาน 0.67 ต่อประชากรแสนคนที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ในขณะที่มีการพบผู้ป่วยโปลิโอมากขึ้นในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศในภูมิภาคเอเชีย เช่น อินเดีย อินโดนีเซีย พม่า เนปาล บังกลาเทศ และล่าสุด ในปี พ.ศ. 2553 มีการระบาดเกิดขึ้นใหม่ในประเทศทาจิกิสถาน ทำให้ประเทศไทยมีความเสี่ยงเป็นอย่างยิ่งที่จะเกิดการระบาดของโปลิโอขึ้นอีกครั้งจากการได้รับเชื้อจากผู้ติดเชื้อมาจากต่างประเทศ และตรวจจับไม่ได้เนื่องจากการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ที่ไม่เข้มแข็งเพียงพอ

จังหวัดที่ต้องกระตุ้นการรายงานผู้ป่วย AFP โดยเร่งด่วน ได้แก่ จังหวัดที่ไม่มีรายงานผู้ป่วยแม้เพียงรายเดียวใน พ.ศ. 2552 - 2553 ได้แก่ นครนายก จันทบุรี มุกดาหาร พะเยา อุดรดิต์ กำแพงเพชร บิดคานี สตูล และจังหวัดที่มีรายงานต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานและอยู่ติดชายแดน หรือมีชาวต่างด้าวอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ได้แก่ สุรินทร์ สุราษฎร์ธานี เลย ระยอง ยะลา ตรัง นุรีรัมย์ อุบลราชธานี กรุงเทพมหานคร ชลบุรี จันทบุรี ตรัง ละโว้ เชียงตรา นครนายก นครราชสีมา มุกดาหาร อุดรดิต์ แพร่ พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน อุทัยธานี เพชรบูรณ์ ราชบุรี กาญจนบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา ภูเก็ต สงขลา สตูล บิดคานี นราธิวาส

การเก็บตัวอย่างอุจจาระเพื่อตรวจหาเชื้อ Polio virus ในผู้ป่วย AFP ในภาพรวมของประเทศไทย ยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกเช่นกัน คือ สามารถเก็บตัวอย่างอุจจาระสองตัวอย่างได้ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย ซึ่งพื้นที่ที่พบผู้ป่วย AFP รั่วไว้ในโรงพยาบาล ควรทำความเข้าใจกับแพทย์ และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ให้เอาใจใส่ดูแลการเก็บตัวอย่างอุจจาระของผู้ป่วยให้ได้ในขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และต้องติดตามไปยังที่อยู่ปัจจุบัน เพื่อเก็บตัวอย่างอุจจาระให้ครบทั้งสองตัวอย่างหากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปก่อน ทั้งนี้เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่ได้มีเชื้อ Polio virus อยู่ในลำไส้ ที่จะแพร่กระจายไปอย่างรวดเร็วในชุมชน

ผลการค้นหาผู้ป่วย AFP เชิงรุกที่ไม่ได้รับการรายงานในปี พ.ศ. 2552 จากเวชระเบียนของโรงพยาบาล ใน 12 จังหวัด พบผู้ป่วยตกค้างมากถึง 36 ราย แสดงให้เห็นว่า บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการรายงานโรค ยังขาดความเข้าใจนิยามของการรายงาน AFP ทำให้มีผู้ป่วยที่ยังตกค้างไม่ได้รับการรายงานเป็นจำนวนมาก จึงได้รวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะจากการค้นหาผู้ป่วย AFP เชิงรุก ดังนี้

1. AFP เป็นการรายงานตามอาการ โดยไม่ขึ้นกับการวินิจฉัยของแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แม้ว่าแพทย์จะให้การวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรคอะไรก็ตาม หากผู้ป่วยรายนั้นมีอาการที่เข้ากับ AFP ก็ต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ระดับวิทยาของโรงพยาบาลทราบทันที
2. ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการอ่อนแรงเฉียบพลัน ควรมีบันทึกการตรวจร่างกายทางระบบประสาทอย่างครบถ้วนจากแพทย์ โดยเฉพาะ Motor power และ Deep tendon reflex
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาต่างโรงพยาบาล ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ระดับวิทยาของโรงพยาบาลต้นทาง เพื่อ

ประสานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการติดตามผู้ป่วยที่
โรงพยาบาลปลายทาง

4. ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วยังไม่ทันได้
เก็บตัวอย่างอุจจาระ ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา ของโรงพยาบาล
เพื่อประสานไปยังเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อติดตาม
อาการและเก็บตัวอย่างอุจจาระของผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐาน

5. ผู้ป่วยต่างชาติ ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติวัคซีน หรือ ได้รับ
วัคซีน ไม่ครบตามเกณฑ์ ต้องรีบรายงานทันที เนื่องจากมีความ
เสี่ยงสูงที่อาจนำเชื้อไวรัสโปลิโอมายังประเทศไทย

6. การจัดทำ Zero report ของเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาใน
โรงพยาบาล ในแต่ละสัปดาห์ ควรทำการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกก่อนการ
รายงาน เช่น คัดกรองจากการวินิจฉัยของแพทย์ (ICD10) 26 โรค
หรือสอบถามพยาบาลที่อยู่ประจำหอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยกุมารเวช-
กรรม ว่ามีผู้ป่วยเข้าได้กับ AFP ที่ยังไม่ได้รายงานในรอบสัปดาห์
หรือไม่ เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีผู้ป่วยตกค้าง ไม่ได้รับการรายงานจริงๆ

7. แพทย์จบใหม่ที่กำลังจะไปทำงานตามโรงพยาบาล
ชุมชน หรือกำลังจะไปฝึกงานตามโรงพยาบาลศูนย์หรือ
โรงพยาบาลทั่วไป ควรจะได้รับการปฐมนิเทศให้มีความรู้เกี่ยวกับ
การกวาดล้างโปลิโอจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ/หรือ
องค์กรแพทย์ภายใน โรงพยาบาล เพื่อที่แพทย์เหล่านี้จะได้เป็น
กำลังสำคัญในการที่จะช่วยรายงานผู้ป่วย AFP ต่อไป

8. ผู้บริหารของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์
หรือโรงพยาบาลทั่วไป ควรจะแจ้งให้หอผู้ป่วยบางหอผู้ป่วย เช่น
หอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูก ซึ่งอาจจะมีโอกาสที่ผู้ป่วย AFP บางราย
จะเข้าไปรับการรักษา ได้มีการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP เช่นเดียวกับหอ
ผู้ป่วยกุมาร เพื่อป้องกันผู้ป่วยที่อาจจะพลาดการรายงานได้

9. ควรรายงานผู้ป่วย AFP ที่ค้นพบจากการค้นหาเชิงรุก
ถ้าผู้ป่วยมีวันที่เริ่มอ่อนแรงยังไม่เกิน 3 เดือน นับจากวันที่ไปทำ
การค้นหา โดยสามารถเก็บอุจจาระ สอบสวนผู้ป่วย และทำ ORI
ได้เหมือนกับผู้ป่วยที่รายงานตามปกติทั่วไป