

แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนผู้ป่วยอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (ฉบับปรับปรุง ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2568)

Guidelines for Surveillance and Investigation of Acute Flaccid Paralysis (AFP) – Revised on 15 October 2025

กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Communicable Disease Surveillance Unit, Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Thailand

✉ wesr.moph@gmail.com

โรคโปลิโอ เป็นโรคที่มีความสำคัญโรคหนึ่งในนโยบาย
กำจัดกวาดล้างตามพันธสัญญานานาชาติ ซึ่งเชื้อไวรัสโปลิโอ
มี 3 สายพันธุ์ คือ สายพันธุ์ 1, 2 และ 3 โรคโปลิโอสามารถเกิด
ได้จากการติดเชื้อไวรัสโปลิโอติดต่อโดยการกินอาหารหรือน้ำที่
ปนเปื้อนเชื้อ โรคโปลิโอจะทำให้มีการอักเสบของไขสันหลัง และ
ส่งผลให้มีการอัมพาตของกล้ามเนื้อแขนขาและเกิดความพิการ
ตลอดชีวิต หรือบางรายอาจมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้
อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อโปลิโอมากกว่าร้อยละ 90 จะไม่แสดง
อาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย สำหรับประเทศไทยได้รับการ
รับรองจากองค์การอนามัยโลกว่าปลอดโรคโปลิโอมาตั้งแต่ปี
พ.ศ. 2540 อย่างไรก็ตามการเฝ้าระวังโรคยังคงมีความจำเป็นและ
สำคัญมาก เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการเฝ้าระวังของ
องค์การอนามัยโลก ประเทศไทยได้มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยอัมพาต
กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (Acute Flaccid Paralysis:
AFP) ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มาอย่างต่อเนื่องเพื่อตรวจจับการ
แพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว และการเฝ้าระวังที่เข้มแข็งจะช่วย
ยืนยันสถานะการปลอดโปลิโอของประเทศไทย

1. นิยามในการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP

ผู้ป่วย AFP หมายถึง ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มีอาการ
อัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (Acute Flaccid
Paralysis: AFP) หรือมีการตรวจร่างกายโดยแพทย์ พบว่ามีอาการ
อ่อนแรง โดยอาการอ่อนแรงของแขน ขา อาจเกิดขึ้นข้างใด
ข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง จากสาเหตุใดก็ตาม ยกเว้นผู้ป่วยที่พบว่า
มีอาการอ่อนแรงจากการบาดเจ็บรุนแรง (Trauma)

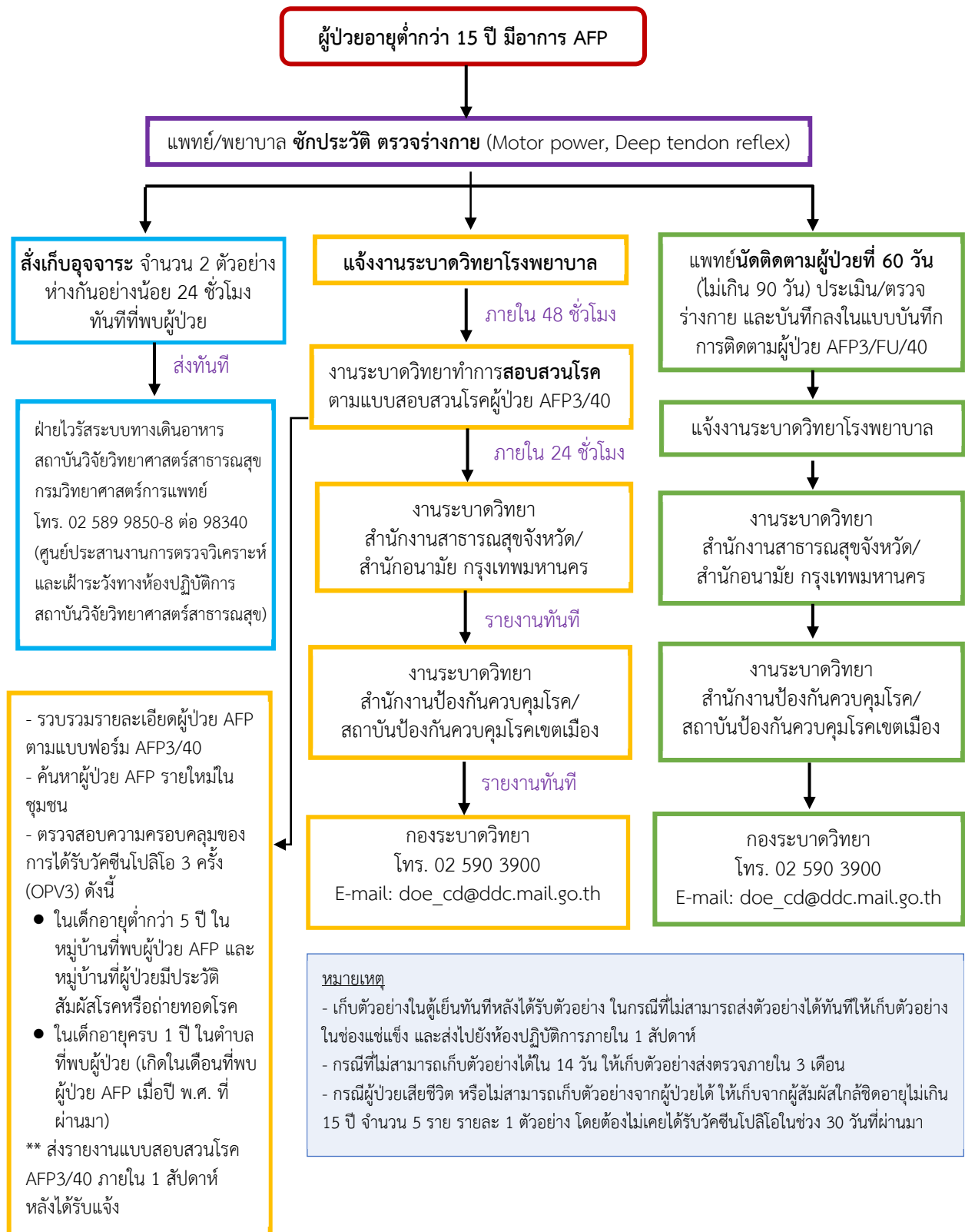
2. การรายงานโรค

2.1 เมื่อพบผู้ป่วยตามนิยามในการเฝ้าระวังโรค ให้
แพทย์/พยาบาล ที่พบผู้ป่วย ทำการซักประวัติ และตรวจร่างกาย
ผู้ป่วยทุกราย ได้แก่ Motor power และ Deep tendon reflex
เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงจริง และให้ดำเนินการส่ง
เก็บอุจจาระ จำนวน 2 ตัวอย่าง เพื่อตรวจยืนยันว่าผู้ป่วยราย
ดังกล่าวไม่มีเชื้อโปลิโอ และแจ้งไปยังงานระบาดวิทยาของ
โรงพยาบาลทันทีเพื่อทำการสอบสวนโรค

2.2 งานระบาดวิทยาของโรงพยาบาล ดำเนินการ
สอบสวนโรคผู้ป่วย AFP ตามแบบฟอร์ม AFP3/40 ภายใน
48 ชั่วโมง หลังจากได้รับแจ้ง และรายงานการพบผู้ป่วย AFP ไป
ยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)/สำนักงานมัย
กรุงเทพมหานคร (สนอ.) ภายใน 24 ชั่วโมง จากนั้น สสจ./สนอ.
รายงานต่อไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรค/สถาบันป้องกัน-
ควบคุมโรคเขตเมือง และกองระบาดวิทยา ทาง E-mail :
doe_cd@ddc.mail.go.th ภายใน 1 สัปดาห์

ในกรณีที่ต้องส่งต่อผู้ป่วย (Refer) ไปยังสถานบริการอื่น
ไม่ว่าในหรือนอกจังหวัด ให้โรงพยาบาลต้นทางที่พบผู้ป่วย AFP
รายงานการพบผู้ป่วยไปยัง สสจ./สนอ. ทุกครั้ง พร้อมทั้งแนบ
แบบสอบสวนโรค (AFP3/40) ไปพร้อมกับใบส่งต่อการรักษา
ทุกครั้ง และระบุข้อมูลการตรวจร่างกาย การเก็บตัวอย่าง
อุจจาระในใบส่งต่อการรักษาด้วย เพื่อแจ้งโรงพยาบาลปลายทาง
ที่รับผู้ป่วย สำหรับโรงพยาบาลปลายทางที่รับผู้ป่วย ไม่ว่าจะอยู่
จังหวัดเดียวกันหรือนอกจังหวัด ให้รายงานไปยัง สสจ./สนอ.
ทุกครั้งเช่นเดียวกัน

ขั้นตอนการรายงานผู้ป่วยอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (AFP)



3. การเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เมื่อพบผู้ป่วย AFP ทุกราช ให้ดำเนินการเก็บตัวอย่างอุจจาระจากผู้ป่วย 2 ตัวอย่าง ห่างกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง ตัวอย่างที่ดีที่สุด คือ ภายใน 14 วัน หลังจากเริ่มมีอาการอ่อนแรง โดยเก็บอุจจาระปริมาณ 8-10 กรัม (ขนาดประมาณ 2 นิ้วหัวแม่มือผู้ใหญ่) ใส่ในกระปุกปลอดเชื้อ เก็บในตู้เย็นทันทีที่ได้รับตัวอย่าง และให้ส่งตัวอย่างตรวจที่ฝ่ายไวรัสระบบทางเดินอาหาร สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพียงแห่งเดียวเท่านั้น และการจัดส่งอุจจาระด้วยระบบลูกโซ่ความเย็น (Cold chain) โดยต้องรักษาให้อยู่ในอุณหภูมิ +4 ถึง +8 องศาเซลเซียส ตลอดเวลาการขนส่ง (ไม่ควรส่งตัวอย่างทางไปรษณีย์) ในกรณีที่ไม่สามารถส่งตัวอย่างได้ทันทีให้เก็บตัวอย่างในช่องแช่แข็ง และส่งไปยังห้องปฏิบัติการภายใน 1 สัปดาห์ โดยประสานการส่งตัวอย่างได้ที่ศูนย์ประสานงานการตรวจวิเคราะห์และเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข โทร. 02 589 9850-8 ต่อ 98340

ส่งตัวอย่างไปที่ ฝ่ายไวรัสระบบทางเดินอาหาร

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทร. 02 589 9850-8 ต่อ 98340

(ศูนย์ประสานงานการตรวจวิเคราะห์และเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข)

หมายเหตุ หากพบผู้ป่วยเลยระยะเวลา 14 วันหลังจากมีอาการอ่อนแรง องค์การอนามัยโลกและผู้เชี่ยวชาญทางห้องปฏิบัติการยังคงแนะนำให้เก็บตัวอย่างอุจจาระได้จนถึง 60-90 วันหลังมีอาการอ่อนแรง

4. การติดตามอาการผู้ป่วย

ระยะเวลาในการนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการนั้น ขึ้นอยู่กับการประเมินอาการและดุลยพินิจของแพทย์ อย่างไรก็ตาม สำหรับมาตรฐานการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP องค์การอนามัยโลก กำหนดให้ผู้ป่วย AFP ทุกราช ต้องได้รับการติดตามอาการเมื่อครบ 60 วัน หลังมีอาการอัมพาต เพื่อตรวจร่างกายดูว่ายังมีอาการอัมพาตหลงเหลืออยู่หรือไม่ ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญประกอบการพิจารณาอาการของผู้ป่วยโปลิโอ โดยประเมินผู้ป่วยว่าสามารถเดินได้ปกติหรือไม่ พร้อมทั้งตรวจ Motor power

และ Deep tendon reflex และบันทึกลงในแบบติดตามผู้ป่วย (AFP3/FU/40) โดยจากคู่มือการเฝ้าระวังขององค์การอนามัยโลก แนะนำว่า การติดตามอาการควรทำใน 60 วัน และหากติดตามไม่ได้สามารถขยายได้ถึง 90 วัน หลังมีอาการอ่อนแรง และส่งแบบติดตามผู้ป่วย AFP ไปยัง สสจ./สนอ. จากนั้น สสจ./สนอ. รายงานต่อไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรค/สถาบันป้องกัน-ควบคุมโรคเขตเมือง และกองระบาดวิทยา ทาง E-mail: doe_cd@ddc.mail.go.th ภายใน 1 สัปดาห์ นับจากวันที่ติดตามผู้ป่วย

5. การจัดประเภทผู้ป่วย

ผู้ป่วย AFP ทุกราช จะมีการจัดประเภทผู้ป่วย โดยพิจารณาจากผลการตรวจอุจจาระ ข้อมูลจากการสอบสวนโรค ได้แก่ อาการ และอาการแสดง ประวัติการได้รับวัคซีน และข้อมูลการติดตามอาการที่ 60 วัน โดยจำแนกประเภทผู้ป่วยดังนี้

5.1 ผู้ป่วย AFP ที่ไม่ใช่โปลิโอ (Non-polio AFP) หมายถึง ผู้ป่วย AFP ที่มีเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังนี้

- เก็บตัวอย่างอุจจาระผู้ป่วยได้ครบถ้วนถูกต้องภายใน 14 วัน และผลการตรวจอุจจาระไม่พบเชื้อ

- เก็บตัวอย่างอุจจาระผู้ป่วยไม่ได้ตามเกณฑ์ และผลตรวจอุจจาระไม่พบเชื้อ และติดตามอาการเมื่อครบ 60 วัน ไม่มีอาการอัมพาตหลงเหลือ

- เก็บตัวอย่างอุจจาระผู้ป่วยไม่ได้ตามเกณฑ์ และผลตรวจอุจจาระไม่พบเชื้อ และติดตามอาการเมื่อครบ 60 วัน มีอาการอัมพาตหลงเหลือ/ติดตามไม่ได้/เสียชีวิต และคณะกรรมการเพื่อพิจารณาวินิจฉัยผู้ป่วยอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (AFP) พิจารณาสรุปว่าเป็น Non polio

5.2 ผู้ป่วยเข้าข่าย (Clinical compatible with polio) หมายถึง ผู้ป่วย AFP ที่เก็บตัวอย่างอุจจาระไม่ได้ตามเกณฑ์ และติดตามอาการเมื่อครบ 60 วัน มีอาการอัมพาตหลงเหลือ/ติดตามไม่ได้/เสียชีวิต และคณะกรรมการเพื่อพิจารณาวินิจฉัยผู้ป่วยอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (AFP) พิจารณาสรุปว่าเป็น Polio compatible

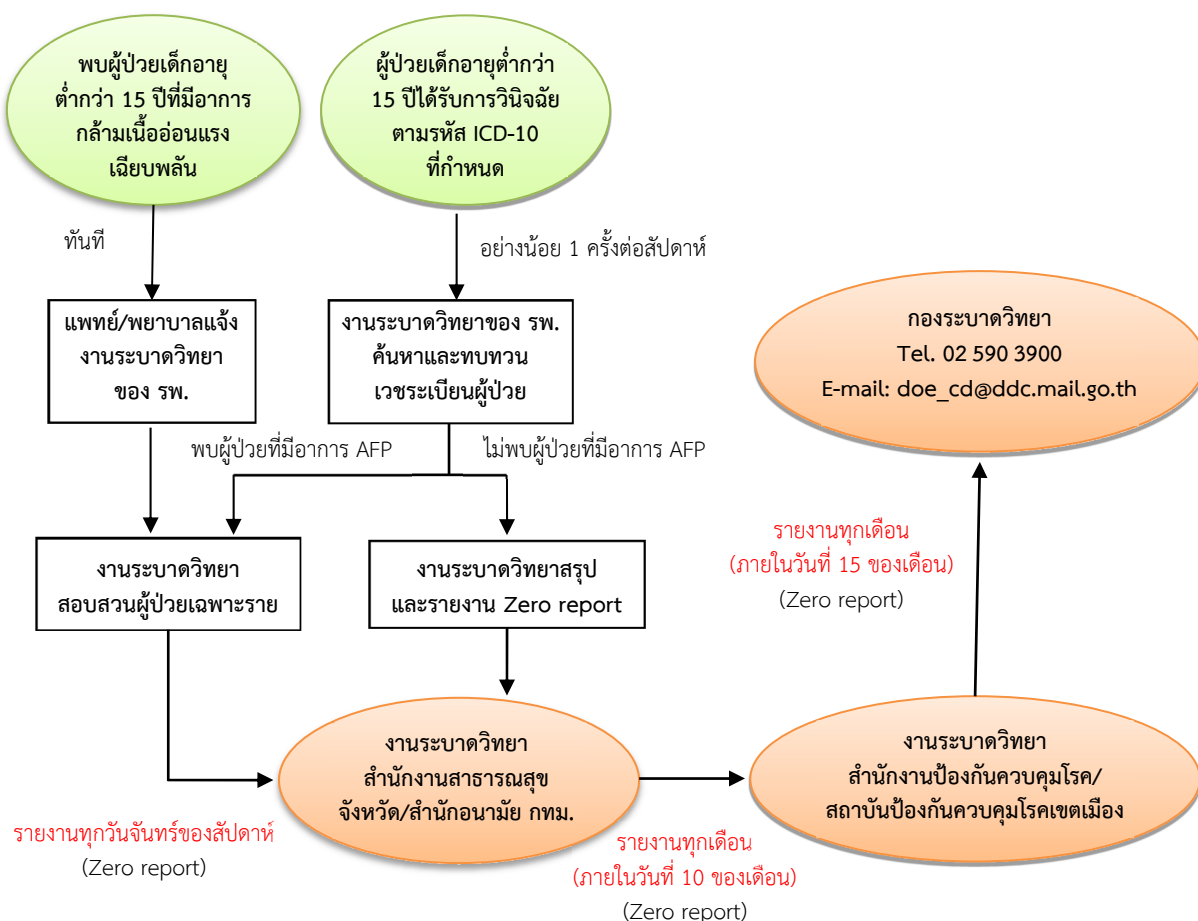
5.3 ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed) หมายถึง ผู้ป่วย AFP ที่ผลการตรวจอุจจาระพบเชื้อโพลีโอสายพันธุ์ธรรมชาติ (Wild poliovirus) หรือพบเชื้อโพลีโอสายพันธุ์วัคซีนกลายพันธุ์ (Vaccine derived poliovirus: VDPV)

6. การรายงาน Zero report AFP

เป็นระบบที่มีความสำคัญเพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย AFP ได้รับการรายงานเข้าสู่ระบบ โดยให้งานระบาดวิทยาของโรงพยาบาล ตรวจสอบว่ามีรายงานผู้ป่วย AFP เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ โดยตรวจสอบจากทะเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่มาด้วยอาการอ่อนแรง หรือถูกวินิจฉัยด้วย

ICD-10 ที่เกี่ยวข้องว่ามีอาการอ่อนแรงตามนิยามการเฝ้าระวังหรือไม่ หากพบผู้ป่วยให้สอบสวนโรคตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP และทุกวันจันทร์ให้รายงานจำนวนผู้ป่วย AFP ที่พบหรือถ้าไม่พบให้รายงานเป็น 0 ในแบบฟอร์มรายงาน AFP-Zero ไปยัง สสจ./สนอ. จากนั้น สสจ./สนอ. รวบรวมรายงานต่อไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรค/สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน และรายงานต่อไปยังกองระบาดวิทยา ทาง E-mail: doe_cd@ddc.mail.go.th ภายในวันที่ 15 ของทุกเดือน ทั้งนี้การรายงานควรครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในจังหวัดทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนการรายงาน Zero report AFP



7. เกณฑ์มาตรฐานการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ดังนี้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
อัตราการรายงานผู้ป่วย AFP ที่ไม่ใช่โปลิโอ (Non-polio AFP rate) ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	≥2/100,000 ประชากร
ความครบถ้วนของการรายงาน (Zero report) ในแต่ละสัปดาห์	≥90%
ความทันเวลาของการรายงาน (Zero report) ในแต่ละสัปดาห์	≥90%
การสอบสวนผู้ป่วย AFP ภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากได้รับรายงาน	≥90%
การเก็บตัวอย่างอุจจาระผู้ป่วย AFP เก็บได้ 2 ตัวอย่าง ห่างจากครั้งแรก อย่างน้อย 24 ชั่วโมง ภายใน 14 วัน หลังจากเริ่มมีอาการ AFP	≥80%
การติดตามอาการผู้ป่วยเมื่อครบ 60 วัน หลังจากมีอาการ AFP เพื่อตรวจดูว่าผู้ป่วยยังมีอาการอัมพาตหลงเหลืออยู่หรือไม่	≥80%

Reference

1. World Health Organization South-East Asia Regional Office. Surveillance guide for vaccine preventable diseases in the WHO South-East Asia Region. India: WHO-SEARO; 2023.
2. Ministry of Public Health (TH), Department of Disease Control, Bureau of General Communicable Diseases. Manual for Polio Eradication [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2005. (in Thai)
3. Department of Control (TH), Division of Epidemiology. Case definition for Communicable Diseases Surveillance, Thailand, 2020. Nonthaburi: Division of Epidemiology, Department of Control (TH); 2020. (in Thai)

แบบฟอร์มรายงาน AFP-Zero

รายงานผู้ป่วย AFP

ประจำสัปดาห์ที่
(วันอาทิตย์ที่..... เดือน..... พ.ศ. ถึง วันเสาร์ที่..... เดือน..... พ.ศ.)

โรงพยาบาล.....
จังหวัด.....

- ☐ ผู้ป่วย AFP ในสัปดาห์นี้ มีรายชื่อดังต่อไปนี้
- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.

☐ ไม่มีผู้ป่วย AFP

ชื่อผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

แบบฟอร์ม AFP3/40

แบบสอบสวนโรค AFP/โรคโปลิโอ (Polio)

1. ข้อมูลทั่วไป

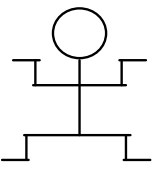
ชื่อ-สกุล (ด.ช./ด.ญ.) เลขที่บัตรประชาชน ๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐๐-๐๐-๐
 วัน/เดือน/ปี เกิด อายุขณะเริ่มป่วย ปี เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 อาชีพ ศาสนา เชื้อชาติ
ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน/ชุมชน ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ชื่อบิดา ชื่อมารดา
 ชื่อผู้ปกครอง (ในกรณีที่เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา)
 อาชีพของบิดา/มารดา เบอร์โทรศัพท์
 ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นนักเรียน ระดับชั้นการศึกษา โรงเรียน หมู่ที่
 ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ผู้สอบสวนได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วย AFP วันที่ วันที่สอบสวน

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

วันที่เริ่มป่วย (อาจมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่ก็ได้)
 วันที่เริ่มมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง (AFP)
 วันที่เริ่มรักษา (วันที่เข้ารับการรักษาใน รพ. แห่งแรกซึ่งเป็นเครือข่ายเฝ้าระวัง หลังจากผู้ป่วยมีอาการ AFP)
 สถานที่รักษาในปัจจุบัน HN

มีไข้ในวันที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่	☐ มีระบุ องศาเซลเซียส	☐ ไม่มี	☐ ไม่ทราบ
ผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้หรือไม่			
• คอแข็ง	☐ มี	☐ ไม่มี	
• ปวดกล้ามเนื้อ	☐ มี	☐ ไม่มี	
อาการอื่น ๆ (ระบุ)			
ลักษณะของอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง			
• กล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดอ่อนปวกเปียก (Flaccid)	☐ มี	☐ ไม่มี	
• กล้ามเนื้ออ่อนแรงแบบเฉียบพลัน (Acute)	☐ มี	☐ ไม่มี	
• สูญเสียประสาทส่วนรับความรู้สึก (Sensation loss) เช่น ไม่รู้สึกเจ็บ ไม่รู้สึกร้อนเย็น เป็นต้น	☐ มี	☐ ไม่มี	
• กล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่เท่ากัน (Asymmetry)	☐ มี	☐ ไม่มี	
• ตำแหน่งที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Position) และระดับความอ่อนแรงจากการตรวจร่างกาย	☐ ขาซ้าย grade	☐ ขาขวา grade	
	☐ แขนซ้าย grade	☐ แขนขวา grade	

การตรวจ Muscle tone (โปรดระบุ Grade V, IV, III, II, I, O)	
Rt. arm	Lt. arm
Rt. leg	Lt. leg

การตรวจ Deep tendon reflex (โปรดระบุ Grade 4,3,2,1,0)


การวินิจฉัยแรกเริ่ม วันที่วินิจฉัย

การวินิจฉัยสุดท้าย วันที่วินิจฉัย

3. ประวัติการรักษา

เมื่อมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงครั้งนี้ผู้ป่วยเคยไปรับการรักษาจากสถานบริการอื่นใดบ้าง

☐ ไม่เคยไป

☐ ไป ระบุชื่อสถานบริการ

1. HN วันที่
2. HN วันที่
3. HN วันที่
4. HN วันที่
5. HN วันที่

4. ประวัติการสัมผัสโรค

4.1 ประวัติการสัมผัสโรคในช่วงระยะเวลา 30 วันก่อนเริ่มป่วย (เช่น การเดินทาง การสัมผัสกับผู้สงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคโปลิโอ)

4.2 มีผู้สัมผัสใกล้ชิดได้รับ OPV ในช่วง 75 วัน ก่อนผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงบ้างหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี

ถ้ามีโปรดให้รายละเอียดผู้สัมผัสใกล้ชิด ชื่อ อายุ ปี เดือน

ที่อยู่ บ้านเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน หมู่ที่

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด.....

วันที่ผู้สัมผัสใกล้ชิดได้รับวัคซีน

5. การเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจ

5.1 การเก็บตัวอย่างอุจจาระของผู้ป่วย

- ☐ เก็บครั้งที่ 1 วันที่
- ☐ เก็บครั้งที่ 2 วันที่
- ☐ เก็บไม่ได้ เนื่องจาก

5.2 การเก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย AFP (เก็บอุจจาระผู้สัมผัสใกล้ชิดในกรณีที่เก็บอุจจาระผู้ป่วย AFP ไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตหรือติดตามไม่พบ โดยเก็บตัวอย่างผู้สัมผัสใกล้ชิด อายุไม่เกิน 15 ปี และไม่เคยได้รับวัคซีนโปลิโอ ในช่วง 30 วัน ก่อนเก็บตัวอย่างตรวจ และเก็บอุจจาระผู้สัมผัสจำนวน 5 ราย รายละ 1 ตัวอย่าง)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เพศ	อายุ	วันที่เก็บ อุจจาระ	ได้รับ OPV ครั้ง สุดท้ายเมื่อวันที่	อยู่บ้านเดียวกันกับ ผู้ป่วยหรือไม่
1.						☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
2.						☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3.						☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
4.						☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
5.						☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

6. การค้นหาผู้ป่วย AFP รายอื่น

ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ป่วยอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงในชุมชนเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ชื่อ
- ที่อยู่ บ้านเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน หมู่ที่ ถนน
- ตำบล อำเภอ จังหวัด

หมายเหตุ : เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา ควรตรวจสอบค้นหาผู้ป่วย AFP รายอื่นในชุมชน ซึ่งอาจจะยังไม่ได้เข้ารับการ
รักษาในโรงพยาบาล หรือยังไม่ได้รายงาน และดำเนินการรายงานมาตาม ข้อ 6 นี้

7. ประวัติการได้รับวัคซีนของผู้ป่วย

7.1 การได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานตามกำหนดปกติ

ชนิดวัคซีน	ไม่ทราบ	ไม่ได้รับ	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับวัคซีน				
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน (OPV)							
วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด (IPV)							
วัคซีนอื่น ๆ ระบุ							

แหล่งข้อมูลการรับวัคซีน โปรดระบุ

- ☐ สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก ☐ ทะเบียนการได้รับวัคซีนในเด็กที่สถานบริการ
☐ คำบอกเล่าจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง ☐ อื่น ๆ ระบุ

7.2 การได้รับวัคซีนโปลิโอในโอกาสอื่น

การได้รับวัคซีนโปลิโอ	จำนวนครั้ง	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับวัคซีนครั้งล่าสุด	แหล่งข้อมูล
ได้รับวัคซีนเพื่อการรณรงค์			
- วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน (OPV)			
- วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด (IPV)			
ได้รับวัคซีนเพื่อการควบคุมโรค			
- วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน (OPV)			
- วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด (IPV)			

8. ข้อมูลการตรวจสอบรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย

8.1 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย และหมู่บ้านที่มีประวัติสัมผัสหรือถ่ายทอดโรค

กลุ่มอายุ	เป้าหมาย (คน)	จำนวนคนที่ได้รับวัคซีนโปลิโอตามระบบปกติ (คน)		ความครอบคลุม (ร้อยละ)	
		OPV 3	IPV	OPV 3	IPV
ต่ำกว่า 1 ปี				ไม่ต้องคำนวณ	
ตั้งแต่ 1 ปี ถึงต่ำกว่า 5 ปี					

หมายเหตุ: กลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปี ไม่ต้องคำนวณความครอบคลุมการได้รับวัคซีน เนื่องจากเด็กบางรายยังไม่ถึงกำหนดรับวัคซีน OPV ครั้งที่ 3 หรือวัคซีน IPV

8.2 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุครบ 1 ปี ในตำบลที่พบผู้ป่วย

กลุ่มอายุ	เป้าหมาย (คน)	จำนวนคนที่ได้รับวัคซีนโปลิโอตามระบบปกติ (คน)		ความครอบคลุม (ร้อยละ)	
		OPV 3	IPV	OPV 3	IPV
เด็กอายุครบ 1 ปี ในเดือนที่พบผู้ป่วย					

8.3 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโปลิโอของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ช่วงรณรงค์ครั้งล่าสุด (ถ้ามี) ในตำบลที่พบผู้ป่วย

การรณรงค์	จำนวนเด็ก ในตำบล (คน)	จำนวนคนที่ได้รับวัคซีนโปลิโอ (คน)		ความครอบคลุม (ร้อยละ)	
		OPV 3	IPV	OPV 3	IPV
รอบที่ 1 วันที่					
รอบที่ 2 วันที่					

หมายเหตุ: ข้อมูลการได้รับวัคซีนในข้อ 7 และข้อ 8 ให้ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ร่วมดำเนินการตรวจสอบข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล เบอร์โทรศัพท์
ชื่อผู้สอบสวน ตำแหน่ง
หน่วยงาน อำเภอ จังหวัด
วันที่สอบสวน เบอร์โทรศัพท์

โปรดส่งรายงานที่
กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับแจ้งรายงานผู้ป่วย
โทรสาร 0 2590 3845 หรือ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ doe_cd@ddc.mail.go.th

แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วย AFP

AFP3/FU/40

ชื่อผู้ป่วย ☐ เด็กชาย ☐ เด็กหญิง อายุ ปี
 ที่อยู่ขณะเริ่มป่วย บ้านเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน หมู่ที่
 ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ติดตามผู้ป่วยหลังมีอาการ AFP เมื่อ ☐ 30 วัน ☐ 60 วัน ระบุวันที่ติดตาม
 พบผู้ป่วยหรือไม่ ☐ พบ

☐ ไม่พบ โปรดสอบถามข้อมูลจากผู้ใกล้ชิดและระบุสาเหตุที่ไม่พบผู้ป่วย ดังนี้

☐ ย้ายที่อยู่ ติดตามไม่ได้ ☐ เสียชีวิต ☐ อื่นๆ ระบุ

ชื่อผู้ให้ข้อมูล

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น ☐ บิดา/มารดา ☐ญาติสนิท ☐ อื่นๆ ระบุ

ผลการตรวจร่างกาย

อาการอัมพาต

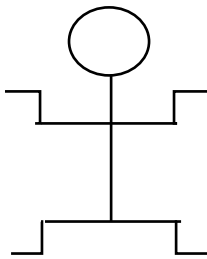
ผู้ป่วยยังคงมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลงเหลืออยู่หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี (ถ้ามี โปรดระบุตำแหน่ง)
 ระบุตำแหน่งที่ยังมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงอยู่

☐ left leg ☐ right leg ☐ face ☐ respiratory muscle
☐ left arm ☐ right arm ☐ other carnial nerves

การตรวจ Muscle tone
(โปรดระบุ Grade V, IV, III, II, I, O)

Rt. arm		Lt. arm
Rt. leg		Lt. leg

การตรวจ Deep tendon reflex
(โปรดระบุ Grade 4, 3, 2, 1, 0)



ความพิการ

☐ เดินไม่ได้ ☐ เดินกะเผลก
☐ เดินได้ปกติ ☐ เดินโดยมีผู้ช่วยพยุง หรือ ใช้ไม้ค้ำยัน หรือ ใช้เครื่องมือช่วย

Final Diagnosis

ผู้ตรวจ..... ตำแหน่ง.....
 เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้..... โรงพยาบาล.....

แบบส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยอัมพาตอ่อนแรงเฉียบพลัน (AFP)

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 โทรสาร 0-2591-2153

EPI no. (สำหรับเจ้าหน้าที่) (หมายเลขวิเคราะห์.....)
ชื่อ-สกุลผู้ป่วย เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี เดือน.....วัน
ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มป่วย..... วัน/เดือน/ปี ที่รับไว้..... วัน/เดือน/ปี ที่จำหน่าย.....
รับการรักษาที่ ร.พ. อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์..... HN..... แพทย์ผู้รักษา.....
อาการและการตรวจพบ

1. ใช้ ☐ ไม่มี ☐ มี °ซ เป็นมานาน วัน
☐ ขณะนี้ยังมีใช้ °ซ ☐ ไม่มีใช้

2. อาการทางประสาท

☐ ปวดศีรษะ ☐ อาเจียน ☐ ชี้น ☐ ชัก ☐ ไม่รู้สึกตัว ☐ คอแข็ง
อาการอัมพาต ☐ ไม่มี ☐ มี วันที่/...../.....
อัมพาตแบบ ☐ flaccid paralysis ☐ spastic paralysis
บริเวณ ☐ แขนซ้าย ☐ แขนขวา ☐ ขาซ้าย ☐ ขาขวา

ประวัติการรับวัคซีน จำนวน ครั้ง ครั้งสุดท้าย/...../.....
ครั้งที่1/...../..... ครั้งที่ 2/...../..... ครั้งที่3/...../.....

การวินิจฉัยทางคลินิก

ชนิดของตัวอย่าง ☐ อุจจาระ ☐ Rectal swab ☐ Rectal straw

เก็บครั้งที่ 1/...../..... เก็บครั้งที่ 2/...../.....

วัน/เดือน/ปี ที่ส่งตัวอย่าง/...../.....

ชื่อและที่อยู่ของผู้นำส่งตัวอย่าง	ชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ส่งตรวจ
ชื่อ.....	ชื่อ.....
ที่อยู่.....	ที่อยู่.....
.....	
โทรศัพท์	โทรศัพท์
โทรสาร.....	โทรสาร.....

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง

สภาพตัวอย่าง 1. ปริมาณ 2. น้ำแข็ง ☐ มี ☐ ไม่มี 3. สภาพ ☐ แห้ง ☐ ชื้น
สรุปสภาพตัวอย่าง ☐ ดี ☐ ไม่ดี

ลงชื่อ ผู้รับตัวอย่าง

วัน/เดือน/ปี เวลา

FM -NIH-001-10 แก้ไขครั้งที่ 0 (26 พฤษภาคม 2551)

ICD-10 สำหรับการเฝ้าระวังผู้ป่วยอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (AFP)

ลำดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค
1	A05.1	Botulism
2	A80	Acute paralytic poliomyelitis
3	A80.0	Acute paralytic poliomyelitis, vaccine-associated
4	A80.1	Acute paralytic poliomyelitis, wild virus, imported
5	A80.2	Acute paralytic poliomyelitis, wild virus, indigenous
6	A80.3	Acute paralytic poliomyelitis, other and unspecified
7	A80.4	Acute nonparalytic poliomyelitis
8	A80.9	Acute poliomyelitis, unspecified
9	G04.0	Acute disseminated encephalitis
10	G36.9	Acute disseminated demyelination, unspecified
11	G37.3	Acute transverse myelitis
12	G58	Neuropathy
13	G58.8	Other specified mononeuropathies
14	G58.9	Mononeuropathy, unspecified
15	G61.0	Guillain-Barre syndrome
16	G62.9	Polyneuropathy, unspecified
17	G70.0	Myasthenia gravis
18	G72.3	Periodic paralysis
19	G72.4	Idiopathic inflammatory myopathy
20	G81	Hemiplegia
21	G81.0	Flaccid hemiplegia
22	G82	Acute flaccid paralysis
23	G82.0	Flaccid paraplegia
24	G82.2	Paraplegia, unspecified
25	G82.3	Flaccid tetraplegia
26	G82.5	Tetraplegia, unspecified
27	G83	Other paralytic syndromes
28	G83.0	Diplegia of upper limbs
29	G83.1	Monoplegia of lower limb
30	G83.2	Monoplegia of upper limb
31	G83.3	Monoplegia, unspecified
32	G83.9	Paralytic syndrome, unspecified
33	G95	Other disease of spinal cord
34	G95.9	Disease of spinal cord, unspecified
35	M60	Myositis
36	M79.1	Myalgia
37	R53	Malaise, Fatigue