



ชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย

สถานพยาบาล และเบอร์โทรฯ

MONKEYPOX CASE REPORT FORM (CRF), version 5.0

ผู้ลงข้อมูล			Mobile No.		
Antiviral for mpox	Dose (mg)	Route po, NG, iv	Frequency (bid, tid,..)	Date start DD/MM/YY	Date Stop DD/MM/YY
<input type="checkbox"/> Tecovirimat					
<input type="checkbox"/> Cidofovir					
<input type="checkbox"/>					

วันที่เริ่มยา tecovirimat ให้นับเป็น Day 1 ตามแบบฟอร์มนี้ การตรวจติดตามอาจปรับเปลี่ยนได้จากที่ระบุ ทั้งนี้แต่ละ visit ต้องไม่เกิน 3-5 วัน กรณีที่ผู้ป่วยหายจากโรคและให้กลับบ้านได้ก่อน 14 วันให้ลงในช่อง Day 14/Last FU date

Day 1: วันที่เริ่มยา tecovirimat		วันที่ (DD/MM/YY)
Vital Sign	T °C HR..... beats/min RR..... breaths/min BP/.....	
Conscious level	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี (alert) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้ (voice) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นด้วยการทำให้เจ็บ (pain) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว	
รับการรักษาใน ICU	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (อธิบาย)	
Rash evaluation จำนวน "active lesion" (โดยประมาณ) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 6-25 <input type="checkbox"/> 26-100 <input type="checkbox"/> 101-250 <input type="checkbox"/> >250 บริเวณที่ตรวจพบ lesion <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> จมูก <input type="checkbox"/> ปาก <input type="checkbox"/> หน้าอก <input type="checkbox"/> ท้อง <input type="checkbox"/> หลัง <input type="checkbox"/> Perianal <input type="checkbox"/> รุทวารหนัก <input type="checkbox"/> Genitals <input type="checkbox"/> ฝ่ามือ <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Forearm <input type="checkbox"/> Thigh <input type="checkbox"/> Leg <input type="checkbox"/> ส้นเท้า <input type="checkbox"/> บริเวณอื่น		
ลักษณะของ lesion <input type="checkbox"/> macule <input type="checkbox"/> papule <input type="checkbox"/> Early vesicle <input type="checkbox"/> small pustule <input type="checkbox"/> umbilicated pustule <input type="checkbox"/> ulcerated lesion <input type="checkbox"/> crusting of a mature lesion <input type="checkbox"/> partially removed scab		
PAIN Score	ระดับความเจ็บปวด (pain) จาก lesion (0 ไม่ปวด / 10 ปวดมากที่สุด)	



ชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย

สถานพยาบาล และเบอร์โทรฯ

Day 4: หลังจากเริ่มยา tecovirimat 4 วัน

วันที่ (DD/MM/YY)	
Vital Sign	T°C HR..... beats/min RR..... breaths/min BP/.....
Conscious level	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี (alert) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้ (voice) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นด้วยการทำให้เจ็บ (pain) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว
รับการรักษาใน ICU	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (อธิบาย)
Rash evaluation จำนวน “active lesion” (โดยประมาณ) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 6-25 <input type="checkbox"/> 26-100 <input type="checkbox"/> 101-250 <input type="checkbox"/> >250 บริเวณที่ตรวจพบ lesion <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> จมูก <input type="checkbox"/> ปาก <input type="checkbox"/> หน้าอก <input type="checkbox"/> ท้อง <input type="checkbox"/> หลัง <input type="checkbox"/> Perianal <input type="checkbox"/> รุทวารหนัก <input type="checkbox"/> Genitals <input type="checkbox"/> ฝ่ามือ <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Forearm <input type="checkbox"/> Thigh <input type="checkbox"/> Leg <input type="checkbox"/> ส้นเท้า <input type="checkbox"/> บริเวณอื่น	
ลักษณะของ lesion <input type="checkbox"/> macule <input type="checkbox"/> papule <input type="checkbox"/> Early vesicle <input type="checkbox"/> small pustule <input type="checkbox"/> umbilicated pustule <input type="checkbox"/> ulcerated lesion <input type="checkbox"/> crusting of a mature lesion <input type="checkbox"/> partially removed scab	
PAIN Score	ระดับความเจ็บปวด (pain) จาก lesion (0 ไม่ปวด / 10 ปวดมากที่สุด)
ผู้ป่วยผลข้างเคียงที่มีอาการรุนแรง หรือ Serious adverse event ที่อาจเป็นจากยา tecovirimat หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ส่งแบบรายงานรายงานผลข้างเคียงจากยา tecovirimat ที่รุนแรง ภายใน 48 ชั่วโมง ยกตัวอย่างเช่น สงสัยว่าเกิดผลข้างเคียงจาก tecovirimat จนทำให้เกิด life-threatening condition/ เสียชีวิต/ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นเนื่องจากผลข้างเคียงดังกล่าว หากสงสัยว่ามีอาการดังกล่าว สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “ข้อแนะนำเกี่ยวกับการรายงาน ผลข้างเคียงจากยา tecovirimat ที่รุนแรง” ในเอกสารส่งรายงานความปลอดภัยที่อยู่บน website	



ชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย

สถานพยาบาล และเบอร์โทรฯ

Day 7: หลังจากเริ่มยา tecovirimat 7 วัน

กรณีผู้ป่วยหายจากโรค และ ให้กลับบ้านได้ก่อน 14 วันให้ข้ามไปที่ Last FU date เลข

วันที่ (DD/MM/YY)	
Vital Sign	T°C HR..... beats/min RR..... breaths/min BP/.....
Conscious level	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี (alert) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้ (voice) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นด้วยการทำให้เจ็บ (pain) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว
รับการรักษาใน ICU	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (อธิบาย)

Rash evaluation	
จำนวน “active lesion”(โดยประมาณ) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 6-25 <input type="checkbox"/> 26-100 <input type="checkbox"/> 101-250 <input type="checkbox"/> >250	
บริเวณที่ตรวจพบ lesion	
<input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> จมูก <input type="checkbox"/> ปาก <input type="checkbox"/> หน้าอก <input type="checkbox"/> ท้อง <input type="checkbox"/> หลัง <input type="checkbox"/> Perianal <input type="checkbox"/> รุทวารหนัก <input type="checkbox"/> Genitals <input type="checkbox"/> ฝ่ามือ <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Forearm <input type="checkbox"/> Thigh <input type="checkbox"/> Leg <input type="checkbox"/> ส้นเท้า <input type="checkbox"/> บริเวณอื่น	
ลักษณะของ lesion	
<input type="checkbox"/> macule <input type="checkbox"/> papule <input type="checkbox"/> Early vesicle <input type="checkbox"/> small pustule <input type="checkbox"/> umbilicated pustule <input type="checkbox"/> ulcerated lesion <input type="checkbox"/> crusting of a mature lesion <input type="checkbox"/> partially removed scab	
ระดับความเจ็บปวด (pain) จาก lesion ข้างต้น(0 ไม่ปวด / 10 ปวดมากที่สุดที่เคยได้รับ)	
PAIN Score	ระดับความเจ็บปวด (pain) จาก lesion (0 ไม่ปวด / 10 ปวดมากที่สุด)
<p>ผู้ป่วยผลข้างเคียงที่มีอาการรุนแรง หรือ Serious adverse event ที่อาจเป็นจากยา tecovirimat หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ส่งแบบรายงานรายงานผลข้างเคียงจากยา tecovirimat ที่รุนแรง ภายใน 48 ชั่วโมง</p> <p>ยกตัวอย่างเช่น สงสัยว่าเกิดผลข้างเคียงจาก tecovirimat จนทำให้เกิด life-threatening condition/ เสียชีวิต/ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นเนื่องจากผลข้างเคียงดังกล่าว</p> <p>หากสงสัยว่ามีอาการดังกล่าว สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “ข้อแนะนำเกี่ยวกับการรายงานผลข้างเคียงจากยา tecovirimat ที่รุนแรง” ในเอกสารส่งรายงานความปลอดภัยที่อยู่บน website</p>	



ชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย

สถานพยาบาล และเบอร์โทรฯ

Day 10: หลังจากเริ่มยา tecovirimat 10 วัน

กรณีผู้ป่วยหายจากโรค และ ให้กลับบ้านได้ก่อน 14 วันให้ข้ามไปที่ Last FU date เลข

วันที่ (DD/MM/YY)	
Vital Sign	T°C HR..... beats/min RR..... breaths/min BP/.....
Conscious level	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี (alert) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้ (voice) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นด้วยการทำให้เจ็บ (pain) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว
รับการรักษาใน ICU	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (อธิบาย)
Rash evaluation จำนวน “active lesion”(โดยประมาณ) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 6-25 <input type="checkbox"/> 26-100 <input type="checkbox"/> 101-250 <input type="checkbox"/> >250 บริเวณที่ตรวจพบ lesion <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> จมูก <input type="checkbox"/> ปาก <input type="checkbox"/> หน้าอก <input type="checkbox"/> ท้อง <input type="checkbox"/> หลัง <input type="checkbox"/> Perianal <input type="checkbox"/> รุทวารหนัก <input type="checkbox"/> Genitals <input type="checkbox"/> ฝ่ามือ <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Forearm <input type="checkbox"/> Thigh <input type="checkbox"/> Leg <input type="checkbox"/> ส้นเท้า <input type="checkbox"/> บริเวณอื่น ลักษณะของ lesion <input type="checkbox"/> macule <input type="checkbox"/> papule <input type="checkbox"/> Early vesicle <input type="checkbox"/> small pustule <input type="checkbox"/> umbilicated pustule <input type="checkbox"/> ulcerated lesion <input type="checkbox"/> crusting of a mature lesion <input type="checkbox"/> partially removed scab	
PAIN Score	ระดับความเจ็บปวด (pain) จาก lesion (0 ไม่ปวด / 10 ปวดมากที่สุด)
ผู้ป่วยผลข้างเคียงที่มีอาการรุนแรง หรือ Serious adverse event ที่อาจเป็นจากยา tecovirimat หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ส่งแบบรายงานรายงานผลข้างเคียงจากยา tecovirimat ที่รุนแรง ภายใน 48 ชั่วโมง ยกตัวอย่างเช่น สงสัยว่าเกิดผลข้างเคียงจาก tecovirimat จนทำให้เกิด life-threatening condition/ เสียชีวิต/ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นเนื่องจากผลข้างเคียงดังกล่าว หากสงสัยว่ามีอาการดังกล่าว สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “ข้อแนะนำเกี่ยวกับการรายงาน ผลข้างเคียงจากยา tecovirimat ที่รุนแรง” ในเอกสารส่งรายงานความปลอดภัยที่อยู่บน website	



ชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย

สถานพยาบาล และเบอร์โทรฯ

 Day 14 or Last Follow date

กรณีผู้ป่วยหายจากโรคและให้กลับบ้านได้ก่อน 14 วันให้ check box ที่ Last FU date

วันที่ (DD/MM/YY)	
Vital Sign	T°C HR..... beats/min RR..... breaths/min BP/.....
Conscious level	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี (alert) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้ (voice) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นด้วยการทำให้เจ็บ (pain) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว
รับการรักษาใน ICU <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (อธิบาย)	
Rash evaluation จำนวน “active lesion” (โดยประมาณ) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 6-25 <input type="checkbox"/> 26-100 <input type="checkbox"/> 101-250 <input type="checkbox"/> >250 บริเวณที่ตรวจพบ lesion <input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> จมูก <input type="checkbox"/> ปาก <input type="checkbox"/> หน้าอก <input type="checkbox"/> ท้อง <input type="checkbox"/> หลัง <input type="checkbox"/> Perianal <input type="checkbox"/> รุทวารหนัก <input type="checkbox"/> Genitals <input type="checkbox"/> ฝ่ามือ <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Forearm <input type="checkbox"/> Thigh <input type="checkbox"/> Leg <input type="checkbox"/> ส้นเท้า <input type="checkbox"/> บริเวณอื่น ลักษณะของ lesion <input type="checkbox"/> macule <input type="checkbox"/> papule <input type="checkbox"/> Early vesicle <input type="checkbox"/> small pustule <input type="checkbox"/> umbilicated pustule <input type="checkbox"/> ulcerated lesion <input type="checkbox"/> crusting of a mature lesion <input type="checkbox"/> partially removed scab	
PAIN Score	ระดับความเจ็บปวด (pain) จาก lesion (0 ไม่ปวด / 10 ปวดมากที่สุด)
ผู้ป่วยผลข้างเคียงที่มีอาการรุนแรง หรือ Serious adverse event ที่อาจเป็นจากยา tecovirimat หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ส่งแบบรายงานรายงานผลข้างเคียงจากยา tecovirimat ที่รุนแรง ภายใน 48 ชั่วโมง ยกตัวอย่างเช่น สงสัยว่าเกิดผลข้างเคียงจาก tecovirimat จนทำให้เกิด life-threatening condition/ เสียชีวิต/ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นเนื่องจากผลข้างเคียงดังกล่าว หากสงสัยว่ามีอาการดังกล่าว สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “ข้อแนะนำเกี่ยวกับการรายงาน ผลข้างเคียงจากยา tecovirimat ที่รุนแรง” ในเอกสารส่งรายงานความปลอดภัยที่อยู่บน website	



ชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย

สถานพยาบาล และเบอร์โทรฯ

 Day _____ or Last Follow date

กรณีที่ (1) ผู้ป่วยยังไม่หายจากโรค, (2) ยังรับการรักษาที่โรงพยาบาล และ (3) อาจได้รับยา tecovirimat ต่อหลังครบ 14 วัน ให้เก็บข้อมูลตาม case record form ทุกๆ 3-5 วัน หรือ อย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เมื่อผู้ป่วย Discharge ให้กลับบ้านได้จึงให้ check box ที่ Last FU date

วันที่ (DD/MM/YY)	
Vital Sign	T°C HR..... beats/min RR..... breaths/min BP/.....
Conscious level	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี (alert) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นได้ (voice) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว แต่สามารถปลุกให้ตื่นด้วยการทำให้เจ็บ (pain) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว
รับการรักษาใน ICU	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (อธิบาย)

Rash evaluation	
จำนวน “active lesion”(โดยประมาณ) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 6-25 <input type="checkbox"/> 26-100 <input type="checkbox"/> 101-250 <input type="checkbox"/> >250	
บริเวณที่ตรวจพบ lesion	
<input type="checkbox"/> ใบหน้า <input type="checkbox"/> จมูก <input type="checkbox"/> ปาก <input type="checkbox"/> หน้าอก <input type="checkbox"/> ท้อง <input type="checkbox"/> หลัง <input type="checkbox"/> Perianal <input type="checkbox"/> รุทวารหนัก <input type="checkbox"/> Genitals <input type="checkbox"/> ฝ่ามือ <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Forearm <input type="checkbox"/> Thigh <input type="checkbox"/> Leg <input type="checkbox"/> ส้นเท้า <input type="checkbox"/> บริเวณอื่น	
ลักษณะของ lesion	
<input type="checkbox"/> macule <input type="checkbox"/> papule <input type="checkbox"/> Early vesicle <input type="checkbox"/> small pustule <input type="checkbox"/> umbilicated pustule <input type="checkbox"/> ulcerated lesion <input type="checkbox"/> crusting of a mature lesion <input type="checkbox"/> partially removed scab	
PAIN Score	ระดับความเจ็บปวด (pain) จาก lesion (0 ไม่ปวด / 10 ปวดมากที่สุด)
ผู้ป่วยผลข้างเคียงที่มีอาการรุนแรง หรือ Serious adverse event ที่อาจเป็นจากยา tecovirimat หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ส่งแบบรายงานรายงานผลข้างเคียงจากยา tecovirimat ที่รุนแรง ภายใน 48 ชั่วโมง ยกตัวอย่างเช่น สงสัยว่าเกิดผลข้างเคียงจาก tecovimat จนทำให้เกิด life-threatening condition/เสียชีวิต/ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นเนื่องจากผลข้างเคียงดังกล่าว หากสงสัยว่ามีอาการดังกล่าว สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “ข้อแนะนำเกี่ยวกับการรายงานผลข้างเคียงจากยา tecovirimat ที่รุนแรง” ในเอกสารส่งรายงานความปลอดภัยที่อยู่บน website	



ชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย

สถานพยาบาล และเบอร์โทรฯ

ส่วนที่ 2 เมื่อผู้ป่วยหาย, อนุญาตให้กลับบ้านได้, ย้ายโรงพยาบาล, เสียชีวิต

Outcome type

hospital discharge

Are lesions healed?

Yes, date (dd/mm/yy)

No, ระบุจำนวน active lesion (ประมาณ) 1-5 6-25 26-100 101-250 >250

อาการผู้ป่วย ดีขึ้น เหมือนเดิม แย่ลง

transfer to.....

death, cause จาก mpox จากสาเหตุอื่น.....

Residual symptoms/sign at discharge No Yes (ระบุรายละเอียด)

Sore throat myalgia Headache อ่อนเพลีย Dizziness Chest pain

Arthralgia Psychologic disturbance Nausea Vomiting

Diarrhoea Rectal pain Rectal discharge อุจจาระลำบาก

Pain with swallowing Difficulty swallowing Urethral discharge ปัสสาวะลำบาก

Other.....

Lymphadenopathy: Axillary cervical inguinal

COMPLICATIONS (ตั้งแต่ Day1 หรือเริ่มรับยา tecovirimat)

No Yes (ระบุรายละเอียด)

กรุณาแนบเอกสาร ผลการตรวจที่ใช้วินิจฉัยเหตุการณ์ที่เกิด

Ocular infection Urinary retention Proctitis Rectal urgency

Abscess Necrotizing infection Cellulitis

Sepsis bacteremia

Seizure Meningitis Encephalitis Ischemic stroke Guillain-Barré Syndrome

Anemia Bleeding disorder

Arrhythmia Cardiomyopathy Myocarditis Pericarditis Cardiac arrest

Pneumonia ARDS Acute renal injury Pancreatitis Liver dysfunction

other:



ชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย

สถานพยาบาล และเบอร์โทรฯ

Additional SUPPORTIVE CARE

No Yes

<input type="checkbox"/> Inotropes/vasopressors Duration.....days
<input type="checkbox"/> ICU admission Duration.....days
<input type="checkbox"/> Oxygen therapy: ระบุรายละเอียด <input type="checkbox"/> Nasal cannula <input type="checkbox"/> Mask <input type="checkbox"/> Mask with reservoir Oxygen flow (L/min): <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 10-15 <input type="checkbox"/> >15 Duration.....days
<input type="checkbox"/> Non-invasive ventilation (e.g. BiPAP, CPAP) Duration.....days
<input type="checkbox"/> Invasive ventilation Duration.....days
<input type="checkbox"/> Extracorporeal (ECMO) support Duration.....days
<input type="checkbox"/> Renal replacement therapy (RRT) or dialysis Duration.....days



ชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย

สถานพยาบาล และเบอร์โทรฯ

Concomitant medications

No Yes

ระบุเฉพาะ (1) Antibiotic/Anitfungal/Antiviral (รวม ARV) และ (2) ยาที่ใช้รักษาหรือบรรเทาอาการที่เป็นผลข้างเคียงที่เกิดจากยา tecovirimat

กรณีที่ยังไม่ได้หยุดยา ที่ Day14 หรือ Last Fu ให้ระบุว่า NA หรือ ongoing ใน Date Stop

Name	ชื่อยาที่ใช้	Route	Dose & Freq	Date Start DD/MM/YY	Date Stop DD/MM/YY



ชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย

สถานพยาบาล และเบอร์โทรฯ

แบบผลการตรวจที่เกี่ยวข้องกับ complication ของโรค Mpox ที่ระบุในส่วนที่ 2 หน้าที่ 7