

แบบรายงานโรคฝีดาษวานร (Mpox)

ผู้รายงาน.....หน่วยงาน.....โทร.....วันที่รายงาน : ____/____/____

1. ข้อมูลทั่วไป

เลขบัตรประชาชน/passport.....

ชื่อ - นามสกุล..... อายุ ปี.....เดือน สัญชาติ

HN..... AN.....

เพศกำเนิด ชาย หญิง การแสดงออกทางเพศ ชายหญิง MSM TGW ไบเซ็กชวล LGBT+ อื่น ๆ.....

สถานการณตั้งครรรค์ ไม่ได้ตั้งครรรค์ ตั้งครรรค์ อายุครรรค์.....สัปดาห์ อาชีพ

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ที่อยู่ขณะป่วยในประเทศไทย เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ซอย

ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด

โรคประจำตัว.....

2. ข้อมูลทางคลินิก

วันที่เริ่มป่วย (วัน/เดือน/ปี)/...../.....

ประวัติมีไข้: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี อุณหภูมิ.....°C หนาวสั่น/เหงื่อออก: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ปวดหัว: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี อ่อนเพลีย: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี คื่น: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ตาแดง/เจ็บตา: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี น้ำมูก: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	แผล/ตุ่มในปาก: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี อาการกลืนลำบาก: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ไอ: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เจ็บคอ: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี อาเจียน: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ท้องเสีย: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เจ็บบริเวณอวัยวะเพศ/ทวารหนักหรือมีเลือดออก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี อวัยวะเพศบวมอักเสบ: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี อาการอื่นๆ ระบุ
--	--

วันที่เข้ารับการรักษา (วัน/เดือน/ปี)

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา..... จังหวัด

อาการและอาการแสดง ในวันพบผู้ป่วย :

การฉีดวัคซีนฝีดาษ: ไม่ฉีด ฉีด ระบุ/...../..... มีรอยแผลปลูกฝี ไม่ทราบ

1. ต่อม้ำเหลืองโต : บริเวณลำคอ รักแร้ ขาหนีบ อื่น ๆ

2. ผื่น: ไม่มี มี ถ้ามี เริ่มมีอาการวันที่:/...../.....

ลักษณะการกระจายของผื่น : ใบหน้า ตา ช่องปาก หน้าอก หน้าท้อง

หลัง/สีข้าง แขน ฝ่ามือ ขา ฝ่าเท้า ทวารหนัก/รอบทวารหนัก

อวัยวะเพศ/บริเวณรอบอวัยวะเพศ จำนวนตุ่มแผลโดยประมาณ

ระยะผื่น : ผื่นระยะเดียวกันทั้งตัว ผื่นหลายระยะ

ลักษณะผื่น : ผื่น/ตุ่มนูนแดง ตุ่มน้ำใส ตุ่มหนอง ตุ่มหนองลักษณะนูนตรงกลาง

ตุ่มหนองลักษณะแห้งตกสะเก็ดตรงกลาง แผลตกสะเก็ด (มีเปลือก/เปลือก) ตุ่มน้ำที่มีเลือด

3. สถานะ HIV: Positive Negative ไม่ทราบ

4. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อื่นๆ ที่ตรวจพบ: ระบุ.....

3. ประวัติเสี่ยงการติดเชื้อ ในช่วง 21 วันก่อนป่วย

- มีประวัติเดินทางมาจากประเทศที่มีรายงานการระบาด ระบุเมืองประเทศ.....
เดินทางเข้าประเทศไทยวันที่..... โดยสายการบิน.....เที่ยวบินที่.....เลขที่นั่ง.....
- มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้เดินทางมาจากประเทศที่มีรายงานการระบาดภายใน 21 วันที่ผ่านมา
- ประกอบอาชีพที่สัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ เช่น นวด ให้บริการทางเพศ ระบุอาชีพ.....
- มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร ผู้ที่มีตุ่มสงสัยฝีดาษวานร ระบุความสัมพันธ์.....
- มีประวัติเพศสัมพันธ์ เมื่อไร..... กับใคร.....สถานที่ ชื่อสถานที่.....
- เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ หรือ พนักงานในสถานพยาบาล
ระบุลักษณะงาน.....สถานที่.....
- มีประวัติสัมผัสกับสัตว์ในประเทศที่มีการระบาดหรือสัมผัสสัตว์ที่นำเข้ามาจากประเทศที่มีการระบาด เช่น แอฟริกา เป็นต้น
 - ไม่ใช่ ใช่ วันที่สัมผัส ____ / ____ / ____ ชนิดสัตว์:
 - ลักษณะการสัมผัส (ขีดข่วน/กัด/บริโภคน) ระบุ.....
- อื่น ๆ ระบุ

4. ผลการตรวจ PCR for OPXV/MPXV

วันที่เก็บ	ชนิดตัวอย่าง	วันที่ส่งตรวจ	สถานที่ส่งตรวจ	ผลตรวจ
	<input type="checkbox"/> Oropharyngeal swab			<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
	<input type="checkbox"/> Vesicular/Pustular fluid			<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
	<input type="checkbox"/> Lesion Swab			<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
	<input type="checkbox"/> Lesion roof			<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
	<input type="checkbox"/> lesion crusts			<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected
	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....			<input type="checkbox"/> Detected <input type="checkbox"/> Not detected

5. รายละเอียดเหตุการณ์ ประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 21 วันก่อนเริ่มป่วย