

# ด่วนที่สุด



ที่ สธ ๐๔๐๘.๗/ว๑๕๗

กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐

๗ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก (Marburg virus) รวมถึงโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางการติดตามผู้เดินทางจากประเทศ จำนวน ๓ แผ่น  
๒. นิยามและแบบสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก (Marburg virus) จำนวน ๙ แผ่น

ด้วยสาธารณรัฐอิเควทอเรียลกินี ซึ่งเป็นประเทศในภูมิภาคตอนกลางของทวีปแอฟริกา ได้ประกาศพบการระบาดของโรคไวรัสมาร์บวร์ก ซึ่งเป็นโรคที่ทำให้เกิดอาการไข้ร่วมกับเลือดออก เช่นเดียวกับกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ณ วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อ ๒๕ ราย เสียชีวิต ๙ ราย โดยผู้ป่วยมีอาการไข้ อ่อนเพลีย อาเจียนเป็นเลือด และท้องเสีย และได้มีการกักกันผู้สัมผัสเสี่ยงสูงประมาณ ๒๐๐ คน ด้วยเหตุนี้ทางองค์การอนามัยโลก จึงได้มีการประชุมด่วนเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก ในสาธารณรัฐอิเควทอเรียลกินี เมื่อวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ เพื่อทราบข้อมูลทางระบาดวิทยาและทบทวนมาตรการ ในการป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรค

กระทรวงสาธารณสุข จึงขอความร่วมมือหน่วยงานของท่านเตรียมความพร้อม ป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก (Marburg virus) และโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus) ในผู้ที่มีประวัติเดินทางกลับจากต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศแถบแอฟริกากลาง ดังนี้

๑. เพิ่มความเข้มข้นในการเฝ้าระวังและตรวจจับผู้ป่วย โดยแจ้งเตือนบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เฝ้าระวังผู้ป่วยอาการสงสัย โดยเฉพาะผู้มีประวัติเดินทางกลับจากต่างประเทศ หรือสัมผัสกับผู้เดินทางจากต่างประเทศ หากพบว่า

๑.๑ มีอาการเข้าเกณฑ์ทางคลินิก ได้แก่ ไข้สูงเฉียบพลัน อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ตามด้วยอาการเจ็บคอ อาเจียน ถ่ายเหลว และมีผื่นนูนแดง ตามตัว ในบางรายอาจมีอาเจียน ถ่ายเป็นเลือด เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน มีภาวะตับถูกทำลาย ไตวาย และมีอาการทางระบบประสาทส่วนกลาง

๑.๒ มีประวัติเสี่ยงอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

๑.๒.๑ สัมผัสสารคัดหลั่งของสัตว์ที่เป็นพาหะ เช่น ค้างคาวผลไม้

๑.๒.๒ สัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยยืนยัน เช่น เลือด

๑.๒.๓ เดินทางหรือมีประวัติสัมผัสกับผู้เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค

ในประเทศแถบแอฟริกากลาง

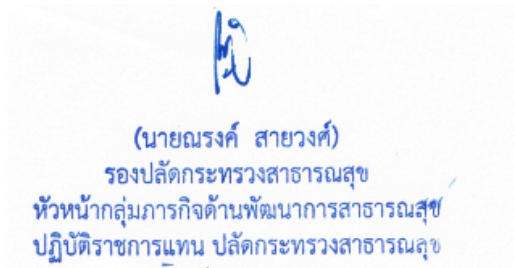
เมื่อวันที่...

๒. ทำการสอบสวนหากพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) หรือ ผู้ป่วยสงสัย (suspected) ให้แจ้งเจ้าพนักงานโรคติดต่อเพื่อให้ทีมสอบสวนโรคดำเนินการสอบสวน พิจารณาเก็บสิ่งส่งตรวจ และติดตามตามแนวทางของ PUI

ทั้งนี้ ได้มอบหมายให้นางสาวอรทัย สุวรรณไชยรบ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ และนางสาวกัญญารัตน์ หวายเครือ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๙๐๐ เป็นผู้ประสานงานรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขออนุมัติบุคลากรที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังกล่าวต่อไปด้วย  
จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

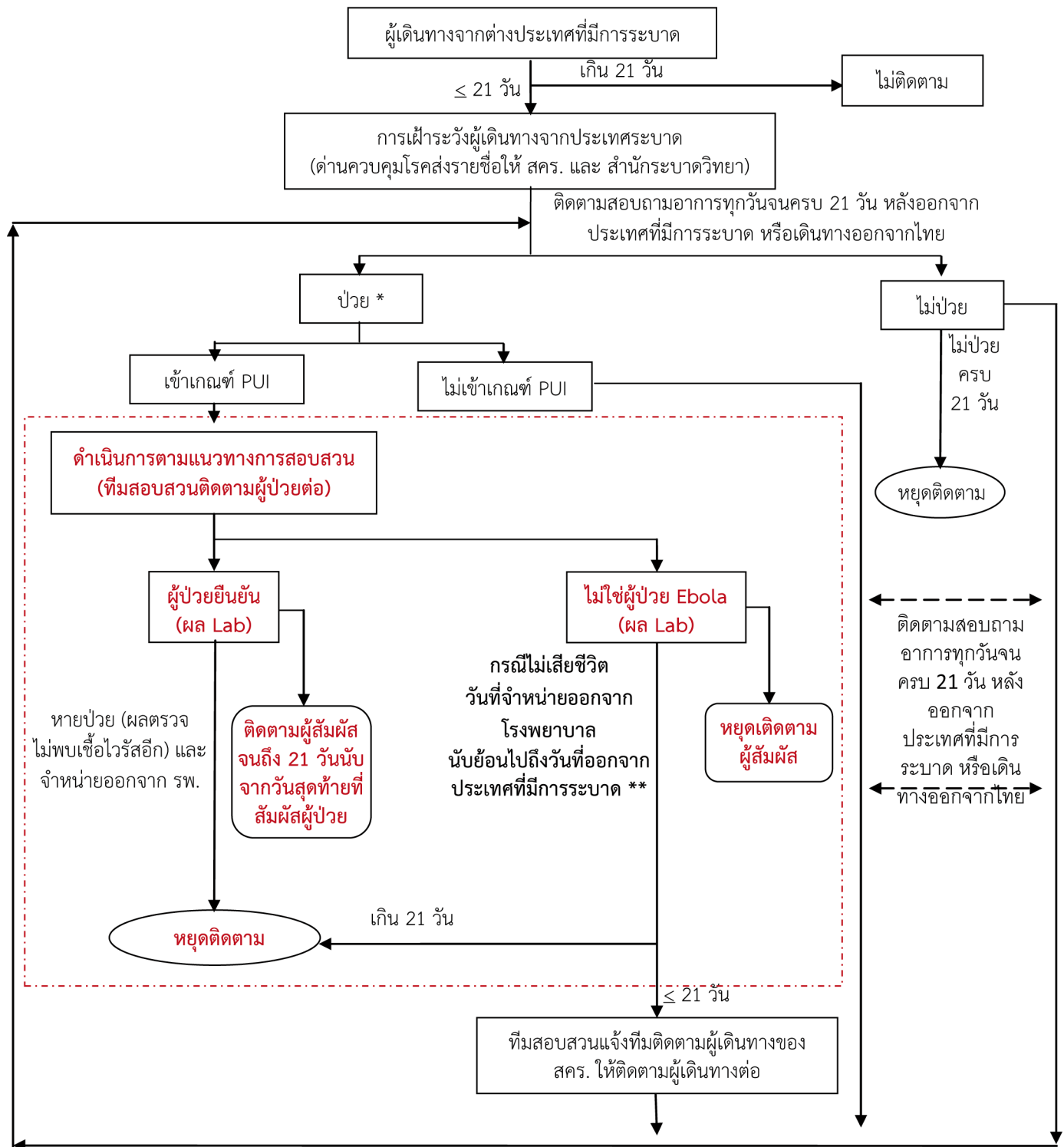


กรมควบคุมโรค  
กองระบาดวิทยา  
โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๙๐๐  
โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๔๕



# แนวทางการติดตามผู้เดินทางจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

แผนภูมิที่ 3.1 แนวทางการติดตามผู้เดินทางจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า



\* หากผู้เดินทางมีอาการป่วย ให้ทีมติดตามผู้เดินทางแจ้งสำนักระบาดวิทยา เพื่อพิจารณาร่วมกันว่าเข้าเกณฑ์ PUI หรือไม่

\*\* ผู้เดินทางออกจากพื้นที่เสี่ยงยังไม่ครบ 21 วัน จึงยังมีความเสี่ยงที่จะอยู่ในระยะฟักตัวของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเพียงแต่การป่วยในครั้งนี้ (ที่การตรวจให้ผลลบ) ไม่ได้เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ดำเนินการโดยทีมสอบสวนโรค (ดูแนวทางการสอบสวน และติดตามผู้ป่วย ผู้สัมผัส)

1. ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศส่งรายชื่อ และข้อมูลผู้เดินทางจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามายังสำนักระบาดวิทยา และสำนักงานควบคุมป้องกันโรค (สคร.) 1-12 ทุกวันภายใน 18:00 น. รายชื่อประเทศที่ต้องติดตามขณะนี้

- กินี (Guinea)
- ไลบีเรีย (Liberia)
- เซียร์ราลีโอน (Sierra Leone)
- ไนจีเรีย (Nigeria)
- เซเนกัล (Senegal)
- สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (Democratic Republic of the Congo)

2. สคร. ทำการติดตามผู้เดินทาง และเติมข้อมูลลงท้ายตาราง Excel (column highlight สีเหลือง) ผู้เดินทางเข้าข่าย 21 วัน ส่งกลับมายังสำนักระบาดวิทยาทุกวันภายในเวลา 16.00 น. ที่ E-mail address outbreak@health.moph.go.th เพื่อสรุปเข้า war room

2.1 การติดตาม ให้ดำเนินการทุกวันจนครบ 21 วันนับจากวันที่ออกจากพื้นที่เกิดโรคหรือ จนเดินทางออกนอกประเทศไทย

2.2 หากผู้เดินทางรายใด เดินทางออกจากพื้นที่ สคร. ของตนเอง และทราบที่อยู่ใหม่ ให้แจ้งกับ สำนักระบาดวิทยา เพื่อประสานไปยัง สคร. ที่ผู้เดินทางย้ายที่ไป

2.3 หากผู้เดินทางรายใดมีอาการป่วย ให้แจ้ง SRRT ของ สคร. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักระบาดวิทยาทันที

2.3.1 หากผู้เดินทางที่มีอาการป่วย เข้าได้กับเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) หรือ ผู้ป่วยสงสัย (suspected) ขึ้นไป ให้ทีมสอบสวนโรคดำเนินการสอบสวน และติดตามแทน จนกว่าผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- หากผลการตรวจเชื้อไวรัสอีโบล่าให้ผลลบ เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้ทีมสอบสวนโรคแจ้งกับ ทีมติดตามผู้เดินทาง (สคร.) ติดตามผู้เดินทางรายนี้ต่อจนกว่าจะครบ 21 วัน หลังออกจากพื้นที่เกิดโรคหรือจนเดินทางออกนอกประเทศ (ไปข้อ 3)
- หากผลการตรวจเชื้อไวรัสอีโบล่ายืนยันว่าเป็นผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และได้รับการรักษาจนผลการตรวจสุดท้ายให้ผลลบต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถือว่าจบการติดตามผู้ป่วย (ผู้เดินทาง) แต่ยังคงติดตามผู้สัมผัสต่อไปจนครบ 21 วันหลังจากสัมผัสผู้ป่วยรายนี้ครั้งสุดท้าย

2.3.2 หากผู้เดินทางที่มีอาการป่วย ยังไม่เข้ากับเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) หรือ ผู้ป่วยสงสัย (suspected) ขึ้นไป ให้ทีมติดตามผู้เดินทางของ สคร. ติดตามตามปกติต่อไปจนครบ 21 วันนับจากวันที่ออกจากพื้นที่เกิดโรคหรือ จนเดินทางออกนอกประเทศไทย หรือจนหากเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) หรือ ผู้ป่วยสงสัย (suspected) ขึ้นไป ให้ทีมสอบสวนโรคดำเนินการสอบสวน และติดตาม ตามแนวทางของ PUI (ไปข้อ 2.3.1)

3. หากทีมติดตามผู้เดินทางของ สคร. ได้รับแจ้งกลับจากทีมสอบสวนโรคกรณีผู้เดินทางรายใดที่เข้าข่าย PUI หรือ Suspected แต่ได้รับการตรวจยืนยันว่าไม่ใช่ผู้ป่วย Ebola (จากข้อ 2.3.1)

- ให้ดำเนินการติดตามต่อไปทุกวันจนครบ 21 วัน นับจากวันที่ออกจากพื้นที่เกิดโรคหรือ จนเดินทางออกนอกประเทศไทย
- หากมีอาการป่วยใดขึ้นมาอีก ภายใน 21 วัน นับจากวันที่ออกจากพื้นที่เกิดโรคให้ดำเนินการตามหัวข้อ 2.3 อีกครั้ง

# โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก (Marburg virus disease: MVD)

ICD-10: A98.3

## 1. นิยามในการเฝ้าระวังโรค (Case definition for surveillance)

### 1.1 เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical criteria)

มีไข้สูงเฉียบพลัน อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ตามด้วยอาการเจ็บคอ อาเจียน ถ่ายเหลว และมีผื่นนูนแดงตามตัว ในบางรายอาจมีอาเจียน ถ่ายเป็นเลือด เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน มีภาวะตับถูกทำลาย ไตวาย และมีอาการทางระบบประสาทส่วนกลาง

### 1.2 เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory criteria)

#### 1.2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป (Presumptive diagnosis)

ไม่มี

#### 1.2.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ (Specific diagnosis)

- การตรวจหาเชื้อ/แอนติเจน/สารพันธุกรรมของเชื้อ (Pathogen identification)
  - วิธี Reverse-transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR) จากตัวอย่างเลือด พบสารพันธุกรรมของเชื้อ Marburg virus
  - วิธีเพาะแยกเชื้อไวรัส (Viral isolation) พบเชื้อ Marburg virus
- การตรวจหาภูมิคุ้มกันของเชื้อ (Serology)
  - วิธี Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) ในเลือด พบภูมิคุ้มกัน (IgM/IgG)

## 2. ประเภทผู้ป่วย (Case classification)

**2.1 ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation: PUI)** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีประวัติเสี่ยงอย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังนี้

- สัมผัสสารคัดหลั่งของสัตว์ที่เป็นพาหะ ได้แก่ ค้างคาว
- สัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยยืนยัน เช่น เลือด น้ำลาย
- เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคในแถบแอฟริกา เช่น อูกันดา แองกอลา เคนยา เป็นต้น

**2.2 ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case)** หมายถึง ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI)

**2.3 ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case)** หมายถึง ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) และมีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยัน

**2.4 ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case)** หมายถึง ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) และมีผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะข้อใดข้อหนึ่ง

## 3. การรายงานผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (Reporting criteria)

- เมื่อพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation: PUI) ให้รายงานแก่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด หรือกรมควบคุมโรค ภายใน 3 ชั่วโมง หากเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัดได้รับรายงานแล้ว ต้องแจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อของกรมควบคุมโรค ภายใน 1 ชั่วโมง

- ในกรณีพบผู้ป่วยยืนยัน ให้ประเทศสมาชิกรายงานไปยังองค์การอนามัยโลก (WHO) ทันที

#### 4. การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Verification)

- ต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลพื้นที่การระบาดจากองค์การอนามัยโลก (WHO) หรือศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (CDC) หรือองค์การระหว่างประเทศ

#### 5. การสอบสวนโรค (Epidemiological investigation)

**5.1 การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย (Case investigation)** กรณีพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation: PUI) ให้กรมควบคุมโรคร่วมกับเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อของจังหวัด และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ของอำเภอดำเนินการสอบสวนโรคภายใน 12 ชั่วโมงหลังจากพบผู้ป่วย และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ระบาด

**5.2 การสอบสวนระบาด (Outbreak investigation)** กรณีพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation: PUI) ตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป ที่มีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยัน หรือพบผู้ป่วยสงสัย/เข้าข่าย/ยืนยัน เพียง 1 ราย ให้กรมควบคุมโรคร่วมกับเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อของจังหวัด และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ของอำเภอดำเนินการสอบสวนโรคภายใน 12 ชั่วโมงหลังจากพบผู้ป่วย และประสานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเพื่อดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ระบาด

#### 6. หมายเหตุ (Remarks)

- ระยะฟักตัว 2-21 วัน
- ในกรณีที่มีการระบาดในประเทศไทย นิยามผู้ป่วย PUI ไม่จำเป็นต้องมีประวัติเสี่ยง

#### 7. เอกสารอ้างอิง (References)

7.1 World Health Organization. Marburg virus disease [Internet]. [cited 2019 Oct 3]. Available from: <https://www.who.int/csr/disease/marburg/en/>

# แบบสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก (Marburg virus)/ โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus)

## ความเป็นมา

วันที่รับแจ้ง..... เวลา ..... น. ได้รับแจ้งจาก .....

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่สอบสวนโรค ..... เวลา..... น. หมายเลขโทรศัพท์ .....

## 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) .....

เลขที่บัตรประชาชน  -  -  -  -  อายุ ..... ปี ..... เดือน เพศ  ชาย  หญิง

HN ..... AN ..... อาชีพ ..... ลักษณะงานที่ทำ .....

ศาสนา ..... สัญชาติ ..... หมายเลขโทรศัพท์ ..... อีเมล .....

ทราบว่า มีผู้ป่วยรายนี้จากแหล่งใด

ข่าวลือ  การเสียชีวิต  ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน  ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่ .....

ภูมิลาเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ระบุ

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/ชุมชน .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) .....

## 2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่  ไม่มี  มี

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ซีฟจร ..... ครั้ง/นาที

หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

(ให้ระบุอาการและอาการแสดงในหน้าถัดไป)

## 2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยต่อไปนี้หรือไม่

	อาการและอาการแสดง		วันที่ป่วย (เรียงตามลำดับอาการ)														ข้อสังเกตอื่น ๆ
	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
ไข้	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี															
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี															
คลื่นไส้/อาเจียน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี															
เบื่ออาหาร	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี															
ถ่ายเหลว	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี															
อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี															
ปวดท้อง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี															
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี															
กลิ่นลำบาก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี															
หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี															
ตาแดง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี															
มีจุดแดงที่ผิวหนัง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี															
อุจจาระมีเลือดปน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี															
อาเจียนมีเลือดปน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี															
เลือดกำเดาไหล	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี															
เลือดออกตามเหงือก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี															
อื่นๆ ระบุ .....																	



### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

##### 3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

วันที่ส่งตรวจ ..... Hct ..... % Platelet .....  $\times 10^3$  WBC .....  
 Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... % Eosinophil ..... % Monocyte ..... %  
 อื่น ๆ .....

##### 3.1.2 Liver function tests (LFTs)

วันที่เก็บตัวอย่าง ..... TB ..... DB ..... SGOT ..... SGPT ..... Alb .....

##### 3.1.3 Renal function test

วันที่เก็บตัวอย่าง ..... BUN ..... Cr ..... GFR .....

#### 3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

ชนิดตัวอย่างที่ส่งตรวจ	วันที่เก็บตัวอย่าง	วันที่ส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ

### 4. การรักษา

วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น. วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก .....

สถานที่เข้ารับการรักษารั้งแรก ..... จังหวัด .....

สถานที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน ..... จังหวัด .....

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

ไม่ได้  ได้ ..... วันที่ให้การรักษา .....

ไม่ได้  ได้ ..... วันที่ให้การรักษา .....

การรักษาอื่น ๆ .....

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....

ถ้าเสียชีวิต มีการทำ Post-mortem skin biopsy  ไม่ทำ  ทำ ระบุผล .....

สรุปสถานะผู้ป่วย  ยืนยัน  เข้าข่าย  สงสัย  ไม่ใช่ผู้ป่วยใช้ทรพิษ

มีผู้ป่วยรายอื่นที่อาศัยอยู่ในละแวกใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่  ไม่มี  มี

พบผู้ป่วยรายใหม่ชื่อ ..... นามสกุล .....

การวินิจฉัย ..... วันที่จำหน่าย .....

### 5. ประวัติสัมผัสโรค ภายใน 21 วันก่อนมีอาการป่วย

#### 5.1 สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสซาร์บวร์ก ในครอบครัว

ไม่ใช่  ใช่ ระบุชื่อ ..... ความสัมพันธ์ .....

อธิบายการสัมผัส .....

- 5.2 สัมผัสบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสซาร์บวร์ก  
 ไม่ใช่  ใช่ ระบุชื่อ .....  
 สถานพยาบาลที่สัมผัส ..... จังหวัด ..... อำเภอ .....
- 5.3 มีประวัติเดินทางร่วมกับผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสซาร์บวร์ก  
 ไม่ใช่  ใช่ ระบุชื่อ .....  
 เส้นทางที่เดินทาง ..... วันที่เดินทาง .....
- 5.4 สัมผัสกับสัตว์ป่วยหรือตาย (โดยเฉพาะ ลิง แอนติโลปป่า (สัตว์กึ่งคู่อยู่ในวงศ์วัวและควาย) หนู และค้างคาว)  
 ไม่ใช่  ใช่  ไม่ทราบ  
 ชนิดสัตว์ที่สัมผัส .....  
 วันที่สัมผัส .....  
 ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส .....  
 สถานที่ที่สัมผัส (เช่น ตอนเดินทางไปแอฟริกา หรือขณะอยู่ในประเทศไทย) .....  
 ชื่อแพทย์ผู้รักษา/ชื่อโรงพยาบาล ..... วันที่ .....
- 5.5 มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสซาร์บวร์ก ในที่อื่น ๆ ระบุ .....
- 5.6 มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ  
 ไม่ใช่  ใช่  ไม่ทราบ  
 ประเทศ ..... เมือง .....  
 วันที่เดินทางไป ..... สายการบิน ..... เที่ยวบิน ..... เลขที่นั่ง .....  
 วันที่เดินทางกลับ ..... สายการบิน ..... เที่ยวบิน ..... เลขที่นั่ง .....

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

- 6.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกันป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสซาร์บวร์ก ภายในระยะเวลา 21 วัน  
 หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้  
 ไม่ใช่  ใช่  ไม่ทราบ

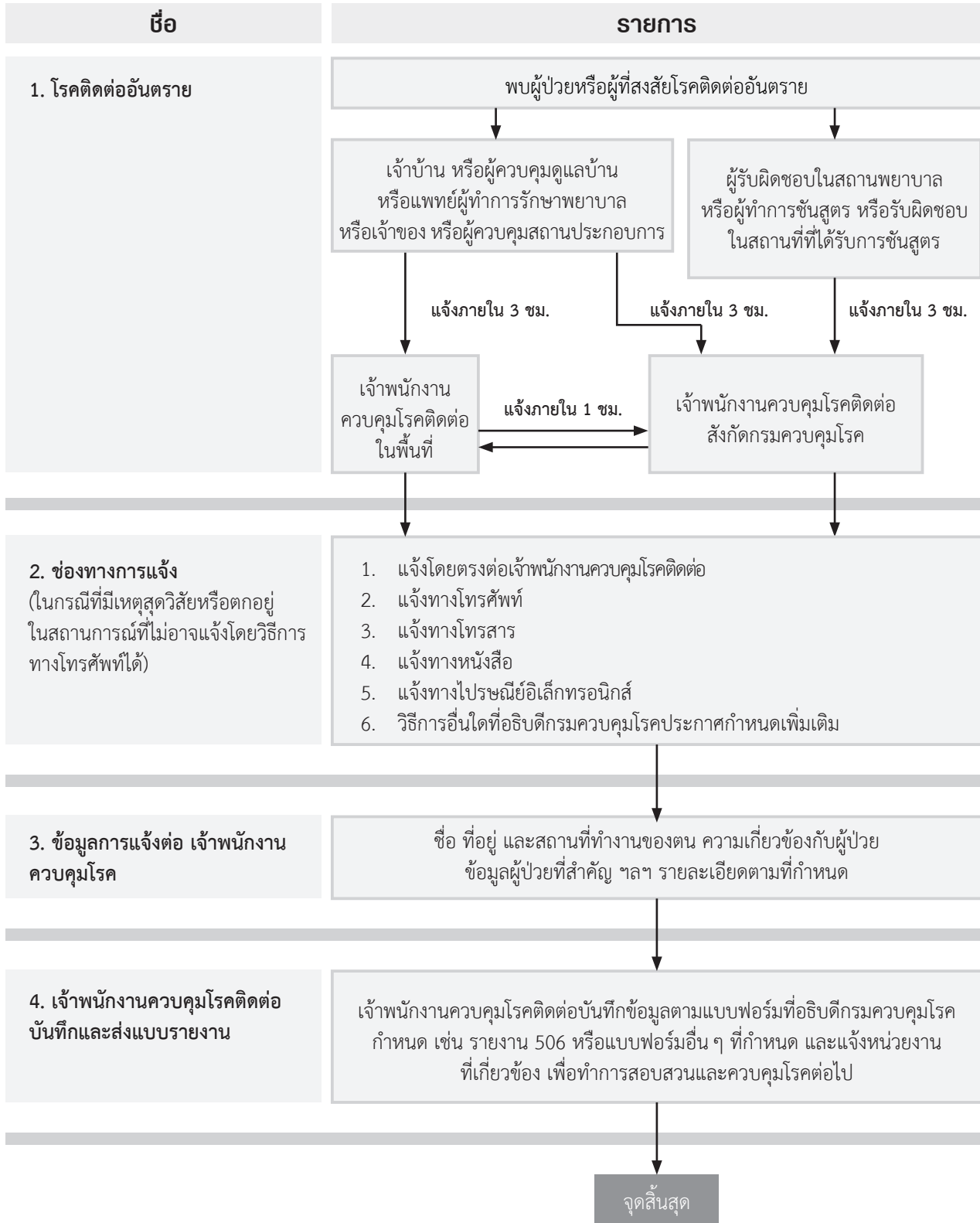
ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย
1				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
2				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
3				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
4				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
5				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....

6.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสซาร์บวร์ก ภายใน  
 ระยะเวลา 21 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้  
 ไม่มี     มี

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....	
2				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....	
3				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....	
4				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....	
5				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....	

## หลักเกณฑ์และวิธีการแจ้ง

ในกรณีที่มีโรคติดต่ออันตรายเกิดขึ้น กรณีเจ้าบ้าน หรือผู้ควบคุมดูแลบ้าน หรือแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาล หรือเจ้าของ หรือผู้ควบคุมสถานประกอบการ หรือผู้ทำการขนส่ง หรือผู้รับผิดชอบในสถานที่ที่ได้มีการขนส่ง



โรค	อำเภอ/ศบส.	จังหวัด/กทม.	เขต	ส่วนกลาง	กำหนดเวลาทดสอบ (B=Best practice, L=Law)
ไข้เหลือง (Yellow fever)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	สอบสวนภายใน 12 ชั่วโมง หลังรับแจ้ง (ทุกระดับ, L)
โรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์ (Nipah virus disease)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ผู้ป่วยเข้าข่าย หรือ ยืนยัน	สอบสวนภายใน 12 ชั่วโมง หลังรับแจ้ง (ทุกระดับ, L)
โรคติดเชื้อ ไวรัสมาร์บวร์ก (Marburg virus disease)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	สอบสวนภายใน 12 ชั่วโมง หลังรับแจ้ง (ทุกระดับ, L)
ไข้ลาซา (Lassa fever)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	สอบสวนภายใน 12 ชั่วโมง หลังรับแจ้ง (ทุกระดับ, L)
โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus disease; EVD)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	สอบสวนภายใน 12 ชั่วโมง หลังรับแจ้ง (ทุกระดับ, L)
โรคติดเชื้อไวรัสเฮนตรา (Hendra virus disease)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ผู้ป่วยเข้าข่าย หรือ ยืนยัน	สอบสวนภายใน 12 ชั่วโมง หลังรับแจ้ง (ทุกระดับ, L)
โรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome; SARS)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ผู้ป่วยเข้าข่าย หรือ ยืนยัน	สอบสวนภายใน 12 ชั่วโมง หลังรับแจ้ง (ทุกระดับ, L)