

-ร่าง-

## แนวทางการติดตามและประเมินผล

โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3  
การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และดูแลรักษาโรคในคน ปีงบประมาณ 2562

สำนักโรคติดต่อทั่วไป

กรมควบคุมโรค

## คำนำ

แนวทางการติดตามประเมินผลโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และดูแลรักษาโรคในคน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานของผู้บริหาร และบุคลากรที่ปฏิบัติงานโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และดูแลรักษาโรคในคน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ประกอบด้วยวิธีการและขั้นตอนการติดตามและประเมินผลโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการติดตามและประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบและเป็นมาตรฐานเดียวกัน อนึ่ง แนวทางนี้สามารถพัฒนาได้ตามความเหมาะสม

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางนี้จะเป็นประโยชน์ในการติดตาม ตรวจสอบ ความเหมาะสม ความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามระยะเวลา เป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งประเมินผลสัมฤทธิ์โดยรวมของการดำเนินงาน และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาแผนต่อไป

กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน สำนักโรคติดต่อทั่วไป

กุมภาพันธ์ 2562

## สารบัญ

คำนำ .....	2
หลักการ.....	4
สถานการณ์ .....	5
วัตถุประสงค์ .....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
ขอบเขตในการติดตามและประเมินผล.....	6
นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ .....	7
กรอบการติดตามและประเมินผล.....	8
วิธีการติดตามและประเมินผล.....	9
การจัดทำรายงาน เสนอผู้บริหาร.....	10
ภาคผนวก.....	11
แบบทดสอบการศรัทธาบุคลากร .....	15
แบบสอบถามเฉพาะรายผู้เสียชีวิตโรคพิษสุนัขบ้า.....	19
แบบสรุปการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแบบป้องกันโรคล่วงหน้า (Pre Exposure Prophylaxis-PrEP).....	23
แบบสำรวจระบบลูกโซ่ความเย็นวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ประจำปีงบประมาณ 2562 .....	24
แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน.....	30

## หลักการ

ด้วย ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ทรงมีพระปณิธาน เจริญรอยตามเบื้องพระยุคลบาทของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช และสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ในการดูแลทุกข์สุขของพสกนิกรชาวไทย รวมถึงสรรพชีวิตภายใต้ร่มพระบารมีให้ได้รับความผาสุก ราบรื่นทุกวันนี้ และขออัญเชิญพระกระแสรับสั่งเมื่อครั้งเสด็จทอดพระเนตรการดำเนินงานของศูนย์ดูแลสุนัขจรจัด ของกองทัพเรือ ณ อำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2559 ว่า “ทรงห่วงใยปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าที่เป็น ปัญหาสำคัญของชาติ” และทรงมีพระประสงค์ให้โรคพิษสุนัขบ้าหมดไปจากประเทศไทย โดยต้องค่อยเป็นค่อยไป สัตว แพทย์ควรมีบทบาทในการช่วยดำเนินการ

รัฐบาลได้น้อมรับใส่เกล้าฯ สนองพระปณิธาน และ ฯ พณฯ นายกรัฐมนตรี ได้มีคำสั่งที่ 214/2559 ลงวันที่ 29 กันยายน 2559 แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี และทรงมีพระกรุณาธิคุณรับเป็นประธานกรรมการฯ พร้อมพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าสิริภาจุฑาภรณ์ ทรงร่วมเป็นรองประธานฯ เพื่อให้การขับเคลื่อนโครงการฯ เห็นผลเป็นรูปธรรม โดยมีองค์ประกอบของคณะกรรมการ จากสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย และกรม กองต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น เพื่อเป็นการน้อมเกล้าจารึกพระเกียรติคุณที่ทรงมีต่อพสกนิกรชาวไทย และสรรพชีวิต เนื่องใน โอกาส วันมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 60 พรรษา ของศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ในวันที่ 4 กรกฎาคม 2560 รัฐบาลเห็นสมควรดำเนินการโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี เพื่อ เผยแพร่พระเกียรติคุณให้ปรากฏสืบไป

ซึ่งโครงการดังกล่าวประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 8 ด้าน ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในสัตว์ รับผิดชอบโดย กรมปศุสัตว์

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การจัดระบบศูนย์พักพิงสัตว์ รับผิดชอบโดย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมและดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน รับผิดชอบโดย กระทรวงสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคพิษสุนัขบ้าในท้องถิ่น รับผิดชอบโดย กรมส่งเสริมปกครองท้องถิ่น

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านประชาสัมพันธ์ รับผิดชอบโดย กรมประชาสัมพันธ์

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ด้านศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ รับผิดชอบโดย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 7 ด้านการติดตามและประเมินผล รับผิดชอบโดย สำนักนายกรัฐมนตรี

ยุทธศาสตร์ที่ 8 ด้านนวัตกรรม การถ่ายทอดเทคโนโลยี รับผิดชอบโดย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สำหรับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรับผิดชอบยุทธศาสตร์ที่ 3 โดยมีเป้าประสงค์ คือ ไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า มีกลยุทธ์สำคัญที่ใช้ในการดำเนินงาน ดังนี้

1. การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในคน มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคแก่บุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค ให้มีความครอบคลุม สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการเก็บ/ ส่งตัวอย่างและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อวินิจฉัยยืนยัน โรคพิษสุนัขบ้า เมื่อพบผู้ป่วย/ผู้เสียชีวิตที่สงสัยโรคพิษสุนัขบ้าหรือใช้สมองอักเสบที่ไม่ทราบสาเหตุทุกราย

2. การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคน โดยส่งเสริม สนับสนุนให้มีบริการวัคซีน/ อิมมูโนโกลบูลิน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างเพียงพอ รวมทั้งส่งเสริมการจัดหาวัคซีนเพื่อป้องกันโรคล่วงหน้าสำหรับบุคลากรและอาสาสมัครที่เกี่ยวข้อง

3. การควบคุมโรคเมื่อเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในคน สอบสวนโรคร่วมกันตามหลักสุขภาพหนึ่งเดียว ให้มีการค้นหาติดตามผู้สัมผัสโรค (มีประวัติถูกสุนัขบ้ากัด-ข่วน) และกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลรักษาและฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบชุดทุกราย โดยสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ดำเนินการตามมาตรการควบคุมโรค ภายใต้แผนโรคติดต่อระดับจังหวัด

4. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย การติดตามประเมินผล การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และส่งเสริมการนำกฎหมายที่เกี่ยวข้องมาบังคับใช้ รวมทั้งปรับปรุงกฎระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าให้เหมาะสม

5. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ผลิตและพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์แก่เจ้าหน้าที่และประชาชนกลุ่มเสี่ยง ประชาสัมพันธ์ถ่ายทอดองค์ความรู้แก่ประชาชนในแนวกว้างและแนวลึก เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ เพื่อป้องกันตนเองจากการถูกสุนัขกัด หากถูกกัดแล้ว ควรดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ร่วมกับไปรับวัคซีนได้ตามแนวทางเวชปฏิบัติ

## สถานการณ์

จากสถานการณ์ที่ผ่านมาจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง จากจำนวนสูงสุดในปี พ.ศ. 2523 มีผู้เสียชีวิต 370 ราย และลดลงอย่างต่อเนื่องจนเหลือน้อยกว่า 10 รายต่อปี จากรายงานโดยสำนักระบาดวิทยา จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้นี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 - 2560 มีจำนวน 7, 5, 5, 14 และ 11 รายตามลำดับ สำหรับปี 2561 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 10 กันยายน 2561 พบมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 16 ราย จาก 14 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสุรินทร์ สงขลา ตรัง นครราชสีมา ประจวบคีรีขันธ์ บุรีรัมย์ (2 ราย) พัทลุง หนองคาย ยโสธร ระยอง (2 ราย) กาฬสินธุ์ มุกดาหาร ตาก และ สุราษฎร์ธานี สัตว์นำโรคจากสุนัข 15 ราย แมว 1 ราย เป็นสัตว์มีเจ้าของร้อยละ 60 ไม่มีเจ้าของร้อยละ 40 ผู้เสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 90 ไม่ได้ไปพบแพทย์ เพื่อรับการรักษา และไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร้อยละ 100 ระยะฟักตัวของโรคโดยเฉลี่ย 2-3 เดือน บางราย 2 สัปดาห์ และบางรายนานถึง 9 เดือน นอกจากนี้ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เสียชีวิตจากการไม่ได้เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า มากกว่าครึ่งถูกสุนัขที่ตนเองเลี้ยง กัด ข่วน และคิดว่าไม่เป็นอะไร ทำให้ไม่เข้ารับการรักษานอกจากนี้ ได้มีประมาณการถึงจำนวนผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ามากถึงหกแสนรายต่อปี และมีการใช้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่า 3,200,000 โด๊ส คิดเป็นค่าใช้จ่ายมากกว่าแปดร้อยล้านบาทต่อปี

ในปี พ.ศ. 2560 กรมควบคุมโรคได้มีการสำรวจความรู้ของประชาชนกว่าสามหมื่นคน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า และยังขาดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค จะเห็นได้จากข่าวสารต่างๆ เช่น การเผาหลอก การรับประทานเนื้อสุนัขที่กัด ด้วยความเชื่อที่ว่าจะไม่ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น จากข้อมูลกรมปศุสัตว์ พบว่า ในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีสุนัขมากกว่าแปดล้านตัว ประมาณร้อยละ 20 เป็นสุนัขจร

จัด ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคให้กับสัตว์ ประกอบกับสัตว์มีเจ้าของไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ส่งผลให้ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในสัตว์ได้น้อยกว่าร้อยละ 80 ตามที่กรมปศุสัตว์แนะนำ และพบว่ากว่าร้อยละ 40 ของผู้เสียชีวิต เกิดจากสัตว์ที่ไม่มีเจ้าของ

ครอบคลุมขั้นตอนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามแผนงบประมาณประจำปีของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ ตั้งแต่การวางแผนติดตามและประเมินผล การดำเนินการติดตามและประเมินผล การจัดทำรายงานผลการติดตามฯ ตามแผนงบประมาณประจำปี และการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ตลอดจนการรายงานผลการดำเนินโครงการมายังสำนักโรคติดต่อทั่วไป เพื่อรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้บริหารกรมควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามระยะเวลาและเป้าหมายที่กำหนด
2. เพื่อติดตามความเหมาะสมของปัจจัยนำเข้า ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน เป็นระยะๆ และเพื่อเป็นสารสนเทศประกอบการปรับปรุงแผนการดำเนินงานในช่วงเวลาที่เหมาะสม
3. เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดร้อยละความสำเร็จของการปฏิบัติงาน และตามตัวชี้วัดสำคัญประจำปี 2562 ของสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
4. เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์โดยรวมของการดำเนินงาน และนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาแผนต่อไป

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ผู้บริหารมีสารสนเทศ ประกอบการกำกับ ควบคุม และเร่งรัดติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสัมฤทธิ์ผลตามวัตถุประสงค์โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า
- 2) มีสารสนเทศประกอบการปรับปรุงการดำเนินงานในช่วงเวลาที่เหมาะสม และประกอบการพัฒนาแผนในปีถัดไป

## ขอบเขตในการติดตามและประเมินผล

การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ปีงบประมาณ 2562 จากรายงานหรือเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง หรือติดตามและประเมินผลในพื้นที่ดำเนินงาน โดยมีขอบเขต ดังนี้

1. ติดตามผลการดำเนินงานตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ปีงบประมาณ 2562 ตามที่หน่วยงานกลางกำหนด เช่น ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.)
2. ติดตามผลและประเมินผลจากรายงานการนิเทศติดตามหน่วยงานส่วนกลาง เช่น ผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ผลการนิเทศงานกรมควบคุมโรค

## นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

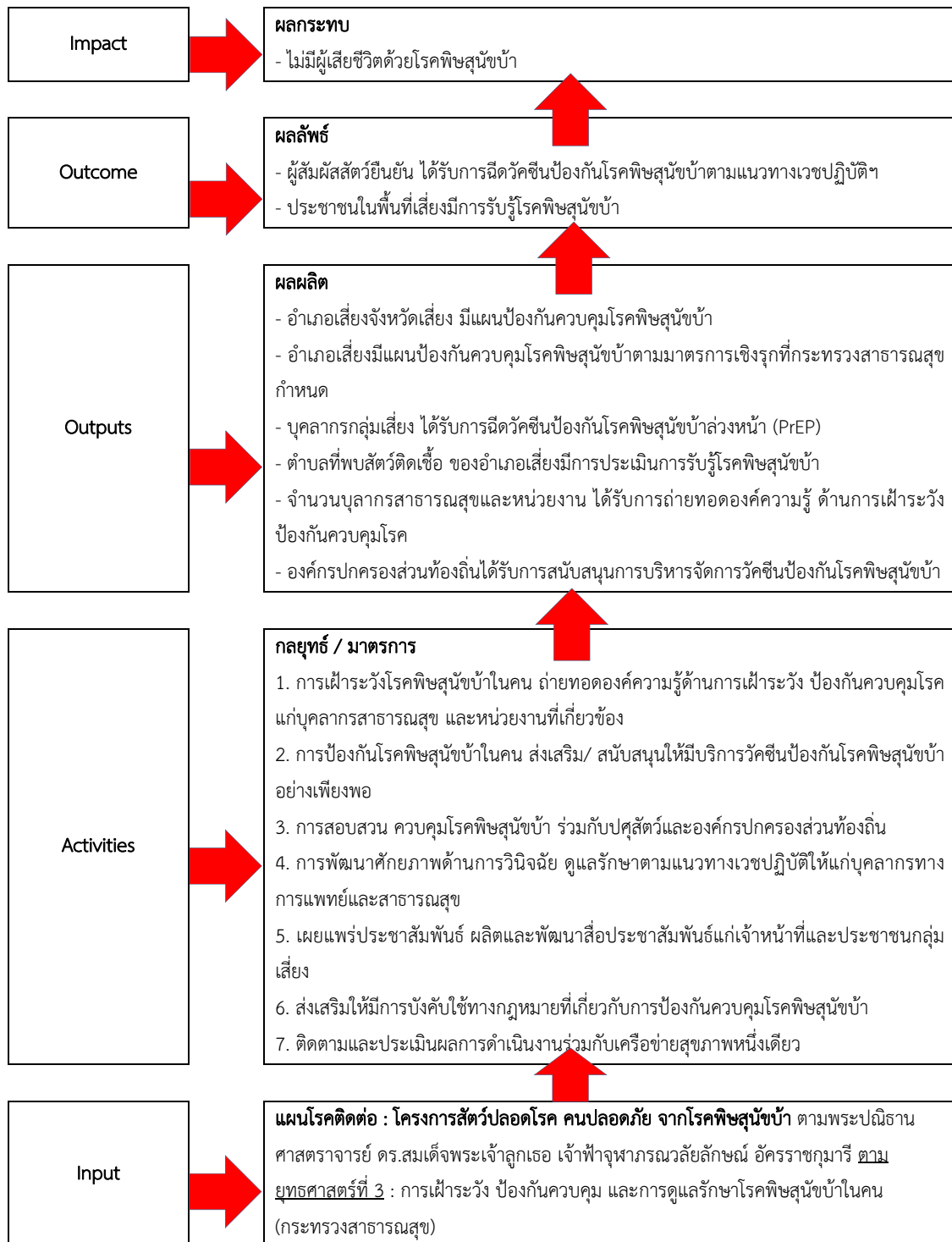
พื้นที่เสี่ยงการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า แบ่งโดยการอ้างอิงจากสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2559 – 2561) ดังนี้

พื้นที่เสี่ยงสูง (สีแดง) หมายถึง พื้นที่ที่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า หรือ พบสัตว์ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า มีการกระจายตัวมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนอำเภอทั้งหมดในจังหวัดนั้นๆ หรือพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ

พื้นที่เสี่ยง (สีเหลือง) หมายถึง พื้นที่ในระดับอำเภอที่มีการพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ อย่างน้อย 1 ตัวอย่าง

พื้นที่เฝ้าระวัง (สีฟ้า) หมายถึง พื้นที่ในระดับอำเภอที่ไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า และไม่พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์

## กรอบการติดตามและประเมินผล



## วิธีการติดตามและประเมินผล

การติดตามและประเมินผลจากรายงานหรือเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบรายงานเป็นเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูล ดังนี้

1. แบบรายงานการค้นหาติดตามสัมผัสสัตว์โรคพิษสุนัขบ้า ให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12 และ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง รายงานผลตามแบบฟอร์ม ด้วยการตัดยอดข้อมูลผลการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง และจัดส่งให้สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน ประกอบด้วย

1.1 แบบรายงานแบบฟอร์มรายงานการค้นหาติดตามผู้สัมผัสสัตว์โรคพิษสุนัขบ้า สำหรับทีมป้องกันและควบคุมโรคระดับอำเภอ (SRRT)/ รพ./ รพ.สต. (Rabies 1)

1.2 แบบฟอร์มสรุปรายงานการค้นหาติดตามผู้สัมผัสสัตว์โรคพิษสุนัขบ้า สำหรับ สสจ. (Rabies 2)

1.3 แบบฟอร์มสรุปรายงานการค้นหาติดตามผู้สัมผัสสัตว์โรคพิษสุนัขบ้า สำหรับ สคร. (Rabies 3)

2. แบบรายงานตามตัวชี้วัดการรับรองปฏิบัติราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.) ให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ดำเนินการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือพื้นที่ และเมื่อดำเนินการแล้วเสร็จให้จัดส่งสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ประกอบด้วย

2.1 แบบทดสอบการศัลยกรรมบุคลากร

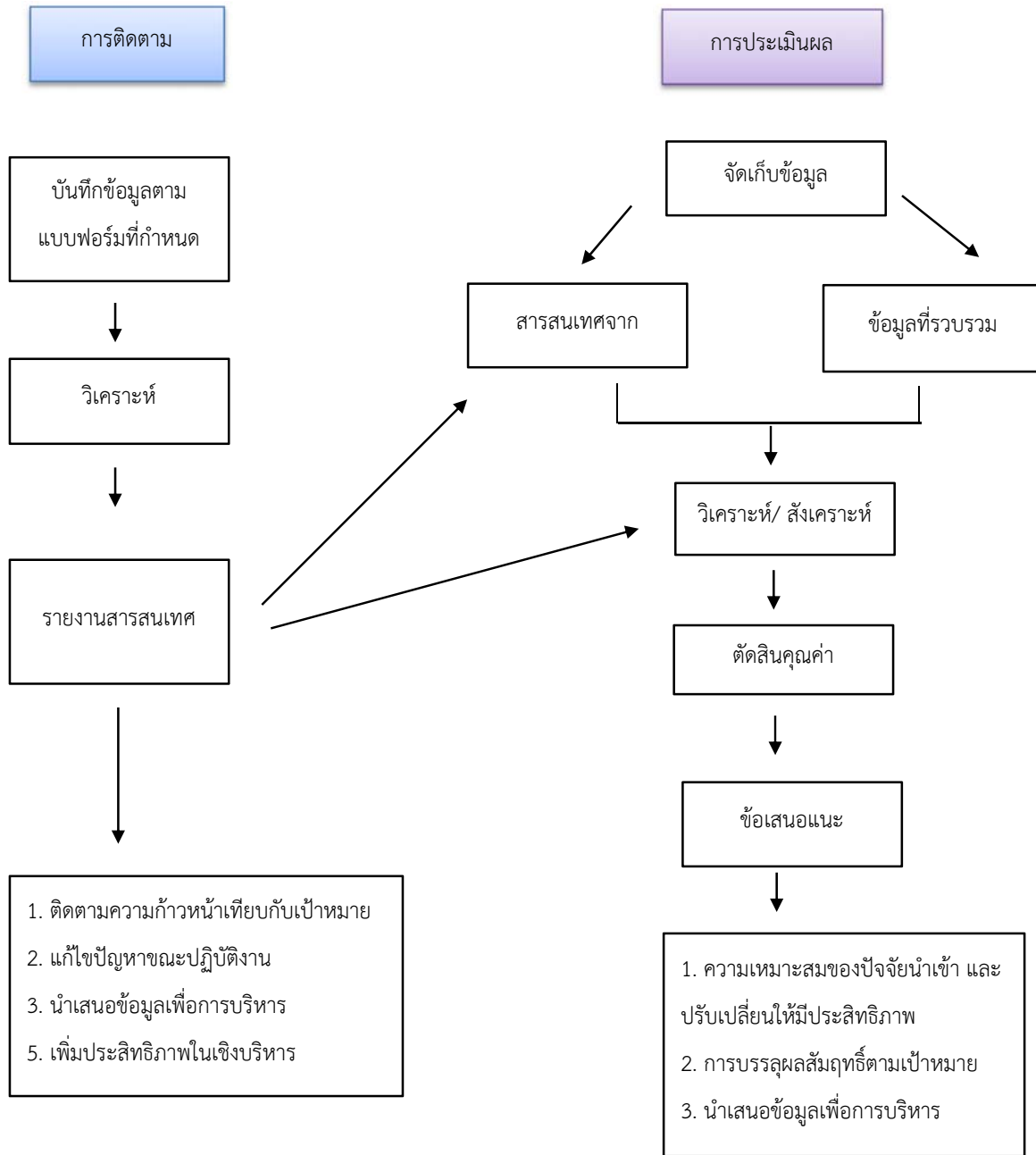
2.2 แบบสอบสวนเฉพาะรายผู้เสียชีวิตโรคพิษสุนัขบ้า

2.3 แบบสรุปการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแบบป้องกันโรคล่วงหน้า (Pre Exposure Prophylaxis-PrEP)

2.4 แบบสำรวจระบบลูกโซ่ความเย็นวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ประจำปีงบประมาณ 2562

2.5 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน

ภาพแสดงขั้นตอนการติดตามและประเมินผล



การจัดทำรายงาน เสนอผู้บริหาร

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค วิเคราะห์ประมวลผลจัดทำเป็นรายงานผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหารหน่วยงาน และผู้มีเกี่ยวข้อง

## ภาคผนวก

แบบฟอร์มการค้นหาติดตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าเพื่อเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันหลังสัมผัสโรค (Post-Exposure prophylaxis)

หน่วยงานที่ทำติดตาม (รพ. / รพ.สต. / ทีมSRRT) \_\_\_\_\_

ชนิดสัตว์ที่พบผลบวก       สุนัข     แมว     โค     อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

วันที่พบผลบวก    \_\_\_\_/\_\_\_\_/25\_\_\_\_      ที่อยู่ของสัตว์ที่พบผลบวก : บ้าน \_\_\_\_\_ หมู่ \_\_\_\_\_ ตำบล \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

วันที่พบผู้ป่วยสงสัย/เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า (ถ้ามี)    \_\_\_\_/\_\_\_\_/25\_\_\_\_      ที่อยู่ขณะป่วย/เสียชีวิต : หมู่ \_\_\_\_\_ ตำบล \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

ที่อยู่ขณะถูกกัด-ช่วน : หมู่ \_\_\_\_\_ ตำบล \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

No	ชื่อ-นามสกุล	เพศ	อายุ (ปี)	ที่อยู่/โทรศัพท์	วันที่สัมผัสโรค (ว/ด/ป)	การฉีด RIG		วันที่รับวัคซีน (ว/ด/ป)								ฉีดกระตุ้น			หมายเหตุ สาเหตุ กรณีรับไม่ครบ /ล่าช้า			
						ฉีด	ไม่ฉีด	ฉีด IM เข็มที่					ฉีด ID เข็มที่				1 เข็ม	2 เข็ม		D3		
								1	2	3	4	5	1	2	3	4						

สรุปเหตุการณ์ 1. พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ..... ราย    อายุ ..... ปี    เพศ .....

2. จำนวนผู้สัมผัสโรคทั้งสิ้น ..... ราย    รับวัคซีนครบชุด ..... ราย    ไม่ครบชุด ..... ราย

สูตรคำนวณ ร้อยละของผู้สัมผัสโรคที่ได้รับการฉีดวัคซีนถูกต้อง =  $\frac{\text{จำนวนผู้สัมผัสโรคที่รับวัคซีนครบชุด}}{\text{จำนวนผู้สัมผัสโรคทั้งหมด}} \times 100 = \text{ร้อยละ} \dots\dots\dots$

หมายเหตุ: กรุณาส่งข้อมูลตามแบบฟอร์มนี้ให้ สสจ. ทุกวันที่ 20 ของเดือน

หากสงสัยสอบถาม กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค โทร: 0 2590 3177-8 โทรสาร: 0 2965 9484 E-mail: report.rabies@gmail.com

ขอขอบคุณ รพ.สต./รพ. ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานและรายงานข้อมูลมา ณ ที่นี้

สรุปรายงานผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด .....

- จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ..... ราย  
ชื่อ-นามสกุล ..... เพศ ..... อายุ ..... ปี  
ที่อยู่ขณะเสียชีวิต หมู่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
สาเหตุของการเสียชีวิต .....
- จำนวนหัวสุนัขพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าทั้งหมด ..... ตัวอย่าง  
พบเชื้อที่อำเภอ ..... จำนวน ..... ตัวอย่าง  
พบเชื้อที่อำเภอ ..... จำนวน ..... ตัวอย่าง  
พบเชื้อที่อำเภอ ..... จำนวน ..... ตัวอย่าง  
พบเชื้อที่อำเภอ ..... จำนวน ..... ตัวอย่าง
- ผลการติดตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนผู้สัมผัสโรค (ราย)	ฉีด RIG (ราย)		ฉีด IM 5 เข็ม (ราย)		ฉีด ID 4 เข็ม (ราย)		ฉีดกระตุ้น (ราย)	
			ฉีด	ไม่ได้ฉีด	ครบชุด	ไม่ครบชุด	ครบชุด	ไม่ครบชุด	ครบชุด	ไม่ครบชุด

รวมระดับจังหวัด ..... ราย เพศชาย ..... ราย เพศหญิง ..... ราย

ได้รับวัคซีนครบชุด ..... ราย ไม่ครบชุด ..... ราย

สูตรคำนวณ ร้อยละของผู้สัมผัสโรคที่ได้รับการฉีดวัคซีนอย่างถูกต้อง

$$= \frac{\text{จำนวนผู้สัมผัสโรคที่ได้รับวัคซีนครบชุด}}{\text{จำนวนผู้สัมผัสโรคทั้งหมด}} \times 100 = \text{ร้อยละ} \dots\dots\dots$$

- มาตรการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าที่ดำเนินการในพื้นที่

.....  
.....

- ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน

.....  
.....

- ข้อเสนอแนะ

.....  
.....

หมายเหตุ : กรุณาส่งข้อมูลให้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ทุกวันที่ 23 ของเดือน

หากสงสัยสอบถามรายละเอียดที่ กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

โทร: 0 2590 3177-8 โทรสาร: 0 2965 9484 E-mail: report.rabies@gmail.com



สรุปรายงานผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่.....

- จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ..... ราย  
 ชื่อ-นามสกุล ..... เพศ ..... อายุ ..... ปี  
 ที่อยู่ขณะเสียชีวิต หมู่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
 สาเหตุของการเสียชีวิต .....
- จำนวนหัวสุนัขพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าทั้งหมด ..... ตัวอย่าง  
 จังหวัด ..... จำนวน ..... ตัวอย่าง  
 จังหวัด ..... จำนวน ..... ตัวอย่าง  
 จังหวัด ..... จำนวน ..... ตัวอย่าง  
 จังหวัด ..... จำนวน ..... ตัวอย่าง
- ผลการติดตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้สัมผัสโรค (ราย)	ฉีด RIG (ราย)		ฉีด IM 5 เข็ม (ราย)		ฉีด ID 4 เข็ม (ราย)		ฉีดกระตุ้น (ราย)	
			ฉีด	ไม่ได้ฉีด	ครบชุด	ไม่ครบชุด	ครบชุด	ไม่ครบชุด	ครบชุด	ไม่ครบชุด

รวมระดับเขต ..... ราย เพศชาย ..... ราย เพศหญิง ..... ราย

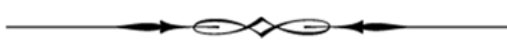
ได้รับวัคซีนครบชุด ..... ราย ไม่ครบชุด ..... ราย

สูตรคำนวณ ร้อยละของผู้สัมผัสโรคที่ได้รับการฉีดวัคซีนอย่างถูกต้อง

$$= \frac{\text{จำนวนผู้สัมผัสโรคที่ได้รับวัคซีนครบชุด}}{\text{จำนวนผู้สัมผัสโรคทั้งหมด}} \times 100 = \text{ร้อยละ} \dots\dots\dots$$

- มาตรการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าที่ดำเนินการในพื้นที่  
 .....
- ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน  
 .....
- ข้อเสนอแนะ  
 .....

**หมายเหตุ:** กรุณาส่งข้อมูลกลับไปยังสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรครับผิดชอบ ภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน  
 หากสงสัยติดต่อสอบถามรายละเอียดที่ กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค  
 โทร: 0 2590 3177-8 โทรสาร: 0 2965 9484 E-mail: report.rabies@gmail.com  
 ขอขอบคุณ สคร. ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานและรายงานข้อมูลมา ณ ที่นี้



แบบทดสอบความรู้ : ก่อนการประชุม (Pre Test)

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

**คำชี้แจง** แบบสอบถามฉบับนี้ใช้เพื่อทดสอบความรู้ของผู้ร่วมการอบรมพัฒนาศักยภาพโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อให้การอบรมมีประสิทธิภาพ จึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยข้อมูลที่ได้ทั้งหมดนี้ จะไม่นำไปเผยแพร่รายบุคคล แต่จะนำมาใช้วิเคราะห์เป็นภาพรวม จึงไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

1. เพศ  1) ชาย  2) หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. วุฒิการศึกษา  1) ต่ำกว่าปริญญาตรี  2) ปริญญาตรี  
 3) ปริญญาโท  4) สูงกว่าปริญญาโท
4. ตำแหน่ง  1) นักวิชาการสาธารณสุข  2) พยาบาลวิชาชีพ  
 3) พยาบาล  4) นักวิทยาศาสตร์การแพทย์  
 5) นักวิชาการสาธารณสุข  6) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข  
 7) อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. สถานที่ปฏิบัติงาน  1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ  
 3) โรงพยาบาลศูนย์  4) โรงพยาบาลทั่วไป  
 5) โรงพยาบาลชุมชน  6) อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. ระยะเวลาปฏิบัติงาน.....ปี
7. ท่านเคยรับการอบรมเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้ามาก่อนหรือไม่  
 1) ไม่เคย  2) เคย พ.ศ. .... จัดอบรมโดย.....
8. ท่านรู้จักหรือเคยใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการปฏิบัติงานหรือไม่ (หากเคยใช้โปรดระบุปี พ.ศ. ของ CPG)  
 1) ไม่เคย  เคย ถ้าทราบ โปรดระบุ พ.ศ. ....
9. ท่านทราบหรือไม่ว่าโรงพยาบาล / สถานบริการของท่าน ให้บริการวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าปีละกี่ราย  
 1) ไม่ทราบ  2) ทราบ จำนวน ..... ราย
10. ส่วนใหญ่ โรงพยาบาล / สถานบริการของท่าน ให้บริการวัคซีนพิษสุนัขบ้า โดยวิธีใด  
 1) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (IM)  2) ฉีดเข้าผิวหนัง (ID)
11. โรงพยาบาล / สถานบริการของท่าน ให้บริการวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าด้วยวิธีใด  
 1) PCECv  2) PVRV  3) CPRV
12. จากประสบการณ์ของท่านพบคนไข้รับวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าแพ้วัคซีนบ่อยเพียงใด  
 1) ไม่เคยพบ  2) ทุกวัน  3) ทุกสัปดาห์  4) ทุกเดือน  5) อื่นๆระบุ.....
13. ท่านทราบข้อมูลเกี่ยวกับระบบฐานข้อมูลผู้รับวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า (โปรแกรม ร.36) หรือไม่  
 1) ทราบ  2) ไม่ทราบ  3) CPRV
14. หน่วยงานของท่านเก็บข้อมูลประวัติผู้เคยรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าด้วยระบบใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 1) ระบบ ร.36  2) ระบบ 43 แฟ้ม  3) อื่นๆ โปรดระบุ.....
15. หากพบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคใช้สมองอักเสบไม่ทราบสาเหตุ หน่วยงานท่านเก็บเนื้อสมองส่งตรวจหรือไม่  
 1) เคยเก็บตัวอย่าง  2) ไม่เคยเก็บตัวอย่าง เพราะ.....
16. หากพบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคใช้สมองอักเสบไม่ทราบสาเหตุ หน่วยงานท่านเก็บเนื้อสมองส่งตรวจหรือไม่  
 1) เก็บตัวอย่าง  2) ไม่เก็บตัวอย่าง เพราะ.....

อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ในระบบฐานข้อมูลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36) เพื่อขึ้นปีเดือนกัย 30 พ.ย.60-15.ค.60 ณ สถาบันวิชาการทีไอที



## แบบทดสอบความรู้ : หลังการประชุม (Post Test)

## แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

**คำชี้แจง** แบบสอบถามฉบับนี้ใช้เพื่อทดสอบความรู้ของผู้ร่วมการอบรมพัฒนาศักยภาพโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อให้การอบรมมีประสิทธิภาพ จึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยข้อมูลที่ได้ทั้งหมดนี้ จะไม่นำไปเผยแพร่รายบุคคล แต่จะนำมาใช้วิเคราะห์เป็นภาพรวม จึงไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ  1) ชาย  2) หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. วุฒิการศึกษา  1) ต่ำกว่าปริญญาตรี  2) ปริญญาตรี
- 3) ปริญญาโท  4) สูงกว่าปริญญาโท
4. ตำแหน่ง  1) นักวิชาการสาธารณสุข  2) พยาบาลวิชาชีพ
- 3) พยาบาล  4) นักวิทยาศาสตร์การแพทย์
- 5) นักวิชาการสาธารณสุข  6) เจ้าพนักงานสาธารณสุข
- 7) อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. สถานที่ปฏิบัติงาน  1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
- 3) โรงพยาบาลศูนย์  4) โรงพยาบาลทั่วไป
- 5) โรงพยาบาลชุมชน  6) อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. ระยะเวลาปฏิบัติงาน.....ปี
7. ท่านเคยรับการอบรมเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้ามาก่อนหรือไม่  
 1) ไม่เคย  2) เคย พ.ศ. ....จัดอบรมโดย.....
8. ท่านรู้จักหรือเคยใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการปฏิบัติงานหรือไม่ (หากเคยใช้โปรดระบุปี พ.ศ. ของ CPG)  
 1) ไม่เคย  เคย ถ้าทราบ โปรดระบุ พ.ศ. ....
9. ท่านทราบหรือไม่ว่าโรงพยาบาล / สถานบริการของท่าน ให้บริการวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าปีละกี่ราย  
 1) ไม่ทราบ  2) ทราบ จำนวน ..... ราย
10. ส่วนใหญ่ โรงพยาบาล / สถานบริการของท่าน ให้บริการวัคซีนพิษสุนัขบ้า โดยวิธีใด  
 1) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (IM)  2) ฉีดเข้าผิวหนัง (ID)
11. โรงพยาบาล / สถานบริการของท่าน ให้บริการวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าด้วยวิธีใด  
 1) PCECv  2) PVRV  3) CPRV
12. จากประสบการณ์ของท่านพบคนใช้รับวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าแพ้วัคซีนบ่อยเพียงใด  
 1) ไม่เคยพบ  2) ทุกวัน  3) ทุกสัปดาห์  4) ทุกเดือน  5) อื่นๆระบุ.....
13. ท่านทราบข้อมูลเกี่ยวกับระบบฐานข้อมูลผู้รับวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า (โปรแกรม ร.36) หรือไม่  
 1) ทราบ  2) ไม่ทราบ  3) CPRV
14. หน่วยงานของท่านเก็บข้อมูลประวัติผู้เคยรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าด้วยระบบใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 1) ระบบ ร.36  2) ระบบ 43 แฟ้ม  3) อื่นๆ โปรดระบุ.....
15. หากพบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคใช้สมองอักเสบไม่ทราบสาเหตุ หน่วยงานท่านเก็บเนื้อสมองส่งตรวจหรือไม่  
 1) เคยเก็บตัวอย่าง  2) ไม่เคยเก็บตัวอย่าง เพราะ.....
16. หากพบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคใช้สมองอักเสบไม่ทราบสาเหตุ หน่วยงานท่านเก็บเนื้อสมองส่งตรวจหรือไม่  
 1) เก็บตัวอย่าง  2) ไม่เก็บตัวอย่าง เพราะ.....



แบบสอบถามเฉพาะรายผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- ชื่อ - สกุล ..... อายุ ..... ปี เลขที่บัตรประชาชน .....  
(กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี กรุณาระบุชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง) ..... โทร. ....
- เพศ  ชาย  หญิง
- เชื้อชาติ  ไทย  พม่า  ลาว  อื่น (ระบุ) .....
- ศาสนา  พุทธ  อิสลาม  อื่นๆ ระบุ .....
- อาชีพ  เกษตรกรรม  รับจ้าง ระบุ .....  ข้าราชการ  ค้าขาย  
 นักเรียน/นักศึกษา ระบุ ชื่อสถานศึกษา ..... ระดับชั้น .....  อื่นๆ ระบุ .....
- ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน ..... ชุมชน ..... ซอย .....  
ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
- เป็นพื้นที่  ในเขตเทศบาล  นอกเขตเทศบาล  ในเขต อบต.
- ภูมิลำเนา  ที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วย  หากอยู่คนละที่กับที่อยู่ขณะป่วย โปรดลงรายละเอียด  
บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน ..... ชุมชน ..... ซอย .....  
ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....
- เป็นพื้นที่  ในเขตเทศบาล  นอกเขตเทศบาล  ในเขต อบต.
- เบอร์โทรศัพท์ของญาติ/เพื่อนบ้าน/ผู้นำส่ง ที่สามารถติดต่อได้ .....

ส่วนที่ 2 ประวัติการถูกสัตว์กัด/อาการและอาการแสดง

- วันเริ่มมีอาการ ..... เข้ารับการรักษาที่ รพ./สอ./คลินิก ..... วันที่ .....
- ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน
- ผลการรักษา  กำลังรักษา ระบุสถานที่ .....  เสียชีวิต วันที่ .....
- อาการและอาการแสดง

ไข้	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ตื่นเต้นกระวนกระวาย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	อาละวาด	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
ต่อสิ่งเร้า แสง/เสียง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ผุดลุกผุดนั่ง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กลืนลำบาก	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ซึม ไม่รู้สึกตัว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
งมน้ำลายตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ถอนหายใจเป็นพักๆ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ขนลุกบางส่วนหรือทั้งตัว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
กล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	สูญเสียความทรงจำชั่วคราว	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
รุม่านตาไม่ตอบสนองต่อแสง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	แขน ขาอ่อนแรง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ
อื่น ๆ ระบุ .....			

**ส่วนที่ 3 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในคน**

1. เนื้อสมอง  ไม่ได้ส่ง  ส่ง วันที่ส่งตรวจ .....  
 สถานที่ส่งตรวจ ..... ผล  Positive  Negative
2. น้ำลาย  ไม่ได้ส่ง  ส่ง วันที่ส่งตรวจ .....  
 สถานที่ส่งตรวจ ..... ผล  Positive  Negative
3. น้ำไขสันหลัง  ไม่ได้ส่ง  ส่ง วันที่ส่งตรวจ .....  
 สถานที่ส่งตรวจ ..... ผล  Positive  Negative
4. บัสสาวะ  ไม่ได้ส่ง  ส่ง วันที่ส่งตรวจ .....  
 สถานที่ส่งตรวจ ..... ผล  Positive  Negative
5. ปมรากผม  ไม่ได้ส่ง  ส่ง วันที่ส่งตรวจ .....  
 สถานที่ส่งตรวจ ..... ผล  Positive  Negative
6. ผิวหนังบริเวณท้ายทอย  ไม่ได้ส่ง  ส่ง วันที่ส่งตรวจ .....  
 สถานที่ส่งตรวจ ..... ผล  Positive  Negative
7. เซลล์กระจกตา  ไม่ได้ส่ง  ส่ง วันที่ส่งตรวจ .....  
 สถานที่ส่งตรวจ ..... ผล  Positive  Negative

**ส่วนที่ 4 การปฏิบัติเมื่อถูกสัตว์กัด (หรือสัมผัสเชื้อ)**

1. การทำความสะอาดบาดแผล  
 ไม่ได้ล้าง เพราะ .....  
 ล้างทันทีที่ถูกกัด  ล้างหลังจากถูกกัดแล้ว ..... ชั่วโมง/วัน  
 ล้างด้วยน้ำเปล่า  สบ/ผงซักฟอก  อื่นๆ ระบุ .....
2. การใช้ยาใส่แผล  ไม่ได้ใช้  ใช้ ระบุชนิด .....
3. การเย็บแผล  ไม่ได้เย็บแผล  เย็บแผลที่  รพ./รพ.สต./คลินิก .....

**ส่วนที่ 5 ประวัติการได้รับวัคซีน/ซีรัม/อาการแทรกซ้อนหลังได้รับวัคซีน/ซีรัม**

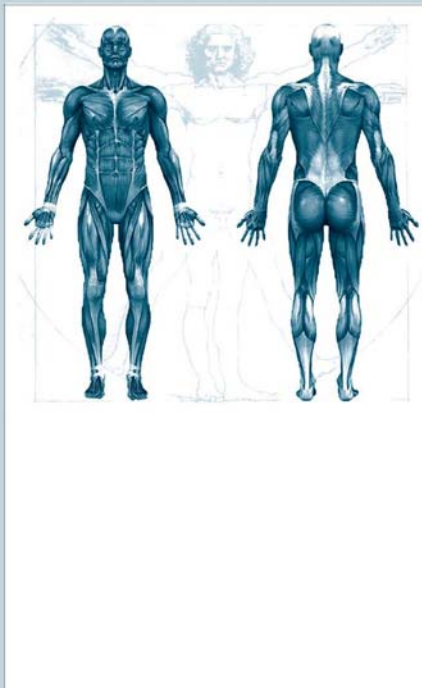
1. ประวัติการฉีดซีรัม  ไม่ได้ฉีด  
 ฉีด วันที่ ..... ชนิดของซีรัม  ซีรัมม้า (ERIG)  ซีรัมคน (HRIG)  
 จำนวน ..... หน่วยสากล (IU) Lot. No. .... วันหมดอายุ .....
- ไม่ทราบ
2. ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้เสียชีวิต **การฉีดวัคซีน**  ไม่ทราบ  
 ไม่ได้ฉีด  
 ฉีด ชนิดของวัคซีน (ระบุ)  HDCV  PCEC  PVRV  PDEV  CPRV  
 วันที่เริ่มฉีด ..... จำนวน ..... ซีซี Lot. No. .... วันหมดอายุ .....
- ฉีดในวันที่  0  3  7  14  30 รวม ..... ครั้ง
- วิธีฉีด  เข็มกล้ามเนื้อ (I.M.)  ในผิวหนัง (I.D)

3. อาการแทรกซ้อนหลังฉีดวัคซีน  ไม่มี
- มี ระบุ .....  บวมที่บริเวณฉีด  ปวดศีรษะ  ไข้สูง
- ปัสสาวะลำบาก  อัมพาต  เสียชีวิต
- อื่นๆ ระบุ .....

**ส่วนที่ 6 ประวัติการสัมผัสโรค**

1. ชนิดของสัตว์ที่กัด/ข่วน  สุนัข  แมว  ลิง  หนู  อื่นๆ ระบุ .....
2. วันที่ถูกสัตว์กัด/ข่วน ..... (ถ้าไม่ทราบวันที่ สามารถระบุเป็นช่วงเวลาได้)  ไม่ทราบ
3. สถานที่ที่ถูกกัด  ในบ้าน  นอกบ้าน ระบุสถานที่ ..... จังหวัด .....
- นอกประเทศไทย ระบุ .....
4. ลักษณะหมู่บ้านบริเวณที่ถูกสัตว์กัด  ชุมชนเมือง  ชานเมือง  ชนบท
5. การได้รับเชื้อ
- ไม่ทราบ  ถูกน้ำลาย  คลุกคลีใกล้ชิดสัตว์  ถูกข่วน  ถูกกัด
6. บริเวณที่ถูกสัมผัสและความรุนแรง

โปรดทำเครื่องหมาย X ลงบนภาพร่างกาย บริเวณที่ถูกกัด/ข่วน/ถูกน้ำลาย/ถูกเลีย ให้ชัดเจน



ลำดับ ที่	อวัยวะ ที่ได้รับ สัมผัส	ลักษณะการสัมผัส					
		ถูกกัด		ถูกข่วน		ถูกเลีย/ ถูกน้ำลาย	
		มี เลือด ออก	ไม่มี เลือด ออก	มี เลือด ออก	ไม่มี เลือด ออก	ที่มี แผล	ที่ไม่มี แผล
1.	ศีรษะ						
	หน้า						
	ลำคอ						
2.	มือ						
3.	แขน						
4.	ลำตัว						
5.	ขา						
6.	เท้า						
7.	อื่นๆ ระบุ .....						

**ส่วนที่ 7 ประวัติของสัตว์ที่กัด**

- อายุสัตว์  น้อยกว่า 3 เดือน  3 - 6 เดือน  6 - 12 เดือน  มากกว่า 1 ปี  ไม่ทราบ
- สถานภาพสัตว์  มีเจ้าของ  ไม่มีเจ้าของ  ไม่ทราบ
- การกักขังติดตามดูอาการสัตว์  ไม่ได้กักขัง  ได้กักขัง/ติดตาม  
พบ  ตายเองภายใน 10 วัน  ไม่ตายภายใน 10 วัน  
 ถูกฆ่าตาย  สัตว์หายไปติดตามไม่ได้
- สาเหตุที่ถูกกัด :  ถูกกัดโดยไม่มีสาเหตุในมน้ำ  ทำร้าย หรือแก้งสัตว์  
 ถูกกัดโดยมีสาเหตุในมน้ำ เนื่องจาก  พยายามแยกสัตว์ที่กำลังต่อสู้กัน  
 เข้าใกล้สัตว์แม่ลูกอ่อน  อื่นๆ ระบุ .....
- ประวัติการรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของสัตว์นำโรค  
 ไม่ทราบ  ไม่ได้รับ  ได้รับ จำนวน ..... ครั้ง  ภายใน 1 ปี  เกิน 1 ปี  จำไม่ได้  
จาก  คลินิกรักษาสัตว์  รถหน่วยเคลื่อนที่  โรงพยาบาลสัตว์รัฐบาล  โรงพยาบาลสัตว์เอกชน  
 เจ้าของสัตว์ซื้อมาฉีดเอง สถานที่ชื่อ .....
- การส่งหัวสัตว์ตรวจ  ไม่ได้ส่งตรวจเนื่องจาก .....  
 ส่งตรวจ ระบุสถานที่ส่ง ..... ผลการตรวจ  พบเชื้อ  ไม่พบเชื้อ

**ส่วนที่ 8 ผู้สัมผัสโรครายอื่น**

- ผู้สัมผัสโรคจากสัตว์ตัวเดียวกัน**  
มีผู้ถูกกัดจำนวน ..... คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว ..... คน  
มีผู้สัมผัสน้ำลายจำนวน ..... คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว ..... คน  
มีผู้ถึงแก่กรรมจากสัตว์ตัวเดียวกันนี้กัด  
 ไม่มี  มี ชื่อ-สกุล ..... เบอร์โทรศัพท์ ญาติ/ผู้เกี่ยวข้อง .....
  - ผู้สัมผัสโรคจากผู้ป่วยรายนี้**  
สัมผัสน้ำลายโดยไม่มีแผล ..... คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว ..... คน  
สัมผัสน้ำลายโดยมีแผลหรือถูกผู้ป่วยกัด ..... คน ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้แล้ว ..... คน
- ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ ..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย .....
- ชื่อ-สกุล ..... ผู้สอบสวนโรคตำแหน่ง .....
- สถานที่ปฏิบัติงาน ..... โทรศัพท์ ..... E-mail .....
- วันที่สอบสวนโรค .....

หมายเหตุ : ระยะเวลาฟักตัวของโรค (incubation period) ที่เชื่อคือได้สั้นที่สุด 7 วัน ยาวนานที่สุด 3 ปี (โดยเฉลี่ย 30 - 90 วัน)



แบบสำรวจระบบลูกโซ่ความเย็นวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ประจำปีงบประมาณ 2562

เทศบาล/อบต, .....ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม..... อายุ.....ปี ตำแหน่ง..... โทรศัพท์.....

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อสำรวจการดำเนินงานในการจัดหาและดูแลระบบลูกโซ่ความเย็นวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาระบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน  และเติมรายละเอียดลงในช่องว่าง

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์

รายการสำรวจ	ผลการสำรวจ
1. การวางแผนเพื่อจัดหาวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์	<input type="checkbox"/> 1) มี <input type="checkbox"/> 2) ไม่มี
2. การสำรวจประชากรสัตว์	<input type="checkbox"/> 1) ปีละ 1 รอบ <input type="checkbox"/> 3) ไม่ได้สำรวจ <input type="checkbox"/> 2) ปีละ 2 รอบ
3. การจัดหาวัคซีนครอบคลุม ปชก.สัตว์ตามแผน	<input type="checkbox"/> 1) ซื้อได้ตามจำนวนที่สำรวจ <input type="checkbox"/> 2) ซื้อไม่ครบ เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> 3) ไม่ได้จัดซื้อ เนื่องจาก.....
4. ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนใน ปชก.สุนัขแมว ที่สำรวจ	<input type="checkbox"/> 1) ต่ำกว่า 60 % <input type="checkbox"/> 3) 70-80% <input type="checkbox"/> 2) 60-70% <input type="checkbox"/> 4) สูงกว่า 80%
5. การมอบหมายผู้รับผิดชอบงานบริหารจัดการวัคซีน เป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งมีการกำหนดผู้รับผิดชอบแทนกรณีผู้รับผิดชอบหลักไม่อยู่ปฏิบัติงาน	<input type="checkbox"/> 1) มีผู้รับผิดชอบหลัก และรอง <input type="checkbox"/> 2) มีเฉพาะผู้รับผิดชอบหลัก ไม่มีรอง <input type="checkbox"/> 3) ไม่มีการมอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร <input type="checkbox"/> 4) ไม่มีผู้รับผิดชอบ
6. ผู้รับผิดชอบตามข้อ 1 ผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้อง เรื่อง มาตรฐานการบริหารจัดการลูกโซ่ความเย็น	<input type="checkbox"/> 1) ผู้รับผิดชอบทั้ง 2 คนผ่านการอบรม <input type="checkbox"/> 2) ผู้รับผิดชอบ 1 คนผ่านการอบรม <input type="checkbox"/> 3) ไม่เคยผ่านการอบรม
7. มีคู่มือ/ตำรา/เอกสารประกอบการอบรม ที่เกี่ยวข้อง กับมาตรฐานการบริหารจัดการลูกโซ่ความเย็น	<input type="checkbox"/> 1) มี <input type="checkbox"/> 2) ไม่มี
8. การบริหารจัดการวัคซีน กรณีรับวัคซีนเข้ามาในคลังวัคซีน มีการจดบันทึก ดังนี้	<input type="checkbox"/> 1) มีการจดบันทึก (ตอบข้อ 4.1) <input type="checkbox"/> 2) ไม่มี (ข้ามไปข้อ 5)
8.1 ชื่อของวัคซีนและจำนวนวัคซีนที่รับเข้ามา	<input type="checkbox"/> 1) จดบันทึก <input type="checkbox"/> 2) ไม่จดบันทึก
8.2 วัน เดือน ปีและเวลา ที่รับวัคซีน	<input type="checkbox"/> 1) จดบันทึก <input type="checkbox"/> 2) ไม่จดบันทึก

รายการสำรวจ	ผลการสำรวจ
8.3 สภาพของวัคซีน	<input type="checkbox"/> 1) จัดบันทึก <input type="checkbox"/> 2) ไม่จัดบันทึก
8.4 บริษัทที่ผลิตวัคซีน และรุ่นการผลิต	<input type="checkbox"/> 1) จัดบันทึก <input type="checkbox"/> 2) ไม่จัดบันทึก
8.5 วัน เดือน ปี ที่วัคซีนหมดอายุ	<input type="checkbox"/> 1) จัดบันทึก <input type="checkbox"/> 2) ไม่จัดบันทึก
9. วัสดุอุปกรณ์/พาหนะที่ใช้ในระบบลูกโซ่ความเย็น ได้มาตรฐานและสำรองไว้เพียงพอ	<input type="checkbox"/> 1) เพียงพอ <input type="checkbox"/> 3) ไม่มีการเก็บวัคซีน <input type="checkbox"/> 2) ไม่เพียงพอ
9.1 มีตู้เย็นสำหรับเก็บวัคซีนโดยเฉพาะ	<input type="checkbox"/> 1) ใช้เก็บเฉพาะ <input type="checkbox"/> 2) ไม่ใช่เก็บเฉพาะ <input type="checkbox"/> 3) ไม่มีตู้เย็น
9.2 ตู้เก็บวัคซีนมีขนาดความจุ.....คิวจำนวน..... ตู้ ขนาด..... ซม. (กว้างxยาวxสูง)	<input type="checkbox"/> 1) เพียงพอ <input type="checkbox"/> 2) ไม่เพียงพอ
9.3 ลักษณะของ ฝาประตูตู้เย็น	<input type="checkbox"/> 1) ทึบแสง <input type="checkbox"/> 2) กระจกใส
9.4 เทอร์โมมิเตอร์หรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการควบคุมอุณหภูมิต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้	<input type="checkbox"/> 1) มี <input type="checkbox"/> 2) ไม่มี
9.4.1 เทอร์โมมิเตอร์หรืออุปกรณ์วัดอุณหภูมิเป็นแบบ (สามารถตอบได้หลายข้อ)	<input type="checkbox"/> 1) เครื่องวัดอุณหภูมิแบบเข็ม <input type="checkbox"/> 2) เครื่องวัดอุณหภูมิแบบตัวเลข <input type="checkbox"/> 3) เครื่องวัดและบันทึกข้อมูล(Data logger)
9.4.2 ผ่านการสอบเทียบ (Calibrate) ทุกปี จากหน่วยงานมาตรฐาน เช่น ศูนย์วิศวกรรม การแพทย์	<input type="checkbox"/> 1) สอบเทียบโดยหน่วยงานมาตรฐาน <input type="checkbox"/> 2) สอบเทียบโดยหน่วยงานอื่น ระบุ..... <input type="checkbox"/> 3) ไม่ผ่านการสอบเทียบ (ข้ามไป 9.5)
9.4.3 การสอบเทียบสามารถอ่านอุณหภูมิที่เป็นปัจจุบันได้อย่างถูกต้อง	<input type="checkbox"/> 1) ไม่มีการสอบเทียบ <input type="checkbox"/> 2) อุณหภูมิตรงกับเครื่องมาตรฐาน <input type="checkbox"/> 3) อุณหภูมิไม่ตรงกับเครื่องมาตรฐาน
9.4.4 ใช้อุปกรณ์ควบคุมอุณหภูมิที่มีการเชื่อมต่อสัญญาณเตือน (alarm) กรณีอุณหภูมิอยู่นอกช่วงที่กำหนดเอาไว้	<input type="checkbox"/> 1) ไม่มีอุปกรณ์ดังกล่าว <input type="checkbox"/> 2) ใช้เครื่องวัดอุณหภูมิการเชื่อมต่อสัญญาณ <input type="checkbox"/> 3) ใช้เครื่องวัดอุณหภูมิที่ไม่มีสัญญาณเตือน <input type="checkbox"/> 4) ใช้ปรอท
9.4.5 อุณหภูมิในตู้เย็นอยู่ระหว่าง 2-8 องศาเซลเซียสตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> 1) อยู่ในช่วงที่กำหนดตลอดเวลา <input type="checkbox"/> 2) ไม่อยู่ในช่วงที่กำหนด จำนวน.....ครั้ง
9.5 กระจก/กล่องโฟม/Ice Pack/Data logger /Thermometer มีปริมาณที่เพียงพอต่อการขนส่งวัคซีน โดยคิดเป็นอัตราการใช้ต่อปี	<input type="checkbox"/> 1) เพียงพอ <input type="checkbox"/> 2) ไม่เพียงพอ(ระบุ).....
9.6 รถที่ใช้ในการขนส่งวัคซีนต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้	<input type="checkbox"/> 1) มีรถขนส่ง

รายการสำรวจ	ผลการสำรวจ
	<input type="checkbox"/> 2) ไม่มีรถขนส่ง (ข้ามไปข้อ 10)
9.6.1 มีหลังคา หรือ เป็นตู้ที่ปิดสนิทที่บดแสง	<input type="checkbox"/> 1) ตามเกณฑ์ฯ <input type="checkbox"/> 2) ไม่ตามเกณฑ์
9.6.2 อุณหภูมิขณะขนส่งอยู่ระหว่าง 2-8 องศาเซลเซียส	<input type="checkbox"/> 1) ตามเกณฑ์ฯ <input type="checkbox"/> 2) ไม่ตามเกณฑ์
9.6.3 มีอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการควบคุมอุณหภูมิตลอดการขนส่ง ได้แก่ Thermometer, Data logger เป็นต้น	<input type="checkbox"/> 1) มีอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> 2) ไม่มี <input type="checkbox"/> 3) มีแต่ชำรุด
9.7 มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง หรือแหล่งพลังงานสำรองที่สามารถใช้งานได้ไม่ชำรุดเสียหาย	<input type="checkbox"/> 1) มี ใช้งานได้ <input type="checkbox"/> 2) มี แต่ชำรุด <input type="checkbox"/> 3) ไม่มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า หรือแหล่งพลังงานสำรอง
10. การดูแลตู้เย็นเก็บวัคซีน	
10.1 มีแผนการบำรุงรักษา ตู้เย็นเก็บวัคซีน เช่น แผนการรักษาความสะอาด พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบ	<input type="checkbox"/> 1) มีแผนและมีผู้รับผิดชอบ <input type="checkbox"/> 2) มีแผนแต่ไม่มีผู้รับผิดชอบ <input type="checkbox"/> 3) ไม่มีแผน
10.2 มีแผนบำรุงรักษาเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร	<input type="checkbox"/> 1) มีแผนและมีผู้รับผิดชอบ <input type="checkbox"/> 2) มีแผนแต่ไม่มีผู้รับผิดชอบ <input type="checkbox"/> 3) ไม่มีแผน
10.3 มีการบันทึกอุณหภูมิทุกวัน เข้า-เย็น ไม่เว้นวันหยุดราชการ	<input type="checkbox"/> 1) มีการบันทึกทุกวันไม่เว้นวันหยุด <input type="checkbox"/> 2) มีการบันทึกเฉพาะวันทำการ <input type="checkbox"/> 3) ไม่มีการบันทึก
11. การเก็บรักษาวัคซีนอย่างถูกต้อง	
11.1 ไม่นำอาหารและเครื่องดื่ม เข้ามาแช่ปนกับวัคซีน	<input type="checkbox"/> 1) มี <input type="checkbox"/> 2) ไม่มี
11.2 มีการจัดทำป้ายระบุตำแหน่งที่วางวัคซีน พร้อมระบุชื่อ วันหมดอายุของวัคซีนให้ชัดเจน	<input type="checkbox"/> 1) มี <input type="checkbox"/> 2) ไม่มี
11.3 วางวัคซีนในบริเวณที่ความเย็นไหลเวียนทั่วถึง ไม่วางวัคซีนใกล้กับประตูหรือผนังด้านใดด้านหนึ่ง	<input type="checkbox"/> 1) เก็บถูกต้อง <input type="checkbox"/> 2) เก็บไม่ถูกต้อง
12. การจัดทำทะเบียนรับ-จ่ายวัคซีน	<input type="checkbox"/> 1) มี <input type="checkbox"/> 2) ไม่มี
12.1 บันทึก Lot. No. ทุกครั้งที่รับวัคซีน	<input type="checkbox"/> 1) บันทึกทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 2) บันทึกบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3) ไม่บันทึก
12.2 บันทึกวันหมดอายุทุกครั้งที่ได้รับวัคซีน	<input type="checkbox"/> 1) บันทึกทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 2) บันทึกบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3) ไม่บันทึก

รายการสำรวจ	ผลการสำรวจ
12.3 บันทึกชื่อหน่วยบริการทุกหน่วยทุกครั้งที่ย้ายวัคซีน	<input type="checkbox"/> 1) บันทึกทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 2) บันทึกบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3) ไม่บันทึก
12.4 บันทึกผู้เบิกวัคซีนทุกครั้งที่ย้ายวัคซีน	<input type="checkbox"/> 1) บันทึกทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 2) บันทึกบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3) ไม่บันทึก
12.5 บันทึกจำนวนการเบิกวัคซีนทุกครั้งที่ย้ายวัคซีน	<input type="checkbox"/> 1) บันทึกทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 2) บันทึกบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3) ไม่บันทึก
12.6 บันทึก Lot. No. ทุกครั้งที่ย้ายวัคซีน	<input type="checkbox"/> 1) บันทึกทุกครั้ง <input type="checkbox"/> 2) บันทึกบางครั้ง <input type="checkbox"/> 3) ไม่บันทึก
12.7 นำวัคซีนไปใช้โดยวิธี First Expire First Out	<input type="checkbox"/> 1) ใช่ <input type="checkbox"/> 2) ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> 3) ไม่บันทึก
12.8 มีจำนวนวัคซีนคงเหลือที่ยอดเป็นปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> 1) มี <input type="checkbox"/> 2) ไม่มี
13. การแจกจ่ายวัคซีน/การนำวัคซีนไปใช้	
13.1 กระจก/กล่องโฟมที่ใช้ในการขนส่งวัคซีน จากที่เก็บ ถึงผู้ฉีด มีคุณสมบัติ ดังนี้	<input type="checkbox"/> 1) มี <input type="checkbox"/> 2) ไม่มี
13.1.1 สำหรับกระจกฉนวนหนาไม่ต่ำกว่า 30 มม.หรือ กล่องโฟม ฉนวนหนาไม่ต่ำกว่า 25 มม.	<input type="checkbox"/> 1) อยู่ในเวลาที่กำหนด <input type="checkbox"/> 2) ไม่อยู่ในเวลาที่กำหนด
13.1.2 ไม่มีรอยแตกทั้งด้านในและด้านนอก ปิดฝาล็อกได้สนิท	<input type="checkbox"/> 1) มีรอยแตก <input type="checkbox"/> 2) ไม่มีรอยแตก
13.2 กระจก/กล่องโฟม ที่ผู้ฉีดใช้ในการรับวัคซีน เพื่อนำไปฉีดให้สัตว์ มีคุณสมบัติ ดังนี้	<input type="checkbox"/> 1) มี กระจก หรือ กล่องโฟม <input type="checkbox"/> 2) ไม่มี
13.2.1 สะอาด ไม่มีเชื้อรา	<input type="checkbox"/> 1) สะอาด <input type="checkbox"/> 2) มีเชื้อรา
13.2.2 ฉนวนหนาไม่ต่ำกว่า 30 มม.	<input type="checkbox"/> 1) อยู่ในเวลาที่กำหนด <input type="checkbox"/> 2) ไม่อยู่ในเวลาที่กำหนด
13.2.3 ไม่มีรอยแตกทั้งด้านในและด้านนอก	<input type="checkbox"/> 1) มีรอยแตก <input type="checkbox"/> 2) ไม่มีรอยแตก
13.2.4 ปิดฝาล็อกได้สนิท	<input type="checkbox"/> 1) ปิดล็อกสนิท <input type="checkbox"/> 2) ปิดไม่สนิท
13.2.5 สามารถบรรจุของน้ำแข็งได้ครบ 4 ด้าน	<input type="checkbox"/> 1) ครบทั้ง 4 ด้าน <input type="checkbox"/> 2) ไม่ครบ
14. การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านแพทย์และสาธารณสุขด้าน วัคซีน	<input type="checkbox"/> 1) มี <input type="checkbox"/> 2) ไม่มี
14.1 มี Ice pack/gel pack อยู่ในช่องแช่แข็ง พร้อมใช้งานอยู่เสมอ	<input type="checkbox"/> 1) สภาพพร้อมใช้งาน <input type="checkbox"/> 2) สภาพไม่พร้อมใช้งาน
14.2 มีแผนฉุกเฉินเช่น กรณี cold chain breakdown จาก ไฟฟ้าดับ น้ำท่วม	<input type="checkbox"/> 1) มี ระบุ..... .....

รายการสำรวจ	ผลการสำรวจ	
	<input type="checkbox"/> 2) ไม่มี	
15. อาสาสมัครที่ฉีดวัคซีน ผ่านการอบรม	<input type="checkbox"/> 1) ผ่าน	<input type="checkbox"/> 2) ไม่ผ่าน
และมีใบอนุญาตการฉีดวัคซีน	<input type="checkbox"/> 1) มี	<input type="checkbox"/> 2) ไม่มี

ส่วนที่ 2 ปัญหา (การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง คำถาม ข้อจำกัดหรือปัญหาในการปฏิบัติงาน)

.....

.....

.....

ส่วนที่ 3 ข้อค้นพบเพื่อการพัฒนา (ตัวอย่างที่ดี)

.....

.....

.....

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ /ข้อคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติ

.....

.....

.....

ผู้เก็บข้อมูล.....

วันที่.....2562

**แบบสอบถามความรู้**  
 การเก็บรักษาวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ของ เทศบาล/อบต.  
 ประจำปีงบประมาณ 2562

1. สุนัขบ้าจะตายภายใน 10 วัน หลังเชื้อออกมากับน้ำลาย	<input type="checkbox"/> 1) ถูก	2) ผิด
2. สุนัขที่ถูกสุนัขบ้ากัด จะแสดงอาการของโรคภายใน 1-6 เดือน	<input type="checkbox"/> 1) ถูก	2) ผิด
3. วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ควรเก็บที่ 0-9 องศาเซลเซียส	<input type="checkbox"/> 1) ถูก	2) ผิด
4. วางเทอร์โมมิเตอร์ไว้กลางตู้เย็นเพื่อใช้ตรวจสอบอุณหภูมิ	<input type="checkbox"/> 1) ถูก	2) ผิด
5. วัคซีนจะเสื่อมคุณภาพเมื่อสัมผัสกับน้ำแข็งหรืออุณหภูมิที่ต่ำกว่า 0°c	<input type="checkbox"/> 1) ถูก	2) ผิด
6. การขนส่งวัคซีนที่ดี คือใช้น้ำแข็ง เทกלבบนวัคซีนโดยตรง	<input type="checkbox"/> 1) ถูก	2) ผิด
7. วัคซีนจะถูกทำลายด้วยการสัมผัสแสงอุลตราไวโอเลต (UV) / แสงไฟฟลูออเรสเซนต์ ดังนั้นจึงต้องไม่ให้วัคซีนถูกความร้อนและแสงแดด	<input type="checkbox"/> 1) ถูก	2) ผิด
8. ถ้าตู้เย็นไฟดับไม่เกิน 4 ชม. ไม่ต้องเคลื่อนย้ายวัคซีน	<input type="checkbox"/> 1) ถูก	2) ผิด
9. ควรบันทึกอุณหภูมิภายในตู้เย็น สัปดาห์ละ 2 ครั้ง	<input type="checkbox"/> 1) ถูก	2) ผิด

10. วัคซีนถูกทำลายด้วยแสงอุลตราไวโอเลต (UV) จึงต้องไม่ให้ถูกแสงแดด	<input type="checkbox"/> 1) ถูก	2) ผิด
11. สุนัข แมว ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแล้วถูกสุนัขบ้ากัดก็ติดโรคได้	<input type="checkbox"/> 1) ถูก	2) ผิด
12. สุนัข แมว ควรฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ครั้งแรก ตั้งแต่แรกเกิด	<input type="checkbox"/> 1) ถูก	2) ผิด
13. ตาบอลที่พบสุนัขบ้าต้องเฝ้าระวังโรคต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน	<input type="checkbox"/> 1) ถูก	2) ผิด

# แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน

เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบสอบถาม การรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน (ประจำปีงบประมาณ 2562)

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อสำรวจการรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน จะผลในภาพรวมเท่านั้น โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ),  และเติมค่าลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. หมู่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....

2. เพศ

1.ชาย

2.หญิง

3. อายุ.....ปี

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ต่ำกว่าประถมศึกษา

2. ประถมศึกษา

3. มัธยมศึกษาตอนต้น

4. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.

5. อนุปริญญา / ปวส.

6. ปริญญาตรี

7. สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพหลัก

1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

2. เกษตรกร (ทำนา/ทำไร่/ทำสวน/เลี้ยงสัตว์)

3. ข้าราชการ

4. พนักงานบริษัทเอกชน /รัฐวิสาหกิจ

5. รับจ้าง

6. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว

7. นักเรียน / นักศึกษา

8. อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. จำนวนสมาชิกในบ้าน (เฉพาะที่อยู่จริง) จำนวน..... คน

7. ท่านเลี้ยงสัตว์เลี้ยงในบ้าน

7.1 ไม่เลี้ยง (ข้ามไปตอบข้อ 9)

7.2 เลี้ยง ได้แก่

1. สุนัข จำนวน.....ตัว

2. แมว จำนวน.....ตัว

8. จากคำตอบข้อ 7 ท่านนำสัตว์ที่เลี้ยงทุกตัว ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็นประจำทุกปี

8.1 ฉีดประจำทุกปี โดย

1. พาไปฉีดเอง

2. เจ้าหน้าที่มาให้บริการที่บ้าน

8.2. ฉีดได้เฉพาะบางตัว

1. เดินทางไม่สะดวก

2. ค่าใช้จ่ายสูง

3. จับสัตว์ไปฉีดไม่ได้

8.3. ไม่เคยฉีดวัคซีน เพราะ

1. ไม่ทราบว่าต้องฉีด

2. เดินทางไม่สะดวก

3. ค่าใช้จ่ายสูง

4. จับสัตว์ไปฉีดไม่ได้

9. ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวเคยถูกสัตว์กัดหรือข่วน หรือไม่ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

9.1 เคย โดย...

1. สัตว์เลี้ยงในบ้าน จำนวน.....ครั้ง

2. สัตว์เลี้ยงบ้านอื่น จำนวน....ครั้ง

3. สัตว์จรจัด .....ครั้ง

9.2 ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 12)

10. จากข้อ 9 เมื่อท่านหรือคนในครอบครัวเคยถูกสัตว์กัดหรือข่วนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติอย่างไร

<input type="checkbox"/> 10.1 ไปรพ./คลินิก ในระยะเวลา	<input type="checkbox"/> 1. วันที่ถูกกัด/ข่วน	<input type="checkbox"/> 2. ภายใน 3 วัน	
	<input type="checkbox"/> 3. ช่วง 4-7 วัน	<input type="checkbox"/> 4. มากกว่า 7 วัน	
<input type="checkbox"/> 10.2 ไม่ได้ไป รพ. แต่	<input type="checkbox"/> 1. ล้างแผล	<input type="checkbox"/> 2. ใส่ยา	
	<input type="checkbox"/> 3. สังเกตอาการสัตว์ที่กัด/ ข่วน	<input type="checkbox"/> 4. ไม่ได้ทำอะไรเลย	
11. สาเหตุที่ถูกสัตว์กัด/ข่วน เพราะ	<input type="checkbox"/> 1.ไปเหยย	<input type="checkbox"/> 2.ไปเหยียบ	<input type="checkbox"/> 3.ไปแยก
	<input type="checkbox"/> 4.ไปหยิบ	<input type="checkbox"/> 5.ไปยุ่ง	<input type="checkbox"/> 6.มากัดเอง

12. ท่านเคยนำสัตว์เลี้ยงหรือสัตว์ซึ่งตายด้วยอาการสงสัยโรคพิษสุนัขบ้า ไปตรวจหาเชื้อพิษสุนัขบ้า

<input type="checkbox"/> 12.1 เคยส่งตรวจ		
<input type="checkbox"/> 12.2 ไม่เคยส่งตรวจ เหตุผล เพราะ	<input type="checkbox"/> 1. ไม่ทราบว่าจะต้องแจ้งใคร	<input type="checkbox"/> 2. แจ้งเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์
	<input type="checkbox"/> 3. มีค่าใช้จ่าย	<input type="checkbox"/> 4. มีความยุ่งยากในการส่งตรวจ
	<input type="checkbox"/> 5. ไม่เคยพบสัตว์สงสัยโรคพิษสุนัข บ้า	

13. หากต้องการทราบข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้า จะสอบถามข้อมูลจากแหล่งใด

<input type="checkbox"/> 1. อสม./ ผู้นำชุมชน/ ครู	<input type="checkbox"/> 2. คนในครอบครัว
<input type="checkbox"/> 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	<input type="checkbox"/> 4. อินเทอร์เน็ต
<input type="checkbox"/> 5. รับฟังข่าวสารทาง โทรทัศน์/วิทยุ/หออกระจาย ข่าว	<input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ.....

### ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย (1)	ไม่แน่ใจ (2)	ไม่เห็นด้วย (3)
1	โรคพิษสุนัขบ้าพบได้ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม ได้แก่ สุนัข แมว วัว ควาย			
2	โรคพิษสุนัขบ้า รักษาไม่หายตายทุกราย			
3	สุนัขหรือแมวบ้ามีอาการได้ทั้งแบบดุร้ายและแบบเชื่องซึม			
4	ลูกสุนัขที่อายุต่ำกว่า 3 เดือน ไม่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า			
5	หากเลี้ยงสุนัขหรือแมว ในครั้งแรกต้องพาสุนัขหรือแมวนั้นไปฉีดวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในปีแรกฉีด 2 ครั้ง ปีถัดไปฉีดปีละ 1 ครั้ง			
6	การฆ่าและแจกจ่ายหรือขายซากสัตว์ วัว/ ควาย/ แพะ ที่สงสัยว่าเป็น โรคพิษสุนัขบ้า มีความผิดทางกฎหมาย			

ข้อ	คำถาม	เห็นด้วย (1)	ไม่แน่ใจ (2)	ไม่เห็นด้วย (3)
7	หากถูกสุนัขหรือแมวที่ไม่รู้ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า กัดหรือข่วนหรือเลียถูกบาดแผล มีโอกาสเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าได้ หากไม่ไปพบแพทย์			
8	เมื่อถูกสุนัขหรือแมวกัด ข่วน สามารถรักษาให้หายด้วยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า			
9	สัตว์เลี้ยงที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแล้ว มีโอกาสเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้ ถ้าไปกัดกับสัตว์ตัวอื่นที่ไม่รู้ประวัติการฉีดวัคซีน			
10	คนที่เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า สาเหตุหนึ่งคือถูกแมวข่วน			

๑๑๑ ๑๑๑ ๑๑๑