แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วย AFP

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

<u>อาการอัมพาต</u>

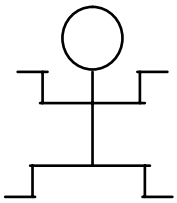
ผู้ป่วยยังคงมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลงเหลืออยู่หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี (ถ้ามี โปรดระบุตำแหน่ง)
ระบุตำแหน่งที่ยังมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงอยู่

☐ left leg ☐ right leg ☐ face ☐ respiratory muscles
☐ left arm ☐ right arm ☐ other cranial 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)



<u>ความพิการ</u>

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

Final Diagnosis

.....

.....

นามแพทย์ผู้ตรวจ.....หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....
โรงพยาบาล .....

โปรดส่งรายงานที่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ภายใน 1 สัปดาห์ นับจากวันที่ติดตาม ทางโทรสารหมายเลข 0 2590 1784