

แบบส่งตัวอย่างตรวจผู้สัมผัสอัมพาตอ่อนแรงเฉียบพลัน (AFP)

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ อ. เมือง จ. นครบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 โทรสาร 0-2591-2153

EPI no. (สำหรับเจ้าหน้าที่) ..... (หมายเลขวิเคราะห์.....)

สัมผัสผู้ป่วยชื่อ ..... เพศ  ชาย  หญิง อายุ ..... ปี ..... เดือน .....

ชื่อผู้สัมผัสโรค ..... เพศ  ชาย  หญิง อายุ ..... ปี ..... เดือน .....

ที่อยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ประวัติการได้รับวัคซีนโปลิโอ

เคยได้รับวัคซีนชนิด  กิน  ฉีด

ครั้งที่ 1 วันที่...../...../.....

ครั้งที่ 2 วันที่...../...../.....

ครั้งที่ 3 วันที่...../...../.....

ครั้งสุดท้าย วันที่...../...../.....

ไม่เคย

อาการและการตรวจพบจากผู้สัมผัสโรค

1. ไข้  มี.....องศาเซลเซียส เป็นมา.....วัน  ไม่มี

2. อาการทางประสาท  มี.....  ไม่มี

สภาพของการสัมผัสโรค

1. ที่อยู่อาศัย  อยู่บ้านเดียวกัน  อยู่คนละบ้าน

2. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย  พี่น้อง  เพื่อนบ้าน

3. ระยะเวลาที่สัมผัส  นานๆครั้ง  บ่อย  ตลอดเวลา

ชนิดของตัวอย่าง

อุจจาระ ครั้งที่ 1 ...../...../.....

วัน/เดือน/ปี ที่ส่งตัวอย่าง ...../...../.....

ชื่อและที่อยู่ของผู้นำส่งตัวอย่าง	ชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ต้องทราบผล
ชื่อ.....	ชื่อ.....
ที่อยู่.....	ที่อยู่.....
.....	.....
.....	.....
โทรศัพท์.....	โทรศัพท์.....
โทรสาร.....	โทรสาร.....

สำหรับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง

สภาพตัวอย่าง 1. ปริมาณ ..... 2. น้ำแข็ง  มี  ไม่มี 3. สภาพ  แห้ง  ชื้น

สรุปสภาพตัวอย่าง  ดี  ไม่ดี

ลงชื่อ..... ผู้รับตัวอย่าง

วัน/เดือน/ปี ...../...../..... เวลา .....