

แบบสอบถามโรคบาดทะยักในทารกแรกเกิด (อายุไม่เกิน 28 วัน)

1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล.....

อายุ.....ปี เพศ () ชาย () หญิง

ที่อยู่ขณะป่วยบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด.....

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนถนนตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

() ในเขตเทศบาลนคร () ในเขตเทศบาลเมือง () ในเขตเทศบาลตำบล () ในเขต อบต.

วันเริ่มป่วย..... วันที่มาโรงพยาบาล..... วันที่จำหน่าย.....

ผลการรักษา () กำลักรักษา () หาย () เสียชีวิต () ไม่สมัครอยู่ () ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น

ระบุ.....สถานที่คลอด (ถ้าคลอดที่บ้านระบุที่อยู่โดยละเอียด)

คลอดวันที่..... ชื่อผู้ทำคลอด.....

ตำแหน่ง () แพทย์ () พยาบาล () ผดุงครรภ์ () หมอตำแย () อื่นๆ ระบุ.....

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

2.1 ทารกร้องและดูคนไม่ได้ในช่วง 2 วันแรก

() ใช่ () ไม่ใช่ (ระบุ) เพราะ.....

2.2 ทารกมีปัญหาเรื่องแขนขาเหยียดเกร็ง () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ

ชัก () มี () ไม่มี () ไม่ทราบ

ภาวะแทรกซ้อน.....

3. ประวัติการคลอด/ปัจจัยเสี่ยง

3.1 ตำแหน่งของแผลที่สงสัยว่าจะเป็นที่ติดเชื้อ () สะดือ () ที่อื่น ระบุ.....

3.2 ตัดสายสะดือด้วย () กรรไกร () มีด () ไม้รวก () อื่นๆ ระบุ.....

3.3 ผู้ทำความสะอาดแผลสะดือเด็กเป็นประจำ () พยาบาล () ผดุงครรภ์ () หมอตำแย

() อื่นๆ ระบุ.....

3.4 ใช้สมุนไพร ขากกลางบ้าน หรือสิ่งอื่นใดใส่ ปอก ป้าย ทา โขยแผลที่สะดือหรือไม่

() ใช่ ระบุ เริ่มใส่ตั้งแต่วันที่วัน () ไม่ใช่

4. ประวัติวัคซีน

4.1 มารดาเคยได้รับการฉีดที่อกชอยด์ป้องกันบาดทะยักหรือไม่

- () เคย ระบุจำนวน.....ครั้ง () ไม่เคย
 ครั้งสุดท้ายฉีดเมื่อ..... สถานที่ฉีด.....
 ก่อนครั้งสุดท้ายฉีดเมื่อ..... สถานที่ฉีด.....

ชื่อผู้สอบสวน.....

ตำแหน่ง.....

ที่ทำงาน.....วันที่สอบสวน.....