

มาตรการการป้องกันควบคุมโรคไอกรน ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 มกราคม 2567



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



กลุ่มงานโรคป้องกันด้วยวัคซีน กองโรคติดต่อทั่วไป

มาตรการการป้องกันควบคุมโรคไทรโนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1

เดือนมกราคม 2567

ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคไทรโนในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี ยะลา และสงขลาในบางพื้นที่ เริ่มมีการระบาดตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2566 เป็นต้นมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็กที่ได้รับวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกมาตรการการป้องกันควบคุมโรคไทรโนในพื้นที่ระบาด อาทิ การสอบสวนโรค การให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการแพร่เชื้อ การเร่งรัดการฉีดวัคซีนที่มีส่วนประกอบของไทรโนในเด็กเล็กตามระบบปกติและรณรงค์ให้วัคซีนเก็บตก การฉีดวัคซีนไทรโนชนิดไร้เซลล์ (aP) ในหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งสื่อสารให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมาย แต่ยังคงพบรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (ข้อมูล ณ วันที่ 2 มกราคม 2567 พบผู้ป่วยยืนยัน 288 ราย และพบผู้เสียชีวิต 5 ราย ซึ่งเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี) รวมถึงผลความครอบคลุมการฉีดวัคซีนยังคงไม่เป็นไปตามเกณฑ์

เมื่อวันที่ 5 มกราคม 2567 ได้มีการประชุมหารือการขับเคลื่อนการเร่งรัดงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไทรโนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ระหว่างกรมควบคุมโรค ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย และสมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย มีมติเห็นชอบมาตรการเพิ่มเติมในการตอบโต้สถานการณ์โรคไทรโนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ 1) มาตรการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไทรโนในเด็กกลุ่มเป้าหมายแบบปูพรมในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี ในพื้นที่ระบาด (Mop up) 2) มาตรการเร่งรัดการฉีดวัคซีนไทรโนในหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ระบาด และ 3) มาตรการป้องกันการแพร่เชื้อไทรโนในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในพื้นที่ระบาด กรมควบคุมโรค จึงได้จัดทำ มาตรการการป้องกันควบคุมโรคไทรโนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 ซึ่งมีมาตรการเพิ่มเติมดังรายละเอียดดังนี้

มาตรการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไทรโนในเด็กกลุ่มเป้าหมายแบบปูพรมในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี ในพื้นที่ระบาด (Mop up)

วัตถุประสงค์: เพื่อควบคุมการระบาดของโรคไทรโนและลดการเสียชีวิตในเด็กเล็กในพื้นที่ระบาดรุนแรง

หลักการให้วัคซีน:

- เป็นการฉีดวัคซีนแบบปูพรมในกลุ่มเป้าหมายอายุต่ำกว่า 7 ปี โดยไม่คำนึงถึงประวัติการรับวัคซีนเดิม
- โดยให้เป็นวัคซีนเสริมเพิ่มเติม (extra dose) ไม่นับรวมกับการให้วัคซีนพื้นฐาน (routine NIP)
- กลุ่มเป้าหมายยังคงต้องเข้ารับวัคซีนพื้นฐานให้ครบตามเกณฑ์

ระยะเวลาดำเนินงาน : ดำเนินการทันทีโดยเร็วที่สุด

รูปแบบการให้บริการ : ดำเนินการฉีดวัคซีนเชิงรุกในสถานที่ที่มีเด็กเล็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก ได้แก่ โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนสอนศาสนา เป็นต้น

กลุ่มเป้าหมาย: เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี ทุกคน

ชนิดวัคซีนที่ให้บริการ : วัคซีนรวมคอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก-ตับอักเสบบี-ฮิบ (DTP-HB-Hib) เป็นหลัก

แนวทางการดำเนินงาน:

1. การเตรียมการดำเนินงาน

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- สำรวจสถานที่ที่มีเด็กเล็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก และจำนวนกลุ่มเป้าหมาย
- วางแผนการดำเนินงานให้บริการวัคซีนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- บริหารจัดการเผื่อระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน

1.2 โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนสอนศาสนา

- สำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีน แจ้งจำนวนนักเรียนที่จะเข้ารับวัคซีนแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- ชี้แจงผู้ประกอบการเพื่อสร้างความเข้าใจในการรับวัคซีน และจัดส่งเอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้เด็กฉีดวัคซีนที่มีส่วนประกอบของไอกรนฯ และรวบรวมเอกสารดังกล่าวรายละเอียดตามเอกสารในภาคผนวกที่ 1

1.3 หน่วยบริการ

- จัดเตรียมระบบการให้บริการตามมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- สามารถเปิดวัคซีนรวม DTP-HB-Hib ตามระบบปกติ (ระบบ VMI) กรณีที่เปิดวัคซีนไม่ทันสามารถขอรับการสนับสนุนวัคซีนได้ที่ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสงขลา ติดต่อ

1 ภญ. สุจิตา กุลถวายพร เภสัชกรเชี่ยวชาญ

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โทร 074-338100 ต่อ 1500

2 ภญ. กุลฉัตร แก้วโกมล เภสัชกรชำนาญการ

โทร 074-338100 ต่อ 1503

2. การให้บริการวัคซีน

- ยืนยันตัวตนผู้รับวัคซีนก่อนการให้บริการ
- ตรวจสอบเอกสารแสดงความประสงค์แสดงความประสงค์ของผู้ปกครองในการให้เด็กรับวัคซีน
- ฉีดวัคซีนตามมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- กรอกข้อมูลตามเอกสารเอกสารรับรองการฉีดวัคซีนที่มีส่วนประกอบของไอกรนและมอบให้ผู้ปกครองไว้เป็นหลักฐาน รายละเอียดตามภาคผนวกที่ 2
- ให้อาสาสมัคร (พาราเซตามอล) กับเด็กที่ได้รับวัคซีนทุกราย
- แนะนำให้ผู้ปกครองพาเด็กไปรับวัคซีนตามระบบปกติที่หน่วยบริการใกล้บ้าน

3. การดำเนินงานหลังให้บริการวัคซีน

- รายงานผลบริการฉีดวัคซีนในระบบที่กรมควบคุมโรคกำหนด
- เผื่อระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน (AEFIs surveillance) ตามแนวทางของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
- ประเมินผลการฉีดวัคซีนที่ 1 เดือน หลังจากการรณรงค์แบบปูพรม

มาตรการเร่งรัดการฉีดวัคซีนไอกรนในหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ระบาด

วัตถุประสงค์: เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มโรคไอกรนในหญิงตั้งครรภ์ และถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก ส่งผลให้สร้างภูมิคุ้มกันในตัวที่ยังไม่สามารถรับวัคซีนตามเกณฑ์

ระยะเวลาดำเนินงาน : ดำเนินการทันทีโดยเร็วที่สุด

กลุ่มเป้าหมาย: หญิงตั้งครรภ์

กำหนดการให้วัคซีน: แนะนำให้วัคซีนในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 16 สัปดาห์ขึ้นไป

รูปแบบการให้บริการ: บูรณาการให้วัคซีนตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ ในคลินิกสุขภาพแม่และเด็ก (ANC)

ชนิดวัคซีนที่ให้บริการ : วัคซีนไอกรนชนิดไรโซเซลล์ (aP)

แนวทางการดำเนินงาน:

1. การเตรียมการดำเนินงาน

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- สำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมาย
- บริหารจัดการวัคซีนในภาพรวมของจังหวัด และเร่งรัดการฉีดวัคซีน aP ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย

1.2 หน่วยบริการ

- เบิกวัคซีนไอกรนชนิดไรโซเซลล์ (aP) ผ่านระบบ VMI กรณีที่เบิกวัคซีนไม่ทันสามารถขอรับการสนับสนุนวัคซีนได้ที่ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสงขลา ติดต่อ
 1. ญ. สุจิตา กุลถวายพร เภสัชกรเชี่ยวชาญ
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสงขลา โทร 074-338100 ต่อ 1500
 2. ญ. กุลฉัตร แก้วโกมล เภสัชกรชำนาญการ
โรงพยาบาลสงขลา โทร 074-338100 ต่อ 1503
- จัดเตรียมระบบการให้บริการตามมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

2. การให้บริการวัคซีน

- ยืนยันตัวตนผู้รับวัคซีนก่อนการให้บริการ

- ฉีดวัคซีนตามมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

3. การดำเนินงานหลังให้บริการวัคซีน

- รายงานผลบริการฉีดวัคซีนในระบบที่กรมควบคุมโรคกำหนด
- เผื่อระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน (AEFIs surveillance) ตามแนวทางของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

มาตรการป้องกันการแพร่เชื้อไอกรนในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในพื้นที่ระบาด

วัตถุประสงค์: เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคไอกรนในกลุ่มผู้ดูแลใกล้ชิด และลดโอกาสการแพร่เชื้อไอกรนไปยังกลุ่มเสี่ยง

ระยะเวลาดำเนินงาน : ดำเนินการทันทีโดยเร็วที่สุด

กลุ่มเป้าหมาย: 1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 1 ปี

2. หญิงหลังคลอดก่อนออกจากโรงพยาบาลทุกราย ที่ยังไม่ได้รับวัคซีน
3. ครูผู้ดูแลเด็ก หรือ เจ้าหน้าที่ในสถานที่ที่มีเด็กเล็กอยู่รวมกัน เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
4. สมาชิกในบ้าน ที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน

วัคซีนที่ให้บริการ : วัคซีนไอกรนชนิดไร้เซลล์ (aP) จำนวน 1 เข็ม

แนวทางการดำเนินงาน:

1. การเตรียมการดำเนินงาน

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- สำรวจจำนวนกลุ่มเป้าหมาย
- บริหารจัดการวัคซีนในภาพรวมของจังหวัด ให้สอดคล้องกับจำนวนวัคซีนที่ได้รับการจัดสรร

1.2 หน่วยบริการ

- เบิกวัคซีนไอกรนชนิดไร้เซลล์ (aP) ผ่านระบบ VMI กรณีที่เบิกวัคซีนไม่ทัน สามารถขอรับการสนับสนุนวัคซีนได้ที่ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสงขลา ติดต่อ
 1. ภญ. สุจิตา กุลถวายพร เภสัชกรเชี่ยวชาญ
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสงขลา โทร 074-338100 ต่อ 1500
 2. ภญ. กุลฉัตร แก้วโกมล เภสัชกรชำนาญการ
โรงพยาบาลสงขลา โทร 074-338100 ต่อ 1503
- จัดเตรียมระบบการให้บริการตามมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

2. การให้บริการวัคซีน

- ฉีดวัคซีนตามมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

3. การดำเนินงานหลังให้บริการวัคซีน

- รายงานผลบริการฉีดวัคซีนในระบบที่กรมควบคุมโรคกำหนด
- เผื่อระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน (AEFIs surveillance) ตามแนวทางของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

การบริหารจัดการวัคซีน

1. การบริหารจัดการวัคซีนไอกรนชนิดไร้เซลล์ (aP)

1.1 หญิงตั้งครรภ์ สามารถการเบิก-จ่ายวัคซีนตามระบบปกติของสปสช.

1.2 กลุ่มเป้าหมายอื่นๆ นอกจากหญิงตั้งครรภ์ สามารถประสานขอสนับสนุนวัคซีนได้ที่

1. ญ. สุจิตา กุลถวายพร เกษัชกรเชี่ยวชาญ
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสงขลา โทร 074-338100 ต่อ 1500
2. ญ. กุลฉัตร แก้วโกมล เกษัชกรชำนาญการ
โรงพยาบาลสงขลา โทร 074-338100 ต่อ 1503
3. ภก. พนิต ทองพูล เกษัชกรชำนาญการ
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค โทร 02-5903196-7

2. การบริหารจัดการวัคซีนรวมคอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก-ตับอักเสบบี-อีบี

- สามารถเบิกวัคซีนผ่านระบบ VMI ตามระบบปกติ
- กรณีเบิกวัคซีนไม่ทัน สามารถประสานขอสนับสนุนวัคซีนได้ที่
 1. ญ. สุจิตา กุลถวายพร เกษัชกรเชี่ยวชาญ
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสงขลา โทร 074-338100 ต่อ 1500
 2. ญ. กุลฉัตร แก้วโกมล เกษัชกรชำนาญการ
โรงพยาบาลสงขลา โทร 074-338100 ต่อ 1503
 3. ภก. พนิต ทองพูล เกษัชกรชำนาญการ
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค โทร 02-5903196-7

การบันทึกข้อมูล

เพื่อให้การติดตามการดำเนินงานตามมาตรการการป้องกันควบคุมโรคไอกรนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพสูงสุด จึงขอความร่วมมือหน่วยบริการทุกแห่งบันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีน DTP

และ aP เป็นรายวัน ในรูปแบบ Google form <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1udL-dWzdhLKggubndTOuv9sFf8YV2EArLMByK3TeWRc/edit#gid=0> รายละเอียดตามภาคผนวกที่ 3

โดยกรมควบคุมโรคจะสรุปข้อมูลทุกวันศุกร์เวลา 10.00 น. เพื่อรายงานต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และกรมควบคุมโรคจะคืนข้อมูลให้พื้นที่ผ่านประธานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดต่อไป

ภาคผนวกที่ 1 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้เด็กฉีดวัคซีนที่มีส่วนประกอบของไอกรน และแบบ
คัดกรองก่อนการได้รับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของไอกรน



เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้เด็กฉีดวัคซีนที่มีส่วนประกอบของไอกรน
และแบบคัดกรองก่อนการได้รับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของไอกรน

<p>โรคไอกรนเป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ทำให้มีการอักเสบของเยื่อทางเดินหายใจและเกิดอาการไอ ที่มีลักษณะพิเศษคือ ไอช้อนๆ ตัดๆ กัน จนเด็กหายใจไม่ทัน จังหวะไอ และมีอาการหายใจเข้าลึกๆ เป็นเสียงวูบ สลับกันไปกับการไอเป็นชุดๆ จึงมีชื่อเรียกว่า “โรคไอกรน” ซึ่งขณะนี้มีการระบาดของโรคไอกรนในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัด นราธิวาส ปัตตานี ยะลา และสงขลาในบางพื้นที่ เริ่มมีการระบาดตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2566 เป็นต้นมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเด็กเล็ก ที่มีการได้รับวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์</p> <p>กระทรวงสาธารณสุข จึงแนะนำให้เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี ฉีดวัคซีนที่มีส่วนประกอบของไอกรน (DTP-HB-Hib หรือ DTP) โดยไม่คำนึงถึงประวัติการรับวัคซีนเดิม โดยให้เป็นวัคซีนเสริมเพิ่มเติม (extra dose) ไม่นับรวมกับการให้วัคซีนพื้นฐาน (routine NIP) โดยการฉีดวัคซีนในสถานที่ที่มีเด็กเล็กอยู่รวมกัน ได้แก่ โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนสอนศาสนา ทั้งนี้ เด็กยังคงต้องเข้ารับวัคซีนพื้นฐานให้ครบตามเกณฑ์</p>									
<p>เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้เด็กฉีดวัคซีนที่มีส่วนประกอบของไอกรน</p>	<p>แบบคัดกรองก่อนการได้รับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของไอกรน</p>								
<p>ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล..... หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง)..... ผู้ปกครองของ..... มีความสัมพันธ์เป็น..... ที่อยู่..... อำเภอ..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์ (นักเรียน).....</p> <p>ชื่อ-นามสกุล (เด็ก)..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด..... เลขประจำตัว 13 หลัก..... สัญชาติ..... ชื่อศูนย์เด็กเล็ก/สถานศึกษา..... ชั้น..... ห้อง.....</p> <p>ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนที่มีส่วนประกอบของไอกรน (DTP-HB-Hib/DTP) จำนวน 1 เข็ม โดยสมัครใจ <input type="checkbox"/> ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีน สาเหตุ (ถ้ามี)..... และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง</p> <p>ลงชื่อ..... ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม (.....) วันที่/...../.....</p>	<p>กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง [] ตามความเป็นจริง</p> <table border="1"> <tr> <td>● เคยแพ้วัคซีน DTP-HB-Hib หรือ DTP หรือส่วนประกอบอื่นๆ ในวัคซีน</td> <td>[] ใช่ [] ไม่ใช่</td> </tr> <tr> <td>● กำลังมีไข้ หรือกำลังเจ็บป่วยเฉียบพลัน</td> <td>[] ใช่ [] ไม่ใช่</td> </tr> <tr> <td>● เพิ่งหายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันไม่เกิน 7 วัน</td> <td>[] ใช่ [] ไม่ใช่</td> </tr> <tr> <td>● ได้รับวัคซีน DTP-HB-Hib หรือ DTP มาแล้วภายในระยะเวลาน้อยกว่า 1 เดือน</td> <td>[] ใช่ [] ไม่ใช่</td> </tr> </table> <p>หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สถานพยาบาลใกล้บ้าน</p>	● เคยแพ้วัคซีน DTP-HB-Hib หรือ DTP หรือส่วนประกอบอื่นๆ ในวัคซีน	[] ใช่ [] ไม่ใช่	● กำลังมีไข้ หรือกำลังเจ็บป่วยเฉียบพลัน	[] ใช่ [] ไม่ใช่	● เพิ่งหายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันไม่เกิน 7 วัน	[] ใช่ [] ไม่ใช่	● ได้รับวัคซีน DTP-HB-Hib หรือ DTP มาแล้วภายในระยะเวลาน้อยกว่า 1 เดือน	[] ใช่ [] ไม่ใช่
● เคยแพ้วัคซีน DTP-HB-Hib หรือ DTP หรือส่วนประกอบอื่นๆ ในวัคซีน	[] ใช่ [] ไม่ใช่								
● กำลังมีไข้ หรือกำลังเจ็บป่วยเฉียบพลัน	[] ใช่ [] ไม่ใช่								
● เพิ่งหายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันไม่เกิน 7 วัน	[] ใช่ [] ไม่ใช่								
● ได้รับวัคซีน DTP-HB-Hib หรือ DTP มาแล้วภายในระยะเวลาน้อยกว่า 1 เดือน	[] ใช่ [] ไม่ใช่								

ภาคผนวกที่ 2 เอกสารรับรองการฉีดวัคซีนที่มีส่วนประกอบของไอกรน

เอกสารรับรองการฉีดวัคซีนที่มีส่วนประกอบของไอกรน
 ตามแนวทางการฉีดวัคซีนแบบปูพรมในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปีในพื้นที่ระบาด (Mop up)

 ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขประจำตัว 13 หลัก.....

อายุ.....ปี

ศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียน.....

ชนิดวัคซีนที่ได้รับ [] DTP-HB-Hib

[] DTP



วันที่ได้รับวัคซีน/...../.....



ภาคผนวกที่ 3 แบบรายงานการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไอกรน รายวัน

รายงาน_ผลการฉีดวัคซีน DTP/aP เขต 12 ☆ 🔒 🌐

ไฟล์ แก้ไข ดู แทรก รูปแบบ ข้อมูล เครื่องมือ ส่วนขยาย ความช่วยเหลือ

🔍 🏠 🔄 100% B % .0 .00 123 Sarab... - 16 + B I 🔒 A 🎨 📏 📄 📅 📁 📧 📧 📧 📧 📧

A1 📄 ผลการฉีด DTP ในเด็กต่ำกว่า 7 ปี รายวัน

ผลการฉีด DTP ในเด็กต่ำกว่า 7 ปี รายวัน				DTP1 ธันวาคม 2566																																		
จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	เป้าหมายเด็กที่ยังไม่ได้รับ DTP1	ยอดฉีดสะสม	ร้อยละสะสม	ยังไม่ฉีด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
นราธิวาส	เมืองนราธิวาส	บางนาค		21	0.00	ไม่ได้เป้าหมาย						8							5						8													
นราธิวาส	เมืองนราธิวาส	ลำภู		9	0.00	ไม่ได้เป้าหมาย													1						4													
นราธิวาส	เมืองนราธิวาส	มะนังตายอ		5	0.00	ไม่ได้เป้าหมาย																			4													
นราธิวาส	เมืองนราธิวาส	บางปอ		3	0.00	ไม่ได้เป้าหมาย																			1													
นราธิวาส	เมืองนราธิวาส	กะลุวอ		10	0.00	ไม่ได้เป้าหมาย													8																			
นราธิวาส	เมืองนราธิวาส	กะลุวอเหนือ		13	0.00	ไม่ได้เป้าหมาย													1						6									6				
นราธิวาส	เมืองนราธิวาส	โคกเคียน		16	0.00	ไม่ได้เป้าหมาย													9						5									2				
นราธิวาส	ตากใบ	เจ๊ะเท		20	0.00	ไม่ได้เป้าหมาย						5							6						4									3				
นราธิวาส	ตากใบ	ไทรวัน		8	0.00	ไม่ได้เป้าหมาย													5						3													
นราธิวาส	ตากใบ	พร่อน		2	0.00	ไม่ได้เป้าหมาย																			2													
นราธิวาส	ตากใบ	ศาลาใหม่		13	0.00	ไม่ได้เป้าหมาย													5						8													
นราธิวาส	ตากใบ	บางขุนทอง		4	0.00	ไม่ได้เป้าหมาย													3						1													
นราธิวาส	ตากใบ	เกาะสะท้อน		7	0.00	ไม่ได้เป้าหมาย													2						5													
นราธิวาส	ตากใบ	น่านาค		0	0.00	ไม่ได้เป้าหมาย																																
นราธิวาส	ตากใบ	โฆษิต		7	0.00	ไม่ได้เป้าหมาย																			2													
นราธิวาส	บาเจาะ	บาเจาะ		19	0.00	ไม่ได้เป้าหมาย						6							2					5		2										1		

+ ☰ DTP ยะลา ▾ DTP นราธิวาส ▾ DTP บัตตานี ▾ DTP สงขลา ▾ aP นราธิวาส ▾ aP บัตตานี ▾ aP ยะลา ▾ aP สงขลา ▾ <