

**แบบติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย  
สำหรับการเฝ้าระวัง (IDES)**

**สนับสนุนโดยโครงการกองทุนโลกด้านมาลาเรีย**



แบบติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย

สถานที่ตรวจรักษา

วันที่ตรวจ ..... ชื่อสถานที่ตรวจ .....  
ที่อยู่ เลขที่ ..... หมู่บ้าน .....  
ตำบล ..... อำเภอ..... จังหวัด .....

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อผู้ป่วย ..... อายุ ..... ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง น้ำหนัก ..... กก.  
ที่อยู่ผู้ป่วย เลขที่ ..... หมู่บ้าน ..... ตำบล .....  
อำเภอ..... จังหวัด ..... เบอร์ติดต่อ .....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน: ..... ☐ อันดับผู้ป่วย: ..... ☐ HN: .....  
รหัสผู้ป่วย (รหัสสนคม./วันที่กินยาวันแรก/อันดับผู้ป่วย) : .....  
กรณีเป็นนักเรียน ให้ระบุชื่อโรงเรียน .....

ผลการตรวจ

1. ชนิดเชื้อที่ตรวจพบ ☐ Pf ☐ Pm ☐ Pv ☐ Po ☐ Pk ☐ Mix ..... ตรวจโดย: ☐ ACD ☐ PCD  
2. การตรวจ G6PD ☐ ตรวจ ☐ ไม่ตรวจ  
3. ตรวจด้วย ☐ เครื่อง SD Biosensor ระบุค่า ..... U/g HB และค่าฮีโมโกรบิน (Hb) ..... g/dL  
☐ เครื่องฟลูออเรสเซนส์ (Fluorescents) ผลตรวจ ☐ ปกติ ☐ พร่อง  
☐ เครื่องวัดการดูดกลืนแสง (Spectrophotometer) ☐ ปกติ ☐ พร่องบางส่วน ☐ พร่อง

ยารักษา

- ☐ DHA - PIP 40/320 มก. จำนวน ..... เม็ด ☐ Chloroquine 250 มก. จำนวน ..... เม็ด  
☐ Artesunate-Pyronaridine 60/180 มล. (Pyramax) จำนวน ..... เม็ด ☐ Primaquine ..... มก. จำนวน ..... เม็ด  
☐ Tetracycline จำนวน ..... เม็ด ☐ Tafenoquine 150 มก./KOZENIS จำนวน ..... เม็ด  
☐ Atovaquone-proguanil จำนวน ..... เม็ด ☐ Artesunate IV 60 มก. จำนวน ..... หลอด  
☐ Artemether-Lumefantrine จำนวน ..... เม็ด ☐ Quinine IV จำนวน ..... หลอด  
☐ Quinine จำนวน ..... เม็ด ☐ ยาอื่น (ระบุ) ..... จำนวน .....

| วันที่นัด                                         | D0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | D3                | D7                | D14               | D28               | D42               | D60               | D90               | หมายเหตุ |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------|
| วันที่ผู้ป่วยมา                                   | ...../...../.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ...../...../..... | ...../...../..... | ...../...../..... | ...../...../..... | ...../...../..... | ...../...../..... | ...../...../..... |          |
| อุณหภูมิร่างกาย (°C)                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |                   |                   |                   |                   |                   |                   |          |
| จำนวนเชื้อ:<br>ระยะไม่มีเพศ/<br>จำนวนเม็ดเลือดขาว |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |                   |                   |                   |                   |                   |                   |          |
| อาการข้างเคียง:                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |                   |                   |                   |                   |                   |                   |          |
| วันที่ ...../...../.....                          | <input type="radio"/> คลื่นไส้ <input type="radio"/> อาเจียน <input type="radio"/> ปวดศีรษะ <input type="radio"/> ปวดเมื่อยร่างกาย <input type="radio"/> ท้องเสีย <input type="radio"/> ผื่นขึ้นเป็นผื่น <input type="radio"/> ปวดท้อง<br><input type="radio"/> ปัสสาวะเปลี่ยนสี (ระบุ) ..... <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ) ..... |                   |                   |                   |                   |                   |                   |                   |          |
| วันที่ ...../...../.....                          | <input type="radio"/> คลื่นไส้ <input type="radio"/> อาเจียน <input type="radio"/> ปวดศีรษะ <input type="radio"/> ปวดเมื่อยร่างกาย <input type="radio"/> ท้องเสีย <input type="radio"/> ผื่นขึ้นเป็นผื่น <input type="radio"/> ปวดท้อง<br><input type="radio"/> ปัสสาวะเปลี่ยนสี (ระบุ) ..... <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ) ..... |                   |                   |                   |                   |                   |                   |                   |          |
| วันที่ ...../...../.....                          | <input type="radio"/> คลื่นไส้ <input type="radio"/> อาเจียน <input type="radio"/> ปวดศีรษะ <input type="radio"/> ปวดเมื่อยร่างกาย <input type="radio"/> ท้องเสีย <input type="radio"/> ผื่นขึ้นเป็นผื่น <input type="radio"/> ปวดท้อง<br><input type="radio"/> ปัสสาวะเปลี่ยนสี (ระบุ) ..... <input type="radio"/> อื่นๆ (ระบุ) ..... |                   |                   |                   |                   |                   |                   |                   |          |

ดำเนินการ:

1. แนะนำการกินยา ☐ D0 ☐ D1 ☐ D2 ☐ D3 ☐ D4 ☐ D5 ☐ D6 ☐ D7 ☐ D8 ☐ D9 ☐ D10 ☐ D11 ☐ D12 ☐ D13  
2. อาเจียนภายใน 30 นาที หลังจากกินยาในวันแรกหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่  
3. ทำฟิล์มเลือดหนาและบางในแผ่นเดียวกัน 2 แผ่น ☐ D0 ☐ D3 ☐ D7 ☐ D14 ☐ D28 ☐ D42 ☐ D60 ☐ D90  
4. เก็บเลือด 3 หยดบนกระดาษกรอง ☐ D0 ☐ D3 ☐ D7 ☐ D14 ☐ D28 ☐ D42 ☐ D60 ☐ D90  
ระบุเหตุผลที่ติดตามผู้ป่วยไม่ครบ .....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ..... วันที่ .....  
ตำแหน่ง .....

## คำแนะนำการลงรายงาน แบบติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย

### สถานที่ตรวจรักษา

- ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียทุกราย
- สถานที่ตรวจรักษา ลง ชื่อ และที่อยู่สถานที่ให้การตรวจ

### ข้อมูลผู้ป่วย

- ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ลงชื่อ และนามสกุลของผู้ป่วย
- อายุ ลงอายุของผู้ป่วย เป็นปี
- เพศ เลือกทำเครื่องหมาย ☒ ลงหน้าช่องชายหรือหญิง
- น้ำหนัก ลงน้ำหนักของผู้ป่วย เป็นกิโลกรัม
- ที่อยู่ปัจจุบัน ลง เลขที่ หมู่ ตำบล อำเภอ และจังหวัดของผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยต่างชาติ อาจใช้ที่อยู่ของนายจ้าง

### ผลการตรวจ

- ชนิดเชื้อที่ตรวจพบเลือกทำเครื่องหมาย ☒ ลงหน้าช่องชนิดเชื้อที่ตรวจพบ
- ระดับเอนไซม์ G6PD เชิงปริมาณ (Biosensor) ลงตัวเลขระดับเอนไซม์ (กรณีตรวจ)
- ผลการตรวจ G6PD เลือกทำเครื่องหมาย ☒ ลงหน้าช่องผลการตรวจ

### ยารักษา

- ชนิดยาที่จ่าย เลือกทำเครื่องหมาย ☒ ลงหน้าช่องยาที่จ่ายและลงจำนวนเม็ดที่จ่ายทั้งหมด

### วันนัด

- วันนัด/เดือน/ปี ลงวันที่ เดือน และปี พ.ศ. ที่ติดตามผลการรักษาตามกำหนดนัด  
วันที่ผู้ป่วยมา ลงวันที่ เดือนและปี พ.ศ. ที่ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจริง
- อุณหภูมิ เป็นองศาเซลเซียส วัดอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยทางปาก หากวัดทางรักแร้ ให้บวกเพิ่ม 0.5 องศาเซลเซียส
- จำนวนเชื้อระยะวงแหวน/เม็ดเลือดขาว  
สำหรับสถานตรวจบำบัดที่ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ลงตัวเลขจำนวนเชื้อระยะไม่มีเพศ กรณีวงกล้งสุดท้ายนับจำนวนเม็ดเลือดขาวเกิน 200 เซลล์ให้ใช้จำนวนเม็ดเลือดขาวทั้งหมดที่นับได้ เช่น นับเชื้อระยะไม่มีเพศ 250 เซลล์ จากเม็ดเลือดขาว 203 เซลล์ให้ลง 250/203 ถ้าไม่พบ ให้ลง 0
- อาการข้างเคียงที่พบ ลงเครื่องหมาย ☒ ในช่องอาการข้างเคียง
- ชื่อผู้รับผิดชอบ ลงชื่อ-นามสกุล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
- กรุณาเขียนตัวบรรจง ให้ชัดเจน

### ดำเนินการ

- แนะนำการกินยา ลงเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่ดำเนินการ
- อาเจียนภายใน 30 นาที ลงเครื่องหมาย ☒ ในช่องใช่หรือไม่
- ทำฟิล์มเลือด 2 แผ่น ลงเครื่องหมาย ☒ ในช่องวันที่ดำเนินการ โดย 1 แผ่น ส่ง IDES และอีก 1 แผ่น ส่งตรวจซ้ำ (Recheck) ตามระบบปกติ
- เก็บเลือด ลงเครื่องหมาย ☒ ในช่องวันที่ดำเนินการ