



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เลขที่แบบบันทึกข้อมูล

--	--	--

เรื่อง ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ที่ถูกสงสัยว่าสัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า
ในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

คำชี้แจง: แบบบันทึกข้อมูลชุดนี้ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อทำการศึกษาวิจัย ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของการสัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า การสัมผัสสัตว์นำโรค และการดูแลรักษาผู้ที่ถูกสงสัยว่าสัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง แบบบันทึกข้อมูลมี 3 ส่วน รวม 25 ข้อ

: กรุณาทำเครื่องหมายใน ใน หน้าข้อความ หรือ เติมค่าลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

	คำถาม	สำหรับเจ้าหน้าที่		
ส่วนที่ 1	ข้อมูลทั่วไปทางระบาดวิทยา (7 ข้อ)			
1	เพศ <input type="checkbox"/> 1.ชาย <input type="checkbox"/> 2.หญิง	gender <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 50px; height: 20px;"></td></tr></table>		
2	ขณะสงสัยว่าสัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า อายุ.....ปี.....เดือน	age <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 50px; height: 20px;"></td><td style="width: 50px; height: 20px;"></td></tr></table>		
3	อาชีพขณะสงสัยว่าสัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า คือ..... <input type="checkbox"/> 1.ทำนา <input type="checkbox"/> 2.ทำสวน <input type="checkbox"/> 3.ค้าขาย <input type="checkbox"/> 4.นักเรียน/นักศึกษา <input type="checkbox"/> 5.ไม่มีอาชีพ/ในความปกครอง <input type="checkbox"/> 6.รับราชการ <input type="checkbox"/> 7.อื่นๆ ระบุ.....	occ <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 50px; height: 20px;"></td></tr></table>		

	คำถาม	สำหรับเจ้าหน้าที่
4	อาชีพหลักของผู้ปกครอง (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี) คือ..... <input type="checkbox"/> 1.ทำนา <input type="checkbox"/> 2.ทำสวน <input type="checkbox"/> 3.ค้าขาย <input type="checkbox"/> 4.รับราชการ <input type="checkbox"/> 5.อื่นๆ ระบุ.....	occ1
5	เขตที่อยู่อาศัย หมู่ที่.....ตำบล.....อ.ป่าพะยอม จ.พัทลุง	region1 region2
6	สถานที่สัมผัสสัตว์นำโรค หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....	place
7	วันที่สงสัยว่าสัมผัสเชื้อ โรคพิษสุนัขบ้า วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2550	dsus msus
ส่วนที่ 2 การสัมผัสสัตว์นำโรค (7 ข้อ)		
1	ตำแหน่งของร่างกายที่สงสัยว่าสัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า(ตอบได้มากกว่า1ข้อ) <input type="checkbox"/> 1.ศีรษะ <input type="checkbox"/> 2.ใบหน้า <input type="checkbox"/> 3.ลำคอ <input type="checkbox"/> 4.มือ <input type="checkbox"/> 5.แขน <input type="checkbox"/> 6.ลำตัว <input type="checkbox"/> 7.ขา <input type="checkbox"/> 8.เท้า <input type="checkbox"/> 9.อื่นๆ ระบุ.....	point
2	ลักษณะของการสัมผัสสัตว์ที่สงสัยว่าสัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า(ตอบได้มากกว่า 1ข้อ) <input type="checkbox"/> 1.ถูกกัด มีเลือดออก <input type="checkbox"/> 2.ถูกกัด ไม่มีเลือดออก <input type="checkbox"/> 3.ถูกข่วน มีเลือดออก <input type="checkbox"/> 4.ถูกข่วน ไม่มีเลือดออก <input type="checkbox"/> 5.ถูกเลีย/ถูกน้ำลาย มีบาดแผล <input type="checkbox"/> 6.ถูกเลีย/ถูกน้ำลายไม่มีบาดแผล	bite

	คำถาม	สำหรับเจ้าหน้าที่
3	สาเหตุของการถูกกัดหรือถูกสัมผัสจากสัตว์นำโรค <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีสาเหตุโน้มนำ <input type="checkbox"/> 2. ทำร้ายหรือแกล้งสัตว์ <input type="checkbox"/> 3. พยายามแยกสัตว์/เข้าไปใกล้สัตว์ที่ต่อสู้กัน <input type="checkbox"/> 4. เข้าใกล้สัตว์ลูกอ่อน <input type="checkbox"/> 5. รบกวนสัตว์ขณะกินอาหาร <input type="checkbox"/> 6. แหย่สัตว์/หยอกเล่นกับสัตว์ <input type="checkbox"/> 7. สัตว์พยายามแย่งอาหารจากผู้ถูกสัมผัส <input type="checkbox"/> 7. เข้าใกล้ที่อยู่ของสัตว์ <input type="checkbox"/> 8. สาเหตุอื่นๆ	cause <input type="text"/>
4	ชนิดของสัตว์นำโรคที่สัมผัส <input type="checkbox"/> 1. สุนัข <input type="checkbox"/> 2. แมว <input type="checkbox"/> 3. ลิง <input type="checkbox"/> 4. ชะนี <input type="checkbox"/> 5. หนู <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ.....	kind <input type="text"/>
5	อายุของสัตว์นำโรคที่สัมผัส <input type="checkbox"/> 1. น้อยกว่า 3 เดือน <input type="checkbox"/> 2. อายุ 3-6 เดือน <input type="checkbox"/> 3. อายุ 6-12 เดือน <input type="checkbox"/> 4. อายุมากกว่า 1 ปี <input type="checkbox"/> 5. ไม่ทราบ	age_a <input type="text"/>
6	สัตว์นำโรคที่สัมผัสมีเจ้าของหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. มีเจ้าของ <input type="checkbox"/> 2. ไม่มีเจ้าของ <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> 4. สัตว์ป่า	hold <input type="text"/>
7	สัตว์นำโรคมีประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. เคยฉีด 1 ครั้ง <input type="checkbox"/> 2. เคยฉีดเกิน 1 ครั้ง ครั้งสุดท้าย..... <input type="checkbox"/> 1. เคยฉีดภายใน 1 ปี <input type="checkbox"/> 2. เคยฉีดเกิน 1 ปี <input type="checkbox"/> 3. ไม่เคยฉีด <input type="checkbox"/> 4. จำไม่ได้ / ไม่ทราบ	vac_a <input type="text"/>

	คำถาม	สำหรับเจ้าหน้าที่		
ส่วนที่ 3	การดูแลรักษาผู้ที่ถูกสงสัยว่าสัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า (11 ข้อ)			
	การดูแลตนเองของผู้ที่ถูกสงสัยว่าสัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า (5 ข้อ)			
1	<p>ก่อนที่สัมผัสสัตว์นำโรคหรือถูกสงสัยว่าสัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในครั้งนี ผู้รับสัมผัสเคยฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามาบ้างหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยฉีด หรือฉีดน้อยกว่า 3 เข็ม</p> <p><input type="checkbox"/> 2. เคยฉีด 3 เข็ม หรือมากกว่า ในระยะเวลา</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1. ภายใน 6 เดือน <input type="checkbox"/> 2. เกิน 6 เดือน</p>	<table border="1"> <tr> <td>vac_h</td> <td></td> </tr> </table>	vac_h	
vac_h				
2	<p>หลังสัมผัสสัตว์นำโรคมักมีการล้างแผลก่อนไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ล้าง</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ได้ล้าง หากมีการล้างแผลได้ล้างด้วยอะไร</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1. ล้างด้วยน้ำ</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2. ล้างด้วยน้ำและสบู่ หรือผงซักฟอก</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ ระบุ.....</p>	<table border="1"> <tr> <td>scrub</td> <td></td> </tr> </table>	scrub	
scrub				
3	<p>หลังสัมผัสสัตว์นำโรคมักมีการใส่ยาฆ่าเชื้อก่อนไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ใส่ยา</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ได้ใส่ยา ใช้ยาอะไร.....</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1. สารละลายไอโอดีนที่ไม่มีแอลกอฮอล์ เช่น โพลีดีน</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2. ทิงเจอร์ไอโอดีน แอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> 3. อื่นๆ ระบุ.....</p>	<table border="1"> <tr> <td>paint</td> <td></td> </tr> </table>	paint	
paint				
4	<p>การกักขังสัตว์นำโรคเพื่อติดตามดูอาการ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. กักขังได้ / ติดตามได้.....</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 1. สัตว์ตายเองภายใน 10 วัน <input type="checkbox"/> 2. ไม่ตายภายใน 10 วัน</p> <p><input type="checkbox"/> 2. กักขังไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ถูกฆ่าตาย</p> <p><input type="checkbox"/> 4. สัตว์หนีหาย/จำไม่ได้</p>	<table border="1"> <tr> <td>catch</td> <td></td> </tr> </table>	catch	
catch				

	คำถาม	สำหรับเจ้าหน้าที่		
5	<p>การตรวจห้วส์ตัวนำโรคเพื่อหาเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ตรวจ พบเชื้อ <input type="checkbox"/> 2.ตรวจ ไม่พบเชื้อ <input type="checkbox"/> 3.ไม่ได้ส่งตรวจ</p>	<table border="1"> <tr> <td>check</td> <td></td> </tr> </table>	check	
check				
การดูแลรักษาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (6 ข้อ)				
1	<p>ได้รับการฉีดอิมมูโนโกลบูลิน (RIG) หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ไม่ได้ฉีด</p> <p><input type="checkbox"/> 2.ได้ฉีด ชนิดของอิมมูโนโกลบูลินที่ฉีด.....</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ERIG <input type="checkbox"/> 2.HRIG <input type="checkbox"/> 3.อื่นๆ.....</p>	<table border="1"> <tr> <td>rig</td> <td></td> </tr> </table>	rig	
rig				
2	<p>ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ไม่ได้ฉีด</p> <p><input type="checkbox"/> 2.ได้ฉีด ชนิดของวัคซีนที่ฉีด...(ตอบได้มากกว่า1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.PCEC <input type="checkbox"/> 2.PVRV <input type="checkbox"/> 3.อื่นๆ.....</p>	<table border="1"> <tr> <td>r_vac</td> <td></td> </tr> </table>	r_vac	
r_vac				
3	<p>ในรายที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ได้ฉีดโดยวิธีใด</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> 2.ฉีดเข้าในชั้นผิวหนัง</p>	<table border="1"> <tr> <td>method</td> <td></td> </tr> </table>	method	
method				
4	<p>ในรายที่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า มีอาการแพ้วัคซีนหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ไม่แพ้</p> <p><input type="checkbox"/> 2.แพ้ มีอาการ.....</p> <p><input type="checkbox"/> 1. บวมแดง <input type="checkbox"/> 2. คันบริเวณที่ฉีด</p> <p><input type="checkbox"/> 3. เป็นไข้ <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ</p>	<table border="1"> <tr> <td>allergic</td> <td></td> </tr> </table>	allergic	
allergic				

	คำถาม	สำหรับเจ้าหน้าที่				
5	<p>ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าจำนวน.....เข็ม</p> <p>ครบตามเกณฑ์หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ไม่ครบ</p> <p><input type="checkbox"/> 2.ครบ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ครบ 3 เข็ม <input type="checkbox"/> 2. ครบ 5 เข็ม</p> <p><input type="checkbox"/> 3. กระตุ้น1เข็ม(ภายใน6เดือน) <input type="checkbox"/> 4. กระตุ้น2เข็ม(เกิน6เดือน)</p>	<table border="1"> <tr> <td>dose</td> <td></td> </tr> <tr> <td>dose_c</td> <td></td> </tr> </table>	dose		dose_c	
dose						
dose_c						
6	<p>การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ส่วนใหญ่ฉีดที่สถานพยาบาลใด</p> <p><input type="checkbox"/> 1.โรงพยาบาลป่าพะยอม</p> <p><input type="checkbox"/> 2.สถานีอนามัย ระบุชื่อ.....</p> <p><input type="checkbox"/> 3.สถานพยาบาลอื่นๆ ระบุ.....</p>	<table border="1"> <tr> <td>pcu</td> <td></td> </tr> </table>	pcu			
pcu						

ผลการบันทึกข้อมูล <input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบถ้วน ผู้ตรวจสอบ..... วันที่.....
--

ภาพตัวอย่าง : แบบรายงานผู้สัมผัสหรือสงสัยว่าสัมผัสว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36)

รายงานการฉีดวัคซีนผู้สัมผัสหรือสงสัยว่าสัมผัสว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

ร. 36

จังหวัด..... อำเภอ..... สถานพยาบาล..... HN.....
 ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□□□ □ สัญชาติ (ระบุ).....

1.1 ชื่อ-สกุล : อายุ..... ปี เพศ ชาย หญิง

อาชีพขณะสัมผัสโรค..... อาชีพผู้ปกครอง (กรณีอายุต่ำกว่า 15 ปี).....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

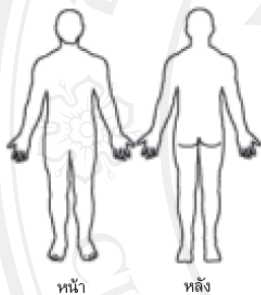
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทร.....

1.2 สถานที่สัมผัสโรค : เขต กทม. เขตเมืองพัทยา เขตเทศบาล เขต อบต.

หมู่ที่..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

1.3 วันที่สัมผัสโรค..... เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 : ตำแหน่งและลักษณะการสัมผัส



หน้า

หลัง

หมายเหตุ ➡ กาดำแหน่งที่สัมผัส

ลำดับที่	ตำแหน่งที่สัมผัส	ลักษณะการสัมผัส					
		ถูกกัด		ถูกข่วน		ถูกเลีย/ถูกน้ำลาย	
		มีเลือดออก	ไม่มีเลือดออก	มีเลือดออก	ไม่มีเลือดออก	ที่มีแผล	ที่ไม่มีแผล
1	ศีรษะ						
	หน้า						
	ลำคอ						
2	มือ						
3	แขน						
4	ลำตัว						
5	ขา						
6	เท้า						

ส่วนที่ 3 : สัตว์นำโรค

3.1 ชนิดสัตว์นำโรค : สุนัข แมว ลิง ชะนี หนู อื่นๆ (โปรดระบุ)

อายุสัตว์ : น้อยกว่า 3 เดือน 3 - 6 เดือน 6 - 12 เดือน มากกว่า 1 ปี ไม่ทราบ

3.2 สถานภาพสัตว์ : มีเจ้าของ ไม่มีเจ้าของ ไม่ทราบ

3.3 การกักขังติดตามดูอาการสัตว์ : กักขังได้ / ติดตามได้ ➡ ตายเองภายใน 10 วัน

ไม่ตายภายใน 10 วัน

กักขังไม่ได้

ถูกฆ่าตาย

หนีหาย / จำไม่ได้

3.4 ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า : ไม่ทราบ ไม่เคยฉีด เคยฉีด 1 ครั้ง

เคยฉีดเกิน 1 ครั้ง ครั้งสุดท้าย ➡ ภายใน 1 ปี

เกิน 1 ปี

3.5 สาเหตุที่ถูกกัด : ถูกกัดโดยไม่มีสาเหตุโน้มนำ

ถูกกัดโดยมีสาเหตุโน้มนำ (ระบุ)..... ➡

ทำร้าย หรือแก่งสัตว์

พยายามแยกสัตว์ที่กำลังต่อสู้กัน

เข้าใกล้สัตว์แม่ลูกอ่อน

ครอบงวนสัตว์ขณะกินอาหาร

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

3.6 การส่งห้วสัตว์ตรวจ : ไม่ได้ส่งตรวจ

ส่งที่ (โปรดระบุ.....) ➡

พบเชื้อ

ไม่พบเชื้อ

ส่วนที่ 4 : การดูแลรักษาผู้สัมผัส หรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

- 4.1 การล้างแผลก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข : ไม่ได้ล้าง
 ล้างด้วย ➡ น้ำ
 น้ำและสบู่ / ผงซักฟอก
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- 4.2 การใส่ยาฆ่าเชื้อก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข : ไม่ได้ไม่ใส่ยา
 ใส่ยา ➡ สารละลายไอโอดีนที่ไม่มีแอลกอฮอล์ เช่น โพวีดีน เบตาดีน ฯลฯ
 ทิงเจอร์ไอโอดีน
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- 4.3 ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้สัมผัส หรือสงสัยว่าสัมผัส : ไม่เคยฉีดหรือเคยฉีดน้อยกว่า 3 เข็ม
 เคยฉีด 3 เข็ม หรือมากกว่า ภายใน 6 เดือน

ส่วนที่ 5 : การฉีดอิมมูโนโกลบูลินและวัคซีนในครั้งนี้

- 5.1 การฉีดอิมมูโนโกลบูลิน (RIG) : ไม่ฉีด ฉีด ➡ ERIG Lot. No.....
 HRIG Lot. No.....
ปริมาณฉีด.....IU น้ำหนักคนไข้..... กิโลกรัม เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
อาการหลังฉีด RIG : ไม่แพ้ แพ้ (ระบุอาการ) ➡ บวมแดง
 คันบริเวณที่ฉีด
 เป็นไข้
 ปวดศีรษะ
 เป็นผื่นคันทั่วไป
 ช็อค
 อื่นๆ (ระบุ).....
ระยะเวลาที่มีอาการแพ้ ➡ ภายใน 2 ชม.
 หลัง 2 ชม. (ระบุวันที่.....)
การรักษา.....
- 5.2 การฉีดวัคซีน : โดยวิธี เข็มกล้ามเนื้อ เข็มผิวหนัง

ครั้งที่	วันที่ฉีด	ชื่อวัคซีน	เลขที่วัคซีน	ขนาด (C.C)	จำนวนจุดที่ฉีด	ชื่อผู้ฉีด/สถานที่
1						
2						
3						
4						
5						

- อาการแพ้วัคซีน : ไม่แพ้ แพ้ (ระบุอาการ) ➡ บวมแดง คันบริเวณที่ฉีด
 เป็นไข้ ปวดศีรษะ
 เป็นผื่นคันทั่วไป ช็อค
 อื่นๆ (ระบุ)..... ในวันที่.....

การรักษา.....

ชื่อแพทย์ผู้สั่งการรักษา.....

ชื่อผู้รายงาน..... ตำแหน่ง.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....



การใช้งานโปรแกรมผู้สัมผัสหรือสงสัยว่าสัมผัสว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (โปรแกรม ร.36)

เมนูหลักของโปรแกรม ร.36 (7 เมนู)

1. เมนู “ หน้าแรก ” : ใช้ในการเข้า-ออกจากระบบ (Login-Logout) แก้ไขข้อมูลส่วนตัว และกลับสู่เมนูหลัก
2. เมนู “ กรอกแบบฟอร์ม ” : ใช้เพื่อกรอกข้อมูลผู้สัมผัสโรค มี 3 แบบ คือ แบบคนไข้ที่สัมผัสโรค (ในเขต) แบบคนไข้ที่สัมผัสโรค (นอกเขต) และแบบฟอร์มคนไข้ที่เสียชีวิต (เฉพาะผู้ดูแลระดับจังหวัด)
3. เมนู “ ข้อมูลสถานพยาบาล ” : ใช้เพิ่ม/ ค้นหา/ แก้ไข/ ลบ และเรียกดูข้อมูลของสถานพยาบาล
4. เมนู “ ข้อมูลตำบล ” : ใช้เพิ่ม/ ค้นหา/ แก้ไข/ ลบ และเรียกดูข้อมูลของตำบล
5. เมนู “ ค้นหาข้อมูล ” : ใช้ค้นหาข้อมูลผู้สัมผัสโรค หรือข้อมูลคนไข้ที่เสียชีวิตจากรายชื่อจังหวัด อำเภอ สถานพยาบาล ชื่อ-นามสกุล หรือหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนก็ได้
6. เมนู “ วิเคราะห์ข้อมูล ” : ใช้วิเคราะห์ สรุปข้อมูลได้หลายแบบ และยังสามารถนำเข้าและส่งออกข้อมูลได้
7. เมนู “ Help ” : ใช้ในการ Download คู่มือต่าง ๆ

เมนู “กรอกแบบฟอร์ม”

เมื่อเลือกเมนู กรอกแบบฟอร์ม จะมี 2 เมนูย่อย ซึ่งมีรายละเอียดของแบบฟอร์มคนไข้ที่สัมผัสโรค (ในเขต) แบบฟอร์มคนไข้ที่สัมผัสโรค (นอกเขต) ส่วนแบบฟอร์มคนไข้ที่เสียชีวิตจะมีให้กรอกเฉพาะผู้ดูแลระดับจังหวัด โดยมีรายละเอียดข้อมูลตามแบบรายงาน ร.36 ดังต่อไปนี้

การค้นหาชื่อผู้รับบริการ

รายงานผู้สัมผัส หรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36)

จังหวัด กรุงเทพมหานคร อำเภอ เขตคลองสาน โรงพยาบาล โรงพยาบาลมิตระภาพวงเวียนใหญ่

HN

เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่ passport

รายงานผู้สัมผัส หรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36)

จังหวัด อำเภอ โรงพยาบาล

HN

เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่ passport - - - -

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป

1.1 ชื่อ* : นามสกุล* : อายุ : ปี (ต่ำกว่า 1 ปี) เพศ : ชาย หญิง

สถานภาพสมรส: โสด คู่ หย่าร้าง หม้าย

สัญชาติ : ไทย อื่นๆ

อาชีพขณะสัมผัสโรค :

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ : หมู่ที่ : หมู่บ้าน :

ซอย : ถนน :

จังหวัด : อำเภอ/เขต : ตำบล/แขวง :

โทร : *

อาชีพผู้ปกครอง :

1.2 สถานที่สัมผัสโรค :

เขต กทม.

เขตเมืองพี่ทยา

เขตเทศบาล

เขตอบต.

หมู่ที่ : หมู่บ้าน/ชุมชน :

จังหวัด : อำเภอ :

ตำบล/แขวง :

1.3 วันที่สัมผัสโรค :

ส่วนที่ 2 : ตำแหน่งและลักษณะการสัมผัส

ส่วนที่ 2 : ตำแหน่งและลักษณะการสัมผัส

ลำดับที่	ตำแหน่งที่สัมผัส	ลักษณะการสัมผัส					
		ถูกกัด		ถูกข่วน		ถูกเลีย / ถูกน้ำลาย	
		มีเลือดออก	ไม่มีเลือดออก	มีเลือดออก	ไม่มีเลือดออก	ที่มีผล	ที่ไม่มีผล
1	ศีรษะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	หน้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	สาคอ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	มือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	แขน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	ขา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	หัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	เท้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

กินอาหารดิบหรือดื่มน้ำที่สัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า

ส่วนที่ 3 : สัตว์นำโรค

ส่วนที่ 3 : สัตว์นำโรค

3.1 ชนิดสัตว์นำโรค :
 สุนัข แมว ลิง
 ชะนี หนู

อายุสัตว์ :
 อื่นๆ (โปรดระบุ)
 น้อยกว่า 3 เดือน 3 - 6 เดือน 6 - 12 เดือน
 มากกว่า 1 ปี ไม่ทราบ

3.2 สถานภาพสัตว์ :
 มีเจ้าของ
 ไม่มีเจ้าของ
 ไม่ทราบ

3.3 การกักขังติดตามดูอาการสัตว์ :
 กักขังได้ / ติดตามได้
 กักขังไม่ได้
 ถูกฆ่าตาย
 หนีหาย / จับไม่ได้

3.4 ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า
 ไม่ทราบ
 ไม่เคยฉีด
 เคยฉีด 1 ครั้ง
 เคยฉีดเกิน 1 ครั้ง ครั้งสุดท้าย ภายใน 1 ปี เกิน 1 ปี

3.5 สาเหตุที่ถูกกัด
 ถูกกัดโดยไม่มีสาเหตุใด ๆ ถูกกัดโดยมีสาเหตุใด ๆ

3.6 การส่งหิวสัตว์ตรวจ
 ไม่ได้ส่งตรวจ
 ส่งที่
 (โปรดระบุ)
 พบเชื้อ
 ไม่พบเชื้อ

ส่วนที่ 4 : การดูแลรักษาผู้สัมผัสหรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

ส่วนที่ 4 : ประวัติและการดูแลของผู้สัมผัสก่อนพบเจ้าหน้าที่

4.1 การล้างแผลก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ได้ล้าง ล้างด้วย

- น้ำ
- น้ำและสบู่/ผงซักฟอก
- อื่นๆ

4.2 การใส่ยาฆ่าเชื้อก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ได้ใส่ยา ใส่ยา

- สารละลายไฮโดรเจนเพอร์ออกไซด์ เช่น โพวีดีน เบตาดีน ฯลฯ
- ทิงเจอร์ไอโอดีน / แอลกอฮอล์
- อื่นๆ

4.3 ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้สัมผัส หรือสงสัยว่าสัมผัส

- ไม่เคยฉีดหรือเคยฉีดน้อยกว่า 3 เข็ม
- เคยฉีด 3 เข็มหรือมากกว่า
- ภายใน 6 เดือน
- เกิน 6 เดือน

ส่วนที่ 5 : การฉีดวัคซีนโกลบูลินและวัคซีนในครั้งนี้

ส่วนที่ 5 : การฉีดวัคซีนโกลบูลินและวัคซีนในครั้งนี้

5.1 การฉีดวัคซีนโกลบูลิน(RIG) ไม่ฉีด ฉีด

- ERIG Lot. No.
- HRIG Lot. No.

ปริมาณที่ฉีด IU น้ำหนักคนไข้ กิโลกรัม เมื่อวันที่

อาการหลังฉีด RIG ไม่มี มี (ระบุอาการ)

5.2 การฉีดวัคซีนโดยวิธี เข็มกล้ามเนื้อ เข็มในผิวหนัง ไม่ฉีด

ครั้งที่	วันที่ฉีด	ชื่อวัคซีน	เลขที่วัคซีน	ขนาด(ค.ค)	จำนวนจุดที่ฉีด	ชื่อผู้ฉีด	สถานที่
1	<input type="text"/>	เลือกชนิด	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	โรงพยาบาลมิตรภาพวงเวียนไหม
2	<input type="text"/>	เลือกชนิด	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	
3	<input type="text"/>	เลือกชนิด	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	
4	<input type="text"/>	เลือกชนิด	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	
5	<input type="text"/>	เลือกชนิด	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	

อาการหลังฉีดวัคซีน ไม่มี มี (ระบุอาการ)

- บวมแดง
- คันบริเวณที่ฉีด
- เป็นไข้
- ปวดศีรษะ
- เป็นผื่นคันทั่วไป
- ช็อค
- อื่นๆ

วันที่มีอาการ

การรักษา

5.3 ท่านต้องการปิด Case หรือไม่ ไม่ต้องการ ต้องการ

สาเหตุ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบตามมาตรฐาน

- ฉีดวัคซีนกระตุ้นครบตามมาตรฐาน
- ฉีดวัคซีนไม่ครบ
 - สุทธิ/แมว มีอาการปกติภายใน 10 วัน
 - ติดต่อกันใช้ไม่ได้

5.3 ท่านต้องการปิด Case หรือไม่ ไม่ต้องการ ต้องการ

สาเหตุ ผิดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบตามมาตรฐาน
 ผิดวัคซีนกระตุ้นครบตามมาตรฐาน
 ผิดวัคซีนไม่ครบ
 สุนัข/แมว มีอาการปกติภายใน 10 วัน
 ติดต่อกันใช้ไม่ได้

ชื่อแพทย์ผู้ส่งการรักษา *

ชื่อผู้รายงาน *

ตำแหน่ง *

วันที่รายงาน *

ที่มา : คู่มือการใช้งาน โปรแกรมรายงานผู้สัมผัส หรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36) (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2551)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved

รายละเอียดของโปรแกรม HCIS ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้

การบันทึกข้อมูลการให้บริการ

ข้อมูลการให้บริการส่วนที่ 1

ข้อมูล การให้บริการ ในส่วนที่ 1 ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ เช่น ชื่อ-สกุล อายุ อาชีพ สิทธิการรักษา อาการ ความดันโลหิต อุณหภูมิ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานที่ส่งต่อ เป็นต้น

ข้อมูลการให้บริการส่วนที่ 2 ประกอบด้วยเมนูข้อมูลย่อย ได้แก่

1. วินิจฉัยโรค
2. ฝากครรภ์ : การดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด
3. คลอด : การทำคลอด
4. ดูแลหลังคลอด (แม่): การดูแลหลังคลอดสำหรับมารดาที่คลอดบุตรใหม่
5. ดูแลหลังคลอด (ทารก): การดูแลหลังคลอดสำหรับเด็กที่คลอดใหม่
6. โภชนาการ : การตรวจวัดภาวะโภชนาการในเด็ก
7. วัคซีน : การรับวัคซีนควบคุมป้องกันโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน
8. จ่ายยาคุมฯ : วางแผนครอบครัว
9. จ่ายยา: การจ่ายยาให้ผู้ป่วย
10. การตรวจมะเร็ง : (ปากมดลูก,เต้านม)
11. คลินิกพิเศษ : การตรวจโลหิตในหญิงตั้งครรภ์/ระดับไขมัน/ระดับน้ำตาล และอื่นๆ

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ

ระบบฐานข้อมูลสถานอนามัย - [บันทึกข้อมูลการให้บริการ]																							
จนกรทำงาน																							
นาย	สมชาย	ภูติกร			HN:	99	ลำดับที่	4	<input type="radio"/> วินิจฉัยโรค	<input type="radio"/> ฝากครรภ์													
วันเกิด	17 ก.ย. 2522	อายุ(ป/ค/ว)	21	5	15	ประวัติการรักษา	ประวัติทันตกรรม	<input type="radio"/> คลอด	<input type="radio"/> หลังคลอดแม่	<input type="radio"/> เด็ก													
วันที่รับ TT ครั้งล่าสุด						โรคประจำตัว	ผลน้ำตาลในเลือด	<input type="radio"/> โภชนาการ	<input type="radio"/> วัคซีน (EPI)														
แพทย์						ผลไขมัน	ผลเลือด(ANC)	<input type="radio"/> จ่ายยาคุม(FP)	<input type="radio"/> จ่ายยารักษาโรค														
						คลินิกอื่นๆ	<input checked="" type="radio"/> ตรวจมะเร็ง																
สิทธิ:						ความดัน:	140/100	อุณหภูมิ:	39.5														
อาการ:	ตัวเย็นเป็นไข้ไม่สบายหายไม่ขาดมาตหะฮักรระตุก ๑ส๑					น้ำหนัก:	54	ส่วนสูง:	163														
เวลาที่มารับบริการ ที่สอ.		1 ในเวลา				ฉีดวัคซีนมาตหะฮักร ?																	
รับบริการจริงที่ สอ.นี้ ?		1ที่สอ.นี้				ถูกส่งมาจากที่อื่น ?		0. ไม่ใช่															
ชื่อสถานบริการ(กรณีรับบริการที่อื่น)						ส่งต่อที่อื่นหรือไม่?		0.ไม่ส่ง															
ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ?						สถานที่ส่งต่อ:																	
เพิ่มสิทธิ:						เพิ่มสิทธิ สปร.		เลขที่บัตร															
<table border="1"> <tr> <td>เลขที่ใบเสร็จ</td> <td>ใบเสร็จ</td> <td>ส่งยา</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>รอคิว</td> <td>ทันหา</td> <td>คิว</td> <td>คิวต่อไป</td> <td>คิวเดิม</td> <td>ยกเลิกคิว</td> <td>เลยคิว</td> <td>แก้ไข</td> <td>จบบริการ</td> </tr> </table>										เลขที่ใบเสร็จ	ใบเสร็จ	ส่งยา	1	2	รอคิว	ทันหา	คิว	คิวต่อไป	คิวเดิม	ยกเลิกคิว	เลยคิว	แก้ไข	จบบริการ
เลขที่ใบเสร็จ	ใบเสร็จ	ส่งยา	1	2	รอคิว	ทันหา	คิว	คิวต่อไป	คิวเดิม	ยกเลิกคิว	เลยคิว	แก้ไข	จบบริการ										
ชื่อสถานบริการ(กรณี รับบริการที่อื่น)																							
NUM																							

ส่วนที่ 2 : การวินิจฉัยโรค

ระบบฐานข้อมูลสถานีอนามัย - [บันทึกข้อมูลการให้บริการ]

จนการทำงาน

นาย สมชาย	กุดิการ	HN: 99	ลำดับที่ 4	<input type="radio"/> วินิจฉัยโรค	<input type="radio"/> ผ่าศรรภ์
วันเกิด 17 ก.ย. 2522	อายุ(ป/ค/ว) 21 5 15	ประวัติการรักษา	ประวัติทันตกรรม	<input type="radio"/> คลอด	<input type="radio"/> หลังคลอดแม่ <input type="radio"/> เด็ก
วันที่รับ TT. ครั้งล่าสุด		โรคประจำตัว	ผลน้ำตาลในเลือด	<input type="radio"/> โภชนาการ	<input type="radio"/> วัคซีน (EPI)
แพ้ยา		ผลไขมัน	ผลเลือด(ANC)	<input type="radio"/> จ่ายยาคุม(FP)	<input type="radio"/> จ่ายยารักษาโรค
		คลินิกอื่นๆ	<input type="radio"/> ตรวจมะเร็ง		

Diag	ชื่อโรค:	ไข้หวัด	ต่อเนื่อง ?	กลุ่ม 504	506?	
กระเพาะอาหารเป็นแผล			<input type="checkbox"/> No	11	No	Add506 ยกเลิก
			<input type="checkbox"/> No			Add506 ยกเลิก

ตรวจไขมัน? ตรวจ ไม่ตรวจ น้ำตาล-เลือด ตรวจ ไม่ตรวจ น้ำตาล-ปัสสาวะ ตรวจ ไม่ตรวจ

จ่ายจริง: 0.00 เรียกเก็บ: 0.00 เงินบำรุง: 0.00 บาท

เลขที่ใบเสร็จ: ใบเสร็จ สั่งยา 1 2 รอกวิ หันหา ทิว ทิวต่อไป หินเคียว ยกเลิกทิว เลยกวิ แก้ไข

Form View NUM

ที่อยู่ละป่วย/กรณีป่วยเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวัง

ชื่อ-สกุล	ก้วน ทิริแสน	HN	6	เลขที่รับบริการ	82
รหัสโรค	A014	ชื่อโรค:	Paratyphoid		

ที่อยู่ขณะป่วย	จังหวัด	ขอนแก่น	
บ้านเลขที่	12	อำเภอ	เมืองขอนแก่น
หมู่ที่	01	ตำบล	ในเมือง
ถนน		เขตที่อยู่	

สถานผู้ป่วย	3. ยังรักษาอยู่
วันเริ่มป่วย	7 มี.ค. 2544
วันที่พบผู้ป่วย	7 มี.ค. 2544
วันตาย	

EXIT

ส่วนที่ 2 : การจ่ายยา

ระบบฐานข้อมูลสถานีอนามัย - [บันทึกข้อมูลการให้บริการ]

จนการทำงาน

นาย สมชาย	กุดิการ	HN: 99	ลำดับที่ 4	<input type="radio"/> วินิจฉัยโรค	<input type="radio"/> ผ่าศรรภ์
วันเกิด 17 ก.ย. 2522	อายุ(ป/ค/ว) 21 5 15	ประวัติการรักษา	ประวัติทันตกรรม	<input type="radio"/> คลอด	<input type="radio"/> หลังคลอดแม่ <input type="radio"/> เด็ก
วันที่รับ TT. ครั้งล่าสุด		โรคประจำตัว	ผลน้ำตาลในเลือด	<input type="radio"/> โภชนาการ	<input type="radio"/> วัคซีน (EPI)
แพ้ยา		ผลไขมัน	ผลเลือด(ANC)	<input type="radio"/> จ่ายยาคุม(FP)	<input type="radio"/> จ่ายยารักษาโรค
		คลินิกอื่นๆ	<input type="radio"/> ตรวจมะเร็ง		

ชื่อยาที่จ่ายค่าบริการ	จำนวน	ราคาขาย	รวมเงิน(ขาย)	วิธีใช้ยา	หมายเหตุ/ทันตฯ
ACTIFED TAB	50	0.50	25.00	2 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร-ผู้	ยกเลิก
PARACETAMOL TAB325MG.	25	0.25	6.25	1 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร-ผู้	ยกเลิก
AMMONCARB MIXT	2	6.50	13.00		ยกเลิก
					ยกเลิก

คิดค่ายา สูตรยา (รวม) 44.25

จ่ายจริง: 44.25 เรียกเก็บ: 44.25 เงินบำรุง: 0.00 บาท

เลขที่ใบเสร็จ: ใบเสร็จ สั่งยา 1 2 รอกวิ หันหา ทิว ทิวต่อไป หินเคียว ยกเลิกทิว เลยกวิ แก้ไข

Form View NUM

ส่วนที่ 2 : การฉีดวัคซีน

ระบบฐานข้อมูลสถานอนามัย - [บันทึกข้อมูลการให้บริการ]

จรรยาบรรณ

ค.จ.	มนตรี	โคตรอาษา			HN:	51	ลำดับที่	6	<input checked="" type="radio"/> วินิจฉัยโรค	<input checked="" type="radio"/> ผ่าศรกรรท์
วันเกิด	25 ธ.ค. 2530	อายุ(ป/ศ/ว)	13	2	7	ประวัติการรักษา	ประวัติทันตกรรม	<input checked="" type="radio"/> คลอด	<input checked="" type="radio"/> หลังคลอดแม่	<input checked="" type="radio"/> เด็ก
วันที่รับ TT. ครั้งล่าสุด						โรคประจำตัว	ผลน้ำตาลในเลือด	<input checked="" type="radio"/> โภชนาการ	<input checked="" type="radio"/> วัคซีน (EPI)	
แพทย์						ผลไขมัน	ผลเลือด[ANC]	<input checked="" type="radio"/> จ่ายยาคุม(FP)	<input checked="" type="radio"/> จ่ายยารักษาโรค	
							คลินิกอื่นๆ	<input checked="" type="radio"/> ตรวจมะเร็ง		

EPI (การให้วัคซีน)			ประวัติการรับวัคซีน
วัคซีน	DTP+OPV (1) + สลับวัคซีนบี (2)	วันที่รับบริการ	นัดครั้งต่อไป
	ดีทีพี3	4 มี.ค. 2544	ยกเลิก
	ไอพีวี3	4 มี.ค. 2544	ยกเลิก
		4 มี.ค. 2544	ยกเลิก

ค่าบางจริง: 0.00 เร็ยกเก็บ: 0.00 เงินบำรุง: 0.00 บาท

เลขที่ใบเสร็จ:

ใบเสร็จ: สำเนา: 1 2 รอกวิ กั้นทา กิว กิวต่อไป กั้นกิว ยกเลิกกิว เลขกิว แก้ไข

รหัสวัคซีน: NUM

การนัดรับวัคซีนครั้งต่อไป

การนัดให้วัคซีน ครั้งต่อไป

วันนัดครั้งต่อไป: 31 ส.ค. 2544 รับวัคซีนตามลำดับปกติ

วัคซีนที่จะต้องรับ ครั้งต่อไป: หัด

วัคซีนที่จะต้องรับ ครั้งต่อไป: ดีทีพี กระตุ้น 1

วัคซีนที่จะต้องรับ ครั้งต่อไป: ไอพีวี กระตุ้น 1

* วัคซีนที่จะต้องรับ ครั้งต่อไป

Exit

ที่มา : Hcis man.ZIP ; คู่มือการใช้งานโปรแกรม HCIS (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2551)

ลิขสิทธิ์ © by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ข

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index)

$$= \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคู่เห็นตรงกัน(ตั้งแต่ระดับ3-4)}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบบันทึกข้อมูลผู้ที่ถูกสงสัยว่าสัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง คำนวณได้จากค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดังต่อไปนี้

$$\text{ความคิดเห็นที่ตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 และ 2} = 25/25 = 1$$

$$\text{ความคิดเห็นที่ตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 และ 3} = 23/25 = 0.92$$

$$\text{ความคิดเห็นที่ตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 และ 3} = 23/25 = 0.92$$

$$\text{รวม} = 2.84$$

$$\text{ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = 2.84/3 = 0.95$$

ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

สังกัด

1. อาจารย์ ชิดชนก เรือนก้อน

อาจารย์สายวิชาบริหารเภสัชกรรม
คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2. คุณบุญเลิศ ศรีรัตนพันธ์

นักวิชาการสาธารณสุข 7
กลุ่มงานระบาด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

3. คุณอำพล แก้วเกื้อ

นักวิชาการสาธารณสุข 7
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าพะยอม
จังหวัดพัทลุง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายนิวัช เทพสง
วัน เดือน ปี เกิด	28 พฤษภาคม 2516
ประวัติการศึกษา	สำเร็จการศึกษาปริญญาสาทรณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปีการศึกษา 2542
ประสบการณ์การทำงาน	พ.ศ. 2537 – 2543 เจ้าพนักงานสาทรณสุขชุมชน ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยจุฬารณพัฒนา 12 สำนักงานสาทรณสุขอำเภอสุคีริน จังหวัดนราธิวาส พ.ศ. 2543 – 2546 นักวิชาการสาทรณสุข ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยบ้านปากเหมือง สำนักงานสาทรณสุขอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง พ.ศ. 2546 – 2548 นักวิชาการสาทรณสุข ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยบ้านทุ่งชุมพล สำนักงานสาทรณสุขอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง พ.ศ. 2548 – ปัจจุบัน นักวิชาการสาทรณสุข ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาทรณสุขอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง