

แบบติดตามการฉีดวัคซีนป้องกันโรคปากและเท้าเปื่อย และโรคเฮโมรายิกเซพติกซีเมีย (โรคคอบวม)

I. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุลผู้ให้ข้อมูล.....อาชีพหลัก.....อาชีพเสริม.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรติดต่อ.....

ชนิดสัตว์ที่เลี้ยงทั้งหมดในฟาร์ม

() โคเนื้อจำนวน.....ตัว () โคนมจำนวน.....ตัว () กระบือจำนวน.....ตัว () แพะแกะจำนวน.....ตัว

จำนวนสัตว์ที่มีอายุมากกว่า 4 เดือนในฟาร์ม

() โคเนื้อจำนวน.....ตัว () โคนมจำนวน.....ตัว () กระบือจำนวน.....ตัว () แพะแกะจำนวน.....ตัว

* ทำเครื่องหมาย \surd = ใช่/มี, x = ไม่ใช่หรือไม่มี, O = ไม่ทราบ, หรือระบุคำตอบลงในตาราง หรือเลือกคำตอบตามตัวเลือก)

รายละเอียด	ชนิดวัคซีน	
	FMD	คอบวม
1.ฉีดวัคซีนครั้งล่าสุดเมื่อไหร่ (ให้ตอบเดือนและพ.ศ.) (หากไม่เคยฉีดไม่ต้องตอบคำถามต่อไป)		
2.ผู้ฉีดวัคซีน/อาชีพ (ครั้งล่าสุด) A. เกษตรกรฉีดเอง B. เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอ C. เจ้าหน้าที่ผสมเทียม D. อาสาปศุสัตว์ E. เจ้าหน้าที่สหกรณ์โคนม/ศูนย์รวบรวมน้ำนมดิบ อื่นๆ ระบุ.....		
3.แหล่งที่มาของวัคซีน (กรณีเกษตรกรเป็นผู้ฉีดวัคซีน) A. สำนักงานปศุสัตว์อำเภอ B. อาสาปศุสัตว์ C. ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) D. สหกรณ์โคนม/ ศูนย์รวบรวมน้ำนมดิบ อื่นๆ ระบุ.....		
4. ราคาวัคซีน (กรณีเกษตรกรเป็นผู้ซื้อวัคซีน)		
5. กรณีที่ให้ผู้อื่นฉีดวัคซีนให้ มีค่าใช้จ่ายกี่บาทต่อตัว		

II. ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน (ทำเครื่องหมาย \surd = ใช่หรือมี, x = ไม่ใช่หรือไม่มี, O = ไม่ทราบ, หรือระบุคำตอบลงในตาราง)

รายละเอียดการปฏิบัติงาน	ชนิดวัคซีน	
	FMD	คอบวม
1. มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคให้สัตว์ครั้งแรกเมื่อสัตว์อายุเท่าไร - วัคซีนปากและเท้าเปื่อย ฉีดครั้งแรกตั้งแต่อายุ 4-6 เดือน - วัคซีนเฮโมรายิกเซพติกซีเมีย ฉีดครั้งแรกตั้งแต่อายุ 4-6 เดือน		
2. มีการกระตุ้นวัคซีน FMD ครั้งที่สองหลังจากฉีดวัคซีนให้สัตว์ครั้งแรกในอีก 1 เดือนถัดมาหรือไม่		
3. การฉีดกระตุ้นวัคซีนตามรอบบรรณรงค์ - วัคซีนปากและเท้าเปื่อยกระตุ้นวัคซีนทุก 4 เดือน(โคนม) / 6 เดือน (โคเนื้อ) - วัคซีนเฮโมรายิกเซพติกซีเมีย กระตุ้นวัคซีนทุก 1 ปี		
4. มีการลงบันทึกการฉีดวัคซีนทุกครั้งหรือไม่ (ถ้าไม่มีให้ข้ามข้อ 5)		
5. โปรดระบุการเก็บข้อมูล A. สมุดประจำฟาร์ม B. กระดาน C. ผท.1 หรือ อื่นๆ โปรดระบุ.....		
5. ฉีดวัคซีนให้สัตว์ครั้งล่าสุดได้ครบทุกตัวหรือไม่		
6. สาเหตุที่สัตว์ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนครบทุกตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) A. กลัวสัตว์แท้ B. กลัวสัตว์แพ้ C. กลัวสัตว์ตาย D. จับ/บังคับสัตว์ไม่ได้ E. ไม่ทราบว่ามีการบรรณรงค์ฉีดวัคซีน F. ไม่มีแหล่งซื้อวัคซีน G. ลูกสัตว์ H. สัตว์ป่วย อื่นๆ โปรดระบุ.....		

III. ความถูกต้องของการฉีดวัคซีน (เฉพาะกรณีที่เกี่ยวข้องกรณี **เคยฉีดวัคซีนเอง**) (ทำเครื่องหมาย \checkmark = ใช่/มี, \times = ไม่ใช่/ไม่มี, \circ = ไม่ทราบ, หรือระบุคำตอบลงในตาราง)

รายละเอียด	ชนิดวัคซีน	
	FMD	คอบวม
1. ท่านเคยได้รับการสอน/อบรม เกี่ยวกับวิธีการทำวัคซีนที่ถูกต้องหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุผู้สอน/อบรม A. เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอ B. อาสาปศุสัตว์ C. เจ้าหน้าที่ผสมเทียม D. เจ้าหน้าที่สหกรณ์โคนม/ศูนย์รวบรวมน้ำนมดิบ อื่นๆ โปรดระบุ.....		
2. เคยมีคนมาตรวจสอบความถูกต้องของการทำวัคซีนของท่านหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุผู้ตรวจสอบหรือหน่วยงาน A. เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอ B. อาสาปศุสัตว์ C. เจ้าหน้าที่ผสมเทียม D. เจ้าหน้าที่สหกรณ์โคนม/ศูนย์รวบรวมน้ำนมดิบ อื่นๆ โปรดระบุ.....		
3. ท่านทำวัคซีนด้วยวิธีการใด A. ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง B. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ		
4. ท่านทำวัคซีนที่ตำแหน่งใด A. สะโพก B. คอ C. หลังขาหน้า D. หน้าขาหลัง		
5. ท่านทำวัคซีนให้สัตว์ปริมาณกี่ซีซี		
6. ท่านทำความสะอาดบริเวณที่จะทำวัคซีนด้วยแอลกอฮอล์ ก่อนฉีดหรือไม่		
7. ท่านเปลี่ยนหัวเข็ม (needle) ทุกครั้งที่มีการทำวัคซีนให้กับสัตว์ทุกตัวหรือไม่		

IV. การแพ้วัคซีน

1. ในการทำวัคซีนครั้งล่าสุด สัตว์ของท่านพบอาการพบอาการเหล่านี้ภายใน 1 วัน หรือไม่

() ผื่น หรือตุ่มตามผิวหนัง () หายใจลำบาก () หน้าบวม () น้ำลายไหล () ตาย () ไม่พบอาการใด

2. หากพบอาการตามข้อ 1 โปรดระบุรายละเอียด

ชนิดวัคซีน	สัตว์ที่แพ้วัคซีน		การแก้ไข
	ชนิดสัตว์	จำนวน (ตัว)	

V. ระบบห่วงโซ่ความเย็นและการเก็บรักษาวัคซีน (เฉพาะกรณีที่เกี่ยวข้องกรณีเป็นผู้ฉีดวัคซีนเอง)

(ทำเครื่องหมาย \checkmark = ใช่/มี, \times = ไม่ใช่/ไม่มี, \circ = ไม่ทราบ, หรือระบุคำตอบลงในตาราง)

รายละเอียดการปฏิบัติงาน	ชนิดวัคซีน	
	FMD	คอบวม
1. พบวัคซีนในตู้เย็นหรือไม่ (หากไม่พบ ไม่ต้องตอบข้อ 2 - 7)		
2. ชนิดวัคซีนที่พบในตู้เย็น (ตอบเฉพาะ FMD โดยให้ระบุจำนวนไข)		
3. พบชนิดละก็ไต้ส		
4. lot ของวัคซีนที่พบในตู้เย็น		
5. วันหมดอายุของวัคซีนที่พบในตู้เย็น		
6. ตำแหน่งในการเก็บวัคซีน A = ช่องแช่แข็ง B = ชั้นใต้ช่องแช่แข็ง C = ชั้นวางน้ำดื่ม D = ช่องแช่ผัก E = ประตูตู้เย็น		
7. อุณหภูมิในตู้เย็นเหมาะสมหรือไม่ (อุณหภูมิที่เหมาะสมคือ 2 - 8 °C)		
8. ขณะไปรับวัคซีนท่านเก็บวัคซีนในภาชนะที่มีน้ำแข็งหรือไม่ (หากไม่ได้รับวัคซีนเองไม่ต้องตอบข้อ 8-12)		

รายละเอียดการปฏิบัติงาน	ชนิดวัคซีน	
	FMD	คอบวม
9. ขณะทำการฉีดวัคซีน ท่านเก็บวัคซีนไว้ในน้ำแข็งตลอดเวลาหรือไม่		
10. วัคซีนของท่านสัมผัสกับน้ำแข็งโดยตรงหรือไม่		
11. ท่านดำเนินการฉีดวัคซีนภายใน 1 วัน หลังจากไปรับวัคซีนมาหรือไม่		
12. กรณีที่ไม่ได้ดำเนินการฉีดวัคซีนทันที ท่านเก็บวัคซีนไว้ในตู้เย็นหรือไม่		

VI. การประชาสัมพันธ์การณรงค์ฉีดวัคซีน ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับวัคซีน (กรุณาตอบทุกข้อ)

(ทำเครื่องหมาย \surd = ใช่/มี, \times = ไม่ใช่/ไม่มี, \circ = ไม่ทราบ, หรือระบุคำตอบลงในตาราง)

รายละเอียด	ชนิดวัคซีน	
	FMD	คอบวม
1. ท่านทราบช่วงเวลาในการรณรงค์ฉีดวัคซีนหรือไม่		
2. หากท่านทราบเวลารณรงค์การฉีดวัคซีนจากช่องทางใด A. วิทยุกระจายเสียงของหมู่บ้าน B. เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอ C. อาสาปศุสัตว์ D. ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) E. เพื่อนบ้านบอก F. เจ้าหน้าที่สหกรณ์โคนม/ศูนย์รวบรวมนํ้านมดิบ G. สื่อประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ สติกเกอร์ โปสเตอร์ H. สื่อโซเชียลมีเดีย ไลน์ เฟสบุค อื่นๆ ระบุ.....		
3. ท่านคิดว่าช่องทางการประชาสัมพันธ์โดยวิธีใด ได้ผลดีที่สุด A. วิทยุกระจายเสียงของหมู่บ้าน B. เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอ C. อาสาปศุสัตว์ D. ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) E. เพื่อนบ้านบอก F. เจ้าหน้าที่สหกรณ์โคนม/ศูนย์รวบรวมนํ้านมดิบ G. สื่อประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ สติกเกอร์ โปสเตอร์ H. สื่อโซเชียลมีเดีย ไลน์ เฟสบุค อื่นๆ ระบุ.....		
4. ท่านรู้จักโรคต่อไปนี้อย่างไร (ตามชนิดวัคซีน)		
5. ท่านทราบข้อมูลเรื่องโรคและการป้องกันโรคจากช่องทางใด (สอบถามเป็นภาพรวมทุกโรค) A. วิทยุกระจายเสียงของหมู่บ้าน B. เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอ C. อาสาปศุสัตว์ D. ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) E. เพื่อนบ้านบอก F. เจ้าหน้าที่สหกรณ์โคนม/ศูนย์รวบรวมนํ้านมดิบ G. สื่อประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ สติกเกอร์ โปสเตอร์ H. สื่อโซเชียลมีเดีย ไลน์ เฟสบุค อื่นๆ ระบุ.....		
6. อาการของโรคที่ท่านทราบเป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) A. มีแผลที่ปาก ลิ้น กีบ B. น้ำลายไหล C. นํ้านมลด D. หายใจลำบาก E. คอบวม F. นํ้ามูกขึ้น G. เดินกะเผลก H. ตายเฉียบพลัน อื่นๆ โปรดระบุ.....		
8. การป้องกันโรคทำได้อย่างไร A. ฉีดวัคซีน B. พ่นน้ำยาฆ่าเชื้อ ทำความสะอาดคอก D. แยกสัตว์ป่วยออกจากฝูง E. กักสัตว์ก่อนนำเข้ามาเลี้ยงใหม่ C. เปลี่ยนรองเท้า/ฆ่าเชื้อรองเท้า ก่อนและ หลัง เข้า/ ออก สถานที่เลี้ยง อื่นๆ โปรดระบุ.....		
9. ท่านคิดว่าวัคซีนมีความจำเป็นหรือไม่		
10. ท่านคิดว่าวัคซีนที่ฉีดมีประสิทธิภาพอย่างไร A. ป้องกันโรคได้ 100% B. ฉีดก็เป็นโรคได้แต่อาการไม่รุนแรง C. ฉีดกับไม่ฉีดก็เป็นโรคไม่แตกต่างกัน อื่นๆ ระบุ.....		
11. กรณีที่ไม่มีแหล่งสนับสนุนวัคซีนจากกรมปศุสัตว์ ท่านสามารถซื้อวัคซีนเพื่อนำมาฉีดป้องกันโรคได้เองหรือไม่		
13. กรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่มาฉีดวัคซีนให้ ท่านสามารถฉีดวัคซีนเองได้หรือไม่		

รายละเอียด	ชนิดวัคซีน	
	FMD	คอบวม
14. ท่านคิดว่าผู้ใดควรเป็นผู้ฉีดวัคซีนให้สัตว์ของท่าน มากที่สุด A. เจ้าของสัตว์เอง B. เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ C. อาสาปศุสัตว์ D. เจ้าหน้าที่ผสมเทียม E. เจ้าหน้าที่สหกรณ์โคนม/ศูนย์รวบรวมน้ำนมดิบ เพราะ.....		
15. ท่านพึงพอใจกิจกรรมรณรงค์วัคซีนของกรมปศุสัตว์ในระดับใด A. พอใจมาก B. พอใจ C. พอใจปานกลาง D. ไม่พอใจ E. ไม่พอใจที่สุด		

VII. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม

.....
 (.....)

ลงชื่อผู้สอบถาม

.....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 หน่วยงาน.....