

แบบติดตามการฉีดวัคซีนป้องกันโรคปากและเท้าเปื่อย และโรคเฮอร์ปัยกเซปทีซีเมีย (โรคคอบวม)

I. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุลผู้ให้ข้อมูล..... เบอร์โทรติดต่อ.....

หน่วยงาน () ปศุสัตว์จังหวัด..... () ปศุสัตว์อำเภอ..... () สหกรณ์โคนม/ศูนย์รับนม.....
() อื่นๆ.....

ตำแหน่ง () ปศุสัตว์จังหวัด () ปศุสัตว์อำเภอ () นายสัตวแพทย์ () สัตวแพทย์ () สัตวบาล () อาสาปศุสัตว์ () จ้างมาช่วยงานสัตวแพทย์
() อื่นๆ

II. รายละเอียดวัคซีนที่พบในตู้เย็น ระบบห่วงโซ่ความเย็นและการเก็บรักษาวัคซีน (ทำเครื่องหมาย \surd = ใช่หรือมี, \times = ไม่ใช่หรือไม่มี, \circ = ไม่ทราบ, หรือระบุคำตอบลงในตาราง)

รายละเอียด	ชนิดวัคซีน	
	FMD	คอบวม
1. ขณะนี้มีวัคซีนในตู้เย็น(บ้าน/สำนักงาน) ใช่หรือไม่ (หากไม่มีไม่ต้องตอบข้อ 2-4)		
2. ชนิดของวัคซีน (ตอบเฉพาะ FMD โดยให้ระบุจำนวนไข่อ)		
3. จำนวนที่พบในตู้เย็น (ดีส) (กรณี FMD ให้ระบุจำนวนตามชนิดวัคซีนด้วย)		
4. lot ของวัคซีนที่พบในตู้เย็น		
5. วันหมดอายุของวัคซีนที่พบในตู้เย็น		
6. มีอุปกรณ์วัดอุณหภูมิในตู้เย็นหรือไม่ (ถ้าไม่มีให้ข้ามไปข้อ 9)		
7. มีการบันทึก อุณหภูมิในตู้เย็นเป็นประจำหรือไม่		
8. ความถี่ในการจดบันทึกอุณหภูมิตู้เย็น A วันละ 1 ครั้ง B. วันละ 2 ครั้ง C. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง D. สัปดาห์ละ 2 ครั้ง E. เดือนละ 1 ครั้ง F. เดือนละ 2 ครั้ง อื่นๆ โปรด ระบุ.....		
9. อุณหภูมิตู้เย็น (ควรอยู่ระหว่าง 2-8 °C)		
10. ตำแหน่งที่เก็บวัคซีน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) A. ประตูตู้เย็น B. ช่องใต้ช่องแช่แข็ง C. ช่องแช่ผัก D. กลางตู้เย็น E. อื่นๆ.....		
11. แผนฉุกเฉินในกรณีไฟดับ หรือเครื่องทำความเย็นมีปัญหาหรือไม่ A. ไม่มีแผนฉุกเฉิน B. มีกระติกใหญ่สำรอง C. มีสถานที่ฝากแช่ อื่นๆ โปรดระบุ.....		
12. ขณะทำการฉีดวัคซีน ท่านเก็บวัคซีนในกระติก/กล่องโฟมที่มีน้ำแข็งตลอดเวลาหรือไม่		
13. วัคซีนของท่านสัมผัสกับน้ำแข็งโดยตรงหรือไม่		

III. การดำเนินการฉีดวัคซีน (ทำเครื่องหมาย \surd = ใช่หรือมี, \times = ไม่ใช่หรือไม่มี, \circ = ไม่ทราบ, หรือระบุคำตอบลงในตาราง)

รายละเอียดการปฏิบัติงาน	ชนิดวัคซีน	
	FMD	คอบวม
1. มีการฉีดวัคซีนให้สัตว์รอบล่าสุดได้ครบทุกตัวหรือไม่ (ถ้าทำครบให้ข้ามไปข้อ 3)		
2. สาเหตุที่ทำให้ฉีดวัคซีนไม่ครบทุกตัว A. จับ/บังคับสัตว์ไม่ได้ B. เจ้าของไม่ยอมให้ฉีด C. ไม่พบเจ้าของตามนัดหมาย D. กลัวสัตว์แทะ E. กลัวสัตว์ แพ้ F. กลัวสัตว์ตาย G. ลูกสัตว์ H. สัตว์ป่วย อื่นๆ ระบุ.....		
3. มีการลงบันทึกการฉีดวัคซีนลงในเอกสารต่อไปนี้ทุกครั้งหรือไม่ - วัคซีนปากและเท้าเปื่อย โปรดระบุเอกสาร (ผท.1/กคร.4/กคร.5) - วัคซีนคอบวม โปรดระบุเอกสาร (ผท.1/กคร.4/กคร.5)		
4. กรณีที่มีเกษตรกรไม่ยินยอมให้ฉีดวัคซีน มีการใช้แบบบันทึกแจ้งความประสงค์ไม่ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของกรมฯ		

รายละเอียดการปฏิบัติงาน	ชนิดวัคซีน	
	FMD	คอบวม
หรือไม่ (หากไม่ใช่ให้ข้ามไปตอบข้อ 6)		
5. ท่านใช้แบบบันทึกแจ้งความประสงค์ไม่ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของกรมฯ ฉีดวัคซีน ได้ครบทุกรายหรือไม่		
6. ท่านได้รับค่าบริการจากการฉีดวัคซีนหรือไม่ (หากไม่ได้รับให้ข้ามข้อ 7 และ 8)		
7.ท่านได้รับค่าบริการจากการฉีดวัคซีนจากใคร A. ปศุสัตว์อำเภอ/จังหวัด B. สหกรณ์โคนม C. เกษตรกร อื่นๆ ระบุ.....		
8. ท่านได้รับค่าบริการจากการฉีดวัคซีนเท่าไร (บาท/ตัว)		

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

รายละเอียด	ชนิดวัคซีน	
	FMD	คอบวม
1. ท่านเคยได้รับการสอน/อบรม เกี่ยวกับวิธีการทำวัคซีนที่ถูกต้องหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุ) A. เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์จังหวัด B. เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอ C. เจ้าหน้าที่ผสมเทียม D. เจ้าหน้าที่สหกรณ์โคนม/ศูนย์รวบรวมน้ำนมดิบ อื่นๆ โปรดระบุ.....		
2. เคยมีคนมาตรวจสอบความถูกต้องของการทำวัคซีนของท่านหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุ) A. เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์จังหวัด B. เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอ 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		

V. การแพ้วัคซีน

1. ในการทำวัคซีนครั้งล่าสุด สัตว์ของท่านพบอาการพบอาการเหล่านี้ภายใน 1 วัน หรือไม่

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

2. หากพบอาการตามข้อ 1 โปรดระบุรายละเอียด

ชนิดวัคซีน	สัตว์ที่แพ้วัคซีน		การแก้ไข
	ชนิดสัตว์	จำนวน (ตัว)	

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

รายละเอียด	ชนิดวัคซีน	
	FMD	คอบวม
1. รูปแบบการบังคับสัตว์เพื่อท้าวักซินในพื้นที่เป็นอย่างไร (เลือกอันดับ ที่มากที่สุด) A. ใช้ของบังคับสัตว์ประจำหมู่บ้าน B. ใช้ของบังคับสัตว์ของฟาร์ม หรือบ้านนั้นๆ C. ใช้ของบังคับสัตว์เคลื่อนที่ D. ไล่ฉีดในคอกสัตว์ E. เจ้าของจับบังคับสัตว์ให้โดยไม่มีของบังคับสัตว์ อื่นๆ ระบุ.....		
2. รูปแบบการกระจายวัคซีนในพื้นที่เป็นอย่างไร (เรียงจากมากไปน้อย) A. เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ดำเนินการฉีดให้เกษตรกรเอง B. เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์แจกวัคซีนให้เกษตรกรฉีดเอง C. แจกวัคซีนผ่านสหกรณ์โคนม/ ศูนย์รวบรวมน้ำนม อื่นๆ ระบุ.....		
3. การท้าวักซินในพื้นที่ A. เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ดำเนินการฉีดให้ "มากกว่า" แจกเกษตรกรฉีดเอง B. แจกเกษตรกรฉีดเอง "มากกว่า" เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ดำเนินการฉีดให้		
4. กรณีแจกวัคซีน ได้ติดตาม ควบคุม กำกับดูแลการฉีดวัคซีนของเกษตรกรอย่างไร A. เข้าสังเกตการณ์ฉีดวัคซีนของเกษตรกรขณะดำเนินการ ทุกราย B. เข้าสังเกตการณ์ฉีดวัคซีนของเกษตรกรขณะดำเนินการ บางราย C. เก็บขวดวัคซีนใช้แล้วจากเกษตรกร อื่นๆ ระบุ.....		

VII. ความเหมาะสมของจำนวนวัคซีน วัสดุและอุปกรณ์ในการฉีดวัคซีน

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

รายละเอียด	ชนิดวัคซีน	
	FMD	คอบวม
1. แหล่งที่มาของวัคซีน A. กรมปศุสัตว์ (อำเภอ/จังหวัด) B. สหกรณ์โคนม/ศูนย์รวบรวมน้ำนมดิบ อื่นๆ โปรดระบุ.....		
2. ท่านได้รับวัคซีนจำนวนกี่โดส		
3. วัคซีนมีจำนวนครอบคลุมและเพียงพอกับจำนวนสัตว์ในพื้นที่หรือไม่		
4. ท่านมีวัคซีนเหลือสำหรับฉีดกระตุ้นหลังจากเข็มแรก เพียงพอหรือไม่		
5. ท่านมีวัคซีนเหลือสำหรับฉีดสัตว์นอกรอบมรณงค์หรือไม่		
6. วัสดุและอุปกรณ์การทำงานมีจำนวนเพียงพอหรือไม่		
7. กรณีที่วัสดุและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ท่านขาดอะไรบ้างต่อไปนี้และต้องการเพิ่มจำนวนเท่าไร A. กระบอกลีดยา..... B. เข็มฉีดยา..... C. กระเป๋าวัคซีน..... D. สำลี..... E. แอลกอฮอล์..... F. ยาแก้แพ้..... อื่นๆ โปรดระบุชนิด และจำนวน.....		

VIII. การประชาสัมพันธ์ (ทำเครื่องหมาย \checkmark = ใช่/มี, \times = ไม่ใช่/ไม่มี, O = ไม่ทราบ, หรือระบุคำตอบลงในตาราง)

รายละเอียด	ชนิดวัคซีน	
	FMD	คอบวม
1. ท่านมีช่องทางการประชาสัมพันธ์โดยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) A. วิทยุกระจายเสียงของหมู่บ้าน (หอกระจายข่าว) B. ใช้สื่อประชาสัมพันธ์ ประเภท สติกเกอร์ โปสเตอร์ แผ่นพับ C. ใช้สื่อประชาสัมพันธ์ ประเภท หนังสือ บทความ D. จัดอบรมในการรณรงค์การฉีดวัคซีน E. เพื่อนบ้านกระจายข่าว F. โซเชียลมีเดีย เช่น ไลน์ เฟสบุค อื่นๆ ระบุ.....		
2. ท่านคิดว่าช่องทางการประชาสัมพันธ์โดยวิธีใด ได้ผลดีที่สุด (ตอบได้เพียง 1 ข้อ) A. วิทยุกระจายเสียงของหมู่บ้าน (หอกระจายข่าว) B. ใช้สื่อประชาสัมพันธ์ ประเภท สติกเกอร์ โปสเตอร์ แผ่นพับ C. ใช้สื่อประชาสัมพันธ์ ประเภท หนังสือ บทความ D. จัดอบรมในการรณรงค์การฉีดวัคซีน E. เพื่อนบ้านกระจายข่าว F. โซเชียลมีเดีย เช่น ไลน์ เฟสบุค อื่นๆ ระบุ.....		
3. มีการใช้แผ่นพับ สติกเกอร์ โปสเตอร์ ที่เกี่ยวข้องกับโรค หรือสื่อประชาสัมพันธ์อื่นๆ ของกรมปศุสัตว์ ในพื้นที่ของท่านหรือไม่		
4. สื่อประชาสัมพันธ์การรณรงค์วัคซีน มีจำนวนเพียงพอหรือไม่		
5. ท่านคิดว่าท่านต้องการให้กรมปศุสัตว์จัดสรรสื่อประชาสัมพันธ์แบบใดเพิ่มเติมและจำนวนเท่าใด A. สติกเกอร์..... B. โปสเตอร์..... C. แผ่นพับ..... D. อื่นๆ โปรดระบุชนิดและจำนวน.....		

IX. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม

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

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ลงชื่อผู้สอบถาม

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

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....