

แบบฟอร์มรายงานผลการเข้ารับการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา
สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

ข้าพเจ้า นาง ศุภจิตา นามสกุล ไทยถาวร

กลุ่มงาน คลินิกพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการสุขภาพเด็กดี

ได้รับอนุมัติเข้ารับการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา เรื่อง โรคพิษสุนัขบ้า ครั้งที่ ๑๐ ประจำปี ๒๕๖๓ Trend of Human Rabies Prophylaxis: Toward Optimal Immunization

ระหว่างวันที่ ๓ - ๔ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐

ณ (ระบุสถานที่จัด) โรงแรมนารายณ์ กรุงเทพมหานคร

หน่วยงานผู้จัดฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา สถานเสาวภา สภากาชาดไทย

งบประมาณที่ใช้จ่ายในการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา จำนวนรวม - บาท

สรุปสาระสำคัญการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา

ได้รับทราบข้อมูลความรู้ที่ทันสมัยในเรื่องอุบัติการณ์การเกิดโรคพิษสุนัขบ้าทั่วโลกและในประเทศไทย รวมถึงแนวทางการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าและการดูแลการรักษาผู้ถูกสัตว์กัดและสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า รวมถึงแนวทางป้องกันควบคุมก่อนสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ตลอดจนการใช้วัคซีนกระตุ้นป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย ซึ่งได้เปลี่ยนแปลงจากเดิม

การให้วัคซีนพิษสุนัขบ้า หรือ rabies ก็จะมีทั้ง pre-exposure หรือการฉีดก่อนสัมผัสโรค และ post-exposure คือการฉีดหลังจากสัมผัสโรค

สำหรับ pre-exposure vaccination

สามารถฉีดได้ทุกอายุ ฉีดรอบเดียวตาม regimen ให้ครบคอร์ส ก็จะไม่ต้องฉีด RIG อีกตลอดไป (แต่จะมีฉีดวัคซีน booster ซึ่งให้แยกตามระยะเวลา)

Route (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง)

๑. IM ฉีดครั้งละ ๑ เข็ม ที่ day ๐, ๗

๒. ID ฉีดครั้งละ ๒ เข็ม ที่ day ๐, ๗ หรือ ๒๑

*ในกรณี immunocompromised host และกลุ่มเสี่ยง (สัตว์แพทย์ และนักปศุสัตว์) จะฉีด

IM หรือ ID ก็ได้ ครั้งละ ๑ เข็ม ที่ day ๐, ๗, ๒๑ หรือ ๒๘

หลังจากนั้นกลุ่มที่ฉีดแล้วนี้จะนับเป็นกลุ่ม "vaccinated" (สีเขียว)

ส่วนคนที่ยังไม่เคยฉีด จะนับเป็น "non-vaccinated" (สีแดง)

หลังจากสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าแล้วทุกคนจะต้อง

๑. ล้างแผลด้วยน้ำสบู่อย่างน้อย ๑๕ นาที และทำแผลด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ จะเป็น povidine, alcohol หรือ chlorhexidine ก็ได้

๒. Antibiotics

๓. Tetanus vaccine พิจารณาตาม last dose tetanus ที่เคยได้ และจากลักษณะของแผล (prone/non-prone wound)

จากนั้นพิจารณาเรื่อง post-exposure vaccination โดยดูจาก

๑. ลักษณะแผล (WHO category ๑/๒/๓)

๒. ลักษณะ host

ลักษณะแผล คือ

* CAT ๑ : แคนซัมผัส ไม่มีแผลใดๆ

* CAT ๒ : มีแผลถลอก รอยข่วน กินเนื้อที่มีเชื้อพิษสุนัขบ้าที่ปรุงไม่สุก

* CAT ๓ : แผลมีเลือดออกชัดเจน น้ำลายสัตว์ถูกเย็บ / แผลเปิด

CAT ๑ ไม่ต้องให้การรักษา

CAT ๒ หรือ ๓ ดู host ก่อนเพื่อเลือก regimen วัคซีน

Immunocompromised host

๑) primary immunodeficiency

๒) HIV infection ที่มี CD4 level < ๒๐๐

๓) on prednisolone > ๒๐ mg/day มานานมากกว่า ๑๔ วันขึ้นไป

๔) ผู้ป่วย malignancy ที่กำลัง on chemotherapy

๕) ผู้ป่วย post-organ transplantation

ถ้าเข้า ๕ ข้อนี้เมื่อไหร่ ไม่ว่าจะ เป็น CAT ๒ หรือ ๓ และเคยได้รับ vaccine มาก่อนหรือไม่

* ฉีดเหมือนกัน คือ "full course rabies vaccine (IM only)+ RIG" *

แต่ถ้าไม่เข้า ๕ ข้อนี้ ค่อยแยกเป็น vaccinated หรือ non-vaccinated

** ถ้าเป็นกลุ่ม vaccinated ให้ booster โดยดูตามระยะเวลา

-- ได้รับวัคซีนมาไม่เกิน ๖ เดือน ฉีด IM หรือ ID ก็ได้ ๑ เข็ม ที่ day ๐

-- ได้รับวัคซีนมาเกิน ๖ เดือน ฉีด IM ครั้งละ ๑ เข็ม ที่ day ๐, ๓ หรือ ฉีด ID ครั้งละ ๑ เข็ม ที่ day ๐, ๓ หรือ ID ครั้งละ ๔ เข็ม ที่ day ๐ รอบเดียวก็ได้

** สำหรับกลุ่ม non-vaccinated แยกตามแผล

=> CAT ๒ : ฉีด full IM or ID regimen ไม่ต้องฉีด RIG

•IM ครั้งละ ๑ เข็ม ที่ day ๐, ๓, ๗, ๑๔, ๒๘ หรือ

•ID ครั้งละ ๒ เข็ม ที่ day ๐, ๓, ๗, ๒๘

=> CAT ๓ : ฉีด full IM or ID regimen + RIG * DOSE Rabies vaccine สำหรับฉีดคือ

•IM ครั้งละ ๐.๕ -๑ ml/dose ขึ้นกับยี่ห้อ

•ID ครั้งละ ๐.๑ ml/dose

แนะนำเป็นฉีดยาที่ deltoid m. ได้ทั้งสองข้าง ยกเว้นว่าใน regimen ที่ฉีดทีเดียว ๔ เข็ม อาจจะไปฉีดที่ anterior thigh หรือ scapular ด้วยได้

สำหรับ RIG (Rabies Immunoglobulin)

* ERIG สะกัดจากม้า

* HRIG สะกัดจากคน ซึ่งใช้ในผู้ที่แพ้ ERIG หรือมีประวัติเคยได้วัคซีนเซรุ่มจากม้ามาก่อน เช่น เซรุ่มแก้พิษงู

ส่วนการฉีด RIG "ฉีดครบผลให้มากที่สุด"

* ที่เหลือไม่ต้องฉีดกันแล้ว*

โดยต้องไม่เกิน max dose คือ ERIG ไม่เกิน ๔๐ IU/kg หรือ HRIG ไม่เกิน ๒๐ IU/kg

ประโยชน์ที่ได้รับและนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน คือ

เข้าใจแนวทางการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า และแนวทางการป้องกันก่อนสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อประโยชน์ในการให้บริการทางคลินิก ให้ผู้มารับบริการมีความมั่นใจว่าบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า รวมถึงปฏิบัติได้ถูกต้องตามมาตรฐานในการให้วัคซีนและอิมูโนโกลบูลิน

ลงชื่อ..... ผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน

(*ผอ. อภิวิชญ์ อุตพร*)

ลงชื่อ..... รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

(*นายแพทย์ อดิสรณ์ อุตพร*)

นายแพทย์เชียวชาญ (ด้านเวชกรรม)

รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

หมายเหตุ กรุณำบันทึกตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ครบถ้วน และจัดส่งให้งานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน หลังจากเข้าร่วมประชุม / อบรม / สัมมนา ภายใน 7 วันทำการ เพื่อบันทึกในทะเบียนประวัติส่วนบุคคล ทั้งนี้ ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม ที่ Link http://mwi.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=91&filename=meeting_report หรือ

QR Code 

แบบฟอร์มรายงานผลการเข้ารับการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา
สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

ข้าพเจ้า นาย วิชิต นามสกุล ประเสริฐศิลปกุล

กลุ่มงาน เภสัชกรรมชุมชน

ได้รับอนุมัติเข้ารับการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา เรื่อง โรคพิษสุนัขบ้า ครั้งที่ ๑๐ ประจำปี ๒๕๖๓ Trend of Human Rabies Prophylaxis: Toward Optimal Immunization

ระหว่างวันที่ ๓-๔ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐

ณ (ระบุสถานที่จัด) โรงแรมนารายณ์ กรุงเทพมหานคร

หน่วยงานผู้จัดฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา สถานเสาวภา สภากาชาดไทย

งบประมาณที่ใช้จ่ายในการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา จำนวนรวม - บาท

สรุปสาระสำคัญการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา

ได้รับทราบข้อมูลความรู้ที่ทันสมัยในเรื่องอุบัติการณ์การเกิดโรคพิษสุนัขบ้าทั่วโลกและในประเทศไทย รวมถึงแนวทางการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าและการดูแลการรักษาคู่กัดสัตว์กัดและสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า รวมถึงแนวทางป้องกันควบคุมก่อนสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ตลอดจนการใช้วัคซีนกระตุ้นป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย ซึ่งได้เปลี่ยนแปลงจากเดิม

ประโยชน์ที่ได้รับและนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน คือ

เข้าใจแนวทางการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า และแนวทางการป้องกันก่อนสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อประโยชน์ในการให้บริการทางคลินิก ให้ผู้มารับบริการมีความมั่นใจว่าบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า รวมถึงปฏิบัติได้ถูกต้องตามมาตรฐานในการให้วัคซีนและอิมูโนโกลบูลิน

ลงชื่อ.....ผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน
(นาย วิชิต ประเสริฐศิลปกุล)

ลงชื่อ.....รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง
(นาย ยงยศ หัตถพรสวรรค์)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม)

รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

หมายเหตุ กรุณำบันทึกตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ครบถ้วน และจัดส่งให้งานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน หลังจากเข้าร่วมประชุม / อบรม / สัมมนา ภายใน ๗ วันทำการ เพื่อบันทึกในทะเบียนประวัติส่วนบุคคล ทั้งนี้ ดาวนโหลดแบบฟอร์ม ที่ Link http://mwi.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=๙๑&filename=meeting_report หรือ



QR Code