

แบบฟอร์มส่งตัวอย่างตรวจวินิจฉัยโรคพิษสุนัขบ้า  
กลุ่มไวรัสวิทยา สถาบันสุขภาพสัตว์แห่งชาติ กรมปศุสัตว์

เลขที่ตัวอย่าง.....

Rabies No. ....

ตัวอย่าง.....บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ซอย.....ถนน..... ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....	วันที่รับตัวอย่าง.....เวลา..... ผู้รับ..... (.....)
เจ้าของ.....บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ซอย.....ถนน..... ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....	สถานที่เกิดโรค <input type="checkbox"/> ที่บ้าน <input type="checkbox"/> ที่อื่น(ระบุ) บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ซอย.....ถนน..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ชนิดสัตว์..... ชื่อ..... เพศ..... สี..... อายุ..... พันธุ์.....

ประวัติสัตว์  มีเจ้าของ  ไม่มีเจ้าของ

ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า  ไม่ทราบ  ไม่เคยฉีดวัคซีน  เคยฉีด 1 ครั้ง เมื่อ...../...../.....

เคยฉีดมากกว่า 1 ครั้ง ระบุ..... ฉีดครั้งสุดท้ายเมื่อ...../...../.....

วันที่สัตว์เริ่มป่วยหรือแสดงอาการ...../...../.....

อาการผิดปกติเท่าที่ทราบ

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> คูร้าย                               | <input type="checkbox"/> วิ่งพล่านไปทั่ว             | <input type="checkbox"/> กัดกรง โซ่ลาม หรือสิ่งของรอบๆ ตัว |
| <input type="checkbox"/> เสียงเห่าหรือเสียงร้องผิดปกติจากเดิม | <input type="checkbox"/> ปากอ้า ลิ้นห้อย น้ำลายไหล   | <input type="checkbox"/> เดินโซเซ                          |
| <input type="checkbox"/> ใช้เท้าตะกรุยปากเหมือนมีก้างติดคอ    | <input type="checkbox"/> อาเจียนหรือทำท่าอาเจียนบ่อย | <input type="checkbox"/> ตัวแข็ง                           |
| <input type="checkbox"/> กลืนน้ำลายไม่ได้หรือกลืนอาหารไม่ได้  | <input type="checkbox"/> ตาวาวหรือตาขวาง             | <input type="checkbox"/> ซึม ชอบซุกตัวเงียบๆ ตามที่มีค     |
| <input type="checkbox"/> อาการอื่นๆ โปรดระบุ.....             |  |  |

สัตว์กัดคนหรือกัดสัตว์อื่นหรือไม่

- |   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> กัดคน จำนวน.....คน | <input type="checkbox"/> ไม่กัดคน | <input type="checkbox"/> มีผู้สัมผัสน้ำลาย.....คน |
| รายชื่อผู้ถูกกัด                            | อายุ                              | บริเวณของร่างกายที่ถูกกัด                         |

- |            |       |       |
|------------|-------|-------|
| 1. .... ปี | ..... | ..... |
| 2. .... ปี | ..... | ..... |
| 3. .... ปี | ..... | ..... |
| 4. .... ปี | ..... | ..... |

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> กัดสัตว์อื่น จำนวน.....ตัว | <input type="checkbox"/> ไม่กัดสัตว์อื่น | <input type="checkbox"/> สัตว์สัมผัสน้ำลาย |
| ชนิดสัตว์ที่ถูกกัด                                  | บริเวณร่างกายที่ถูกกัด                   | สถานที่ถูกกัด                              |

- |         |       |       |
|---------|-------|-------|
| 1. .... | ..... | ..... |
| 2. .... | ..... | ..... |

สาเหตุการตายของสัตว์ที่นำมาตรวจ

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ทำให้ตาย วันที่...../...../..... | <input type="checkbox"/> ตายเอง วันที่...../...../..... | จำนวนสัตว์ที่เกี่ยวข้องรวมกัน.....ตัว |
|---|---|---------------------------------------|

- |  |  |  |
|--|--|--|
| ผลการวินิจฉัย <input type="checkbox"/> Rabies Positive (FA +)                              | <input type="checkbox"/> Rabies Negative (FA -)              | <input type="checkbox"/> Suspicious รอผลการตรวจซ้ำ   |
| <input type="checkbox"/> Rabies Positive (Mouse Inoculation)                               | <input type="checkbox"/> Rabies Negative (Mouse Inoculation) |  |
| <input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ รอผลการตรวจยืนยันด้วยวิธี Mouse inoculation อีก 28 วัน |  | <input type="checkbox"/> ตรวจไม่ได้เนื่องจากสมองเน่า |

การแจ้งผล.....

สรุปผลการชันสูตร.....

วันที่...../...../.....