

ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများအတွက်
COVID-19 ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်းသင်တန်း

(၂၃-၁-၂၀၂၁)

အခန်း (၄)

အခန်း (၄) ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး နောက်ဆက်တွဲကျန်းမာရေးပြဿနာများကို စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်း

၄.၁ ရည်ရွယ်ချက်

- ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးဖြစ်ပွားနိုင်သည့် နောက်ဆက်တွဲကျန်းမာရေးပြဿနာများကို သိရှိနားလည်ဖော်ထုတ်နိုင်ရန်။
- ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးဖြစ်ပွားနိုင်သည့် နောက်ဆက်တွဲကျန်းမာရေးပြဿနာများကို ရှာဖွေဖော်ထုတ်၍ တုံ့ပြန်ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်။
- ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးနောက် ဖြစ်ပွားနိုင်သည့် နောက်ဆက်တွဲကျန်းမာရေးပြဿနာများကို မည်ကဲ့သို့သတင်းပေးပို့သည်ကို ရှင်းလင်းပြနိုင်ရန်။

၄.၂ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး နောက်ဆက်တွဲကျန်းမာရေးပြဿနာ

- ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး နောက်ဆက်တွဲကျန်းမာရေးပြဿနာဆိုသည်မှာ
 - ကာကွယ်ဆေး ထိုးနှံပြီးနောက် ပေါ်ပေါက်လာသော မလိုလားအပ်သည့် ကျန်းမာရေးပြဿနာ တစ်ခုဖြစ်ပြီး
 - ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်းနှင့် အကြောင်းအကျိုးဆက်နွှယ်မှု ရှိနေရမည်ဟုမဆိုလိုပါ။
- မလိုလားအပ်သည့်ကျန်းမာရေးပြဿနာဆိုသည်မှာ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံတိုက်ကျွေးပြီး နောက်
 - စမ်းသပ်တွေ့ရှိမှု(Sign)၊
 - ပုံမှန်မဟုတ်သော ဓာတ်ခွဲစမ်းသပ်တွေ့ရှိမှု (Abnormal Laboratory Finding)၊
 - ခံစားရသောလက္ခဏာ (Symptom)၊
 - ရောဂါ(Disease) ဖြစ်နိုင်သည်။

၄.၃ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးနောက်ဆက်တွဲပြဿနာအမျိုးအစားများနှင့် အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုချက်

စဉ်	နောက်ဆက်တွဲပြဿနာအမျိုးအစား	အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုချက်
၁။	ကာကွယ်ဆေးတွင် ပါဝင်သောပစ္စည်းနှင့် ဆက်နွှယ်သောပြဿနာ	ကာကွယ်ဆေးတွင်ပါဝင်သော တစ်ခု (သို့မဟုတ်) တစ်ခု ထက်ပိုသော ပစ္စည်းများ၊ ပင်ကို သဘောသဘာဝကြောင့် ဖြစ်တတ်သော နောက်ဆက်တွဲ ပြဿနာဖြစ်ပေါ်ခြင်း။
၂။	ကာကွယ်ဆေး၏ အရည်အသွေးနှင့် ဆက်နွှယ်သောပြဿနာ	ကာကွယ်ဆေးထုတ်လုပ်ရာ၌ ကာကွယ်ဆေး (သို့မဟုတ်) ကာကွယ်ဆေး ထိုးသော ကိရိယာများတွင် ပါဝင်သည့် တစ်ခု (သို့မဟုတ်) တစ်ခုထက်ပိုသော ပစ္စည်းများ၏ အရည်အသွေးချွတ်ယွင်းချက်များကြောင့် ဖြစ်တတ်သော နောက်ဆက်တွဲပြဿနာ ဖြစ်ပေါ်ခြင်း။
၃။	ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံတိုက်ကျွေးသော လုပ်ငန်းအမှားအယွင်းများနှင့် ဆက်နွှယ်သောပြဿနာ	ကာကွယ်ဆေးသယ်ယူခြင်း၊ သိုလှောင်ခြင်း၊ ကိုင်တွယ်ခြင်း၊ ဖျော်စပ်ခြင်း၊ ထိုးနှံခြင်းလုပ်ငန်း အဆင့်ဆင့်တွင် လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်သူတစ်ဦးဦးက လွဲမှားသော၊ မဆီလျော်သော နည်းလမ်းဖြင့် လုပ်ဆောင်မှုကြောင့် ဖြစ်တတ် သော နောက်ဆက်တွဲပြဿနာဖြစ်ပေါ်ခြင်း။

၄.၃ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးနောက်ဆက်တွဲပြဿနာအမျိုးအစားများနှင့် အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုချက်

စဉ်	နောက်ဆက်တွဲပြဿနာအမျိုးအစား	အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုချက်
၄။	ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံတိုက်ကျွေးခြင်းကို စိုးရိမ်ကြောင့်ကြခြင်းနှင့်ဆက်နွှယ်သော ပြဿနာ	ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံ/တိုက်ကျွေးခြင်းကို စိုးရိမ်ကြောင့်ကြခြင်း၊ နာကျင်မည်ကို ကြောက်ရွံ့ခြင်းတို့ကြောင့် ဖြစ် တတ်သော နောက်ဆက်တွဲပြဿနာဖြစ်ပေါ်ခြင်း။
၅။	တိုက်ဆိုင်ကြုံကြိုက်သောဖြစ်ရပ်နှင့် ဆက်နွှယ်သောပြဿနာ	ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက် ဖြစ်ပေါ်သော ပြဿနာဖြစ်သော်လည်း ကာကွယ်ဆေး (သို့မဟုတ်) ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်းနှင့် ဆက်နွှယ်သော ပြဿနာမဟုတ်ပါ။

၄.၃ (၁) ကာကွယ်ဆေးတွင်ပါဝင်သောပစ္စည်းနှင့် ဆက်နွယ်သောပြဿနာ

- ကာကွယ်ဆေးကို ထိုးနှံရန် ပြင်ဆင်ချိန်၊ ကိုင်တွယ်ထိုးနှံချိန်တွင် နည်းစနစ်မှန်ကန်စွာ ဆောင်ရွက်ထားသည့်တိုင်အောင် ကာကွယ်ဆေး၏ ပင်ကိုယ်ရှိရင်းစွဲဂုဏ်သတ္တိပေါ်မူတည်၍ လူတစ်ဦးချင်းစီတွင် ကာကွယ်ဆေးအပေါ် တုံ့ပြန်မှုဖြစ်ပေါ်နိုင်ပါသည်။
- ကာကွယ်ဆေးတုံ့ပြန်မှု အနည်းအများပေါ်မူတည်၍ သာမန်ကာကွယ်ဆေးတုံ့ပြန်မှုနှင့် ပြင်းထန်ကာကွယ်ဆေးတုံ့ပြန်မှုတို့ ဖြစ်ပေါ်နိုင်ပါသည်။

၄.၃ (၁.က)အများအားဖြင့်တွေ့ကြုံရလေ့ရှိသည့် သာမန်ကာကွယ်ဆေးတုံ့ပြန်မှုများ (Common minor vaccine reactions)

သာမန်တုံ့ပြန်မှု	Covishield	ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေး (Pfizer-BioNTech)
ဆေးထိုးသည့်နေရာ၌ နာကျင်ခြင်း၊ နီခြင်း၊ ရောင်ရမ်းခြင်း၊ သွေးခြေဥခြင်း	(၁၀) ရာခိုင်နှုန်းအထက် ဖြစ်ပေါ်နိုင်သည်	(၁၀) ရာခိုင်နှုန်း အထက် ဖြစ်ပေါ်နိုင် သည်
မအိမသာဖြစ်ခြင်း	(၁၀) ရာခိုင်နှုန်းအထက် ဖြစ်ပေါ်နိုင်သည်	(၁) ရာခိုင်နှုန်းအောက် လျော့နည်းသည်
ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း	(၁၀) ရာခိုင်နှုန်းအထက် ဖြစ်ပေါ်နိုင်သည်	(၁၀) ရာခိုင်နှုန်း အထက် ဖြစ်ပေါ်နိုင် သည်
ဖျားနာခြင်း၊ ချမ်းတုန်ခြင်း	(၁၀) ရာခိုင်နှုန်းအထက် ဖြစ်ပေါ်နိုင်သည်	(၁၀) ရာခိုင်နှုန်း အထက် ဖြစ်ပေါ်နိုင် သည်။ (ဒုတိယအကြိမ် ဆေးထိုး ပြီးပါက ပိုဖြစ်နိုင်သည်)
ခေါင်းကိုက်ခြင်း	(၁၀) ရာခိုင်နှုန်းအထက် ဖြစ်ပေါ်နိုင်သည်	(၁၀) ရာခိုင်နှုန်း အထက် ဖြစ်ပေါ် နိုင်သည်

သာမန်တုံ့ပြန်မှု	Covishield	ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေး (Pfizer-BioNTech)
ပျို့ခြင်း	(၁၀) ရာခိုင်နှုန်းအထက် ဖြစ်ပေါ်နိုင် သည်	(၁) ရာခိုင်နှုန်း မှ (၁၀) ရာခိုင်နှုန်းအထိ ဖြစ်ပေါ်နိုင်သည်
အဆစ်နာခြင်း (သို့မဟုတ်) ကြွက်သားနာကျင်ခြင်း	(၁၀) ရာခိုင်နှုန်းအထက် ဖြစ်ပေါ်နိုင်သည်	(၁၀) ရာခိုင်နှုန်း အထက် ဖြစ်ပေါ်နိုင် သည်
ဆေးထိုးသည့်နေရာ၌ ယားယံခြင်း	(၁၀) ရာခိုင်နှုန်းအထက် ဖြစ်ပေါ်နိုင်သည်	(၁) ရာခိုင်နှုန်းအောက် လျော့နည်းသည်
ဆေးထိုးသည့်နေရာ၌ မာခဲခြင်း	(၁) ရာခိုင်နှုန်း မှ (၁၀) ရာခိုင်နှုန်းအထိ ဖြစ်ပေါ်နိုင်သည်	–
အော့အန်ခြင်း	(၁) ရာခိုင်နှုန်း မှ (၁၀) ရာခိုင်နှုန်းအထိ ဖြစ်ပေါ်နိုင်သည်	–
ရာသီတုပ်ကွေးကဲ့သို့ ဖျားနာခြင်း	(၁) ရာခိုင်နှုန်း မှ (၁၀) ရာခိုင်နှုန်းအထိ ဖြစ်ပေါ်နိုင်သည်	–
မူးဝေခြင်း	(၁) ရာခိုင်နှုန်းအောက် လျော့နည်းသည်	–
အစာစားချင်စိတ်လျော့နည်းလာခြင်း	(၁) ရာခိုင်နှုန်းအောက် လျော့နည်းသည်	–

သာမန်တုံ့ပြန်မှု	Covishield	ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေး (Pfizer-BioNTech)
ဗိုက်နာခြင်း	(၁) ရာခိုင်နှုန်းအောက် လျော့နည်းသည်	–
ပြန်ရည်အကြိတ်များကြီးလာခြင်း	(၁) ရာခိုင်နှုန်းအောက် လျော့နည်းသည်	(၁) ရာခိုင်နှုန်းအောက် လျော့နည်းသည်
ချွေးအလွန်ထွက်ခြင်း၊ အရေပြားယားယံ ခြင်း၊ အဖုအပိမ့်များထွက်ခြင်း	(၁) ရာခိုင်နှုန်းအောက် လျော့နည်းသည်	–
အိပ်မပျော်ခြင်း	–	(၁) ရာခိုင်နှုန်းအောက် လျော့နည်းသည်
ခြေဖျား၊ လက်ဖျား ကိုက်ခဲခြင်း	–	(၁) ရာခိုင်နှုန်းအောက် လျော့နည်းသည်

- (၁၀) ရာခိုင်နှုန်းအထက် (ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး လူ ၁၀၀ ဦး လျှင် ၁၀ ဦး ထက်ပိုပြီး သက်ရောက်မှုရှိနိုင်သည်)
- (၁) ရာခိုင်နှုန်း မှ (၁၀) ရာခိုင်နှုန်းအထိ (ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး လူ ၁၀၀ ဦး လျှင် ၁ ဦးမှ ၁၀ဦးထိ သက်ရောက်မှု ရှိနိုင်သည်)
- (၁) ရာခိုင်နှုန်းအောက် (ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး လူ ၁၀၀ ဦးတွင် ၁ ဦးအောက် သက်ရောက်မှု ရှိနိုင်သည်)

၄.၃ (၁.ခ) ရှားပါးစွာကြုံတွေ့နိုင်ခြေရှိသည့် ပြင်းထန်သော ကာကွယ်ဆေးတုံ့ပြန်မှုများ

ပြင်းထန်တုံ့ပြန်မှု	Covishield	ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေး (Pfizer-BioNTech)
လတ်တလောမျက်နှာအကြောသေခြင်း (Bell's Palsy)	မသိရှိရသေးပါ	လူဦးရေ ၁၀,၀၀၀ တွင် (၁)ဦး မှ (၁၀)ဦးထိ ဖြစ်နိုင်ပါသည်
ပြင်းထန်သော ကာကွယ်ဆေးနှင့် ဓာတ်မတည့်ခြင်း (Anaphylaxis)	မသိရှိရသေးပါ	အတိအကျမသိရှိရသေးပါ *

သို့ရာတွင် ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေးသည် ကာကွယ်ဆေးအသစ်ဖြစ်ခြင်းကြောင့် အလွန်ရှားပါးစွာ ဖြစ်တတ်သည့် ပြင်းထန်သော ကာကွယ်ဆေးနှင့်ဓာတ်မတည့်ခြင်းနှင့် ပတ်သက်သော သတင်းအချက်အလက်များ အတိအကျ မသိရှိရသေးပါ။

*ကနဦးရရှိသော သတင်းများအရ ကိုဗစ်-၁၉ (Pfizer-BioNTech) ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးနောက် လူဦးရေ (၁) သန်းတွင် (၁၁)ဦးခန့် ပြင်းထန်သော ကာကွယ်ဆေးနှင့်ဓာတ်မတည့်ခြင်းဖြစ်ပွားကြောင်း သိရှိရပါသည်။

၄.၃ (၁.၁/၁) ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးနောက်

ပြင်းထန်သောကာကွယ်ဆေးနှင့်ဓာတ်မတည့်ခြင်း

(Anaphylaxis)

- ပုံမှန်အားဖြင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးနောက် ပြင်းထန်သော ကာကွယ်ဆေးနှင့် ဓာတ်မတည့်ခြင်း (Anaphylaxis) သည် အလွန်ရှားပါးစွာ (တစ်သန်းတွင်တစ်ယောက်) ဖြစ်တတ်ပါသည်။ ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးခြင်း တစ်နာရီအတွင်း ဖြစ်တတ်ပါသည်။

အဆိုပါ ပြင်းထန်သော ကာကွယ်ဆေးနှင့်ဓာတ်မတည့်ခြင်းသည် ထိရောက်မြန်ဆန်သော ကုသမှု မရရှိပါက အသက်သေဆုံးနိုင်ပါသည်။ ထို့ကြောင့် ဖြစ်ပွားလာလျှင် စောစီးစွာသိရှိရမည်ဖြစ်ပြီး ထိရောက်သော ကုသမှုကို အမြန်ဆုံးပေးနိုင်ရန် ကြိုတင်ပြင်ဆင်ထားရမည် ဖြစ်ပါသည်။

ထို့ကြောင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးစီးသည့်နောက် (၁) ဦးချင်းစီကို အနည်းဆုံးနာရီဝက်ခန့် စောင့်ဆိုင်းစေခြင်း ဖြစ်ပါသည်။

ပြင်းထန်ကာကွယ်ဆေးနှင့်ဓာတ်မတည့်သူများ၏ ကနဦးသတိပေးလက္ခဏာများမှာ

- တစ်ကိုယ်လုံးအသားအရေ နီရဲလာခြင်း
- အင်ပြင်အဖုအပိမ့်ထွက်ခြင်း
- ယားယံခြင်း
- အသက်ရှူကြပ်ခြင်း
- အသက်ရှူလျှင် အသံမြည်ခြင်း တို့ဖြစ်သည်။

ပိုမို၍ ဆိုးရွားလာသောအခါ

- ခြေလက်များပျော့ခွေသွားခြင်း
- ဖြူဖျော့သွားခြင်း
- သွေးပေါင်ချိန်ကျခြင်း သို့မဟုတ် လက်ကောက်ဝတ်သွေးခုန်နှုန်းစမ်းမရခြင်းတို့ဖြစ်သည်။

အဆိုးဆုံးအခြေအနေတွင် သတိလစ်ခြင်းလက္ခဏာများတွေ့မြင်ရမည်ဖြစ်သည်။

- ထို့ကြောင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီး (၅) မိနစ်မှ (၁၀) မိနစ်အတွင်း သတိလစ်ခြင်း၊ မူးမေ့ခြင်းဖြစ်ပွားလျှင် အမြန်ဆုံးဖြတ်ချက်ချ၍ ကုသမှုပေးရမည်ဖြစ်ပါသည်။
- သို့သော် ပြင်းထန်ကာကွယ်ဆေးနှင့်ဓာတ်မတည့်ခြင်းနှင့်ဆင်တူသော၊ ရုတ်တရက်စိတ်ဖိစီးမှုကြောင့် ဖြစ်သော တုံ့ပြန်မှုတွင် ရုတ်တရက်မူးဝေခြင်း၊ သတိလစ်ခြင်းဖြစ်တတ်သဖြင့် ၎င်း (၂) မျိုး၏ ကွဲပြားခြားနားချက်ကို သေချာစွာသိရှိရန် လိုအပ်ပါသည်။

ပြင်းထန်သော ကာကွယ်ဆေးနှင့်ဓာတ်မတည့်ခြင်း (Anaphylaxis)နှင့် ရုတ်တရက်စိတ်ဖိစီးမှုတုံ့ပြန်ခြင်းကွဲပြားချက်

	ရုတ်တရက် စိတ်ဖိစီးမှုကြောင့် ဖြစ်သော တုံ့ပြန်ခြင်း (Including Vasovagal Syncope - VVS)	ပြင်းထန် ကာကွယ်ဆေးနှင့် ဓာတ်မတည့်ခြင်း (Anaphylaxis)
စတင်ဖြစ်ပေါ်ပုံ	ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးပြီးချင်း အချိန်တွင် ဖြစ်တတ်ပါသည်။	ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးပြီးချင်း စက္ကန့်ပိုင်းမှ မိနစ်ပိုင်း အတွင်း ဖြစ်တတ်ပါသည်။ များသောအားဖြင့် ဆေးထိုးပြီး (၁) နာရီ အချိန် အတွင်း ဖြစ်တတ်ပါသည်။
အရေပြား	အရေပြားဖြူဖျော့ခြင်း၊ အေးစက်ခြင်း၊ ချွေးထွက်၍ ခြေလက်များ အေးစက်ခြင်း။	အရေပြားနီခြင်း၊ ယားယံခြင်း၊ မျက်လုံးနှင့် မျက်နှာယောင်ခြင်းနှင့် တစ်ကိုယ်လုံး အင်ပြင်ကဲ့သို့ အနီပြင်ထွက်ခြင်း။
အသက်ရှူလမ်းကြောင်း	အသက်ရှူမြန်ခြင်း၊ ပြင်းထန်ခြင်း။	အသက်ရှူလျှင် အသံမြည်ခြင်း၊ ရင်ကြပ်ခြင်း၊ တနှီနှီမည်၍ အသက်ရှူခြင်း၊ အဆက်မပြတ် ချောင်းဆိုးခြင်း။

ပြင်းထန်သော ကာကွယ်ဆေးနှင့်ဓာတ်မတည့်ခြင်း (Anaphylaxis)နှင့် ရုတ်တရက်စိတ်ဖိစီးမှု တုံ့ပြန်ခြင်းကွဲ ပြားချက်

	ရုတ်တရက် စိတ်ဖိစီးမှုကြောင့် ဖြစ်သော တုံ့ပြန်ခြင်း (Including Vasovagal Syncope - VVS)	ပြင်းထန် ကာကွယ်ဆေးနှင့် ဓာတ်မတည့်ခြင်း (Anaphylaxis)
နှလုံး	လက်ကောက်ဝတ် သွေးခုန်နှုန်း နှေးခြင်း၊ သွေးပေါင်ချိန်ကျခြင်း (ယာယီ)၊ များသောအားဖြင့် လက်ကောက်ဝတ်သွေးခုန်နှုန်း ပုံမှန်မှ မြန်ခြင်းအထိ ဖြစ်နိုင်၍ သွေးပေါင်ချိန်တက်ခြင်း ဖြစ်နိုင်ပါသည်။	လက်ကောက်ဝတ် သွေးခုန်နှုန်းမြန်ခြင်း၊ သွေးပေါင်ချိန်ကျခြင်း။
အစာအိမ်နှင့်အူလမ်းကြောင်း	ပျို့ခြင်း၊ အန်ခြင်း။	ဝမ်းဗိုက်နာခြင်း၊ အန်ခြင်း၊ ပျို့ခြင်း။
အာရုံကြော	သတိလစ်ခြင်း (ယာယီ) - ပက်လက်အနေအထားတွင် ပုံမှန်ပြန် ကောင်းတတ်ပါသည်။ ခြေလက်ထုံခြင်း၊ ခြေလက်ကြွက်သား အားနည်းခြင်း၊ ၊ နှုတ်ခမ်းတဝိုက်ကျဉ်ခြင်းတို့ ဖြစ်တတ်ပါသည်။	သတိလစ်မေ့မြောခြင်း ဖြစ်တတ်ပါသည်။ ပက်လက်အနေအထားတွင် လည်း ပြန်သတိမရတတ်ပါ။

ကာကွယ်ဆေးထိုးစုရပ်တွင် ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးနောက် ပြင်းထန်သောကာကွယ်ဆေး နှင့် ဓါတ်မတည့်ခြင်း (Anaphylaxis) ဖြစ်ပွားပါက ရှေးဦးပြုစုကုသနိုင်ရန် အောက်ပါပစ္စည်းများ ပြင်ဆင်ထားရှိရပါမည်။

၁။ AEFI Kit

၂။ Blood Pressure Cuff၊ Stethoscope နှင့် Pulse Oxymeter

၃။ Oxygen Cylinder (Oxygen Nasal Prong နှင့် Oxygen Delivery Mask ပါရှိရမည်)

၄။ ကုတင်အသေး

၎င်းအပြင် ကာကွယ်ဆေးထိုးစုရပ်တွင် အရေးပေါ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့ (Medical Cover Team) ရှိရမည်။ အောက်စီဂျင် Concentrator (သို့မဟုတ်) Cylinder ပါသော အရေးပေါ် လူနာတင်ယာဉ်ထား ရှိရမည်။ အရေးပေါ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့တွင် ဆရာဝန် (၁) ဦး၊ သူနာပြုဆရာမ(၂)ဦး၊ အကူ (၁)ဦးနှင့် ယာဉ်မောင်း (၁)ဦးတို့ ပါဝင်ရမည်။

ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးနောက် ပြင်းထန်သောကာကွယ်ဆေးနှင့် ဓါတ်မတည့်ခြင်း (Anaphylaxis) ဖြစ်ပွားပါက အရေးပေါ်ကုသနည်း

၁။ ဆေးထိုးစုရပ်တွင် ချက်ချင်းဆောင်ရွက်ရမည်။

၂။ အောက်ပါအတိုင်း ချက်ချင်းပြုစုကုသပါ။

(က) လူနာအား ပက်လက်အနေအထားတွင်ထားပါ။

(ခ) လေကောင်းလေသန့် ရရှိအောင်ဆောင်ရွက်ပါ။

(ဂ) ခြေထောက်ပိုင်းကို အနည်းငယ် ပို၍ မြင့်ထားပါ။ အပြင်းအထန်မောနေသော လူနာများတွင် ဂရုစိုက်ပါ။

(ဃ) Adrenaline ဆေးကို (IM) ချက်ချင်းထိုးနှံပေးပါ။

- ထိုးနှံရမည့် ပမာဏ - Adrenaline (1:1000)ဆေးကို (0.5) ml
- ထိုးနှံရမည့်နေရာ- ပေါင်အလယ်ပိုင်း၏ အရှေ့အပြင်ဘက် (Anterolateral aspect of middle third of thigh)
- ထိုးနှံရမည့်နည်းလမ်း- ကြွက်သားအတွင်း (Intramuscular - IM)၊ (သွေးကြောအတွင်း (IV) လုံးဝမထိုးနှံရပါ။)
- Adrenaline ပထမအကြိမ်ထိုးနှံပြီးနောက် (၅) မိနစ် ကြာသည်အထိ ထူးခြားမှုမရှိပါက နောက်တစ်ကြိမ် ထပ်မံထိုးနှံနိုင်ပါသည်။ Pulse Rate ယူပါ။

ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးနောက် ပြင်းထန်သောကာကွယ်ဆေးနှင့် ဓါတ်မတည့်ခြင်း (Anaphylaxis) ဖြစ်ပွားပါက အရေးပေါ်ကုသနည်း

၂။ အောက်ပါအတိုင်း ချက်ချင်းပြုစုကုသပါ။

- (င) အဝကျယ်အပ်ကြီးကြီးဖြင့် သွေးကြော (IV Line) ဦးစွာဖွင့်ပါ။ ထို့နောက် Normal Saline (0.9 %) (500 ml to 1000 ml) အကြောဆေးရည်ကို စတင်သွင်းပါ။
- (စ) Chlorphenamine (10-20) mg ကို သွေးကြောအတွင်း (IV) ဖြည်းညင်းစွာထိုးပါ။
- (ဆ) Hydrocortisone (100-200) mg ကို သွေးကြောအတွင်း (IV) ဖြည်းညင်းစွာထိုးပါ။

၃။ ကြိုတင်သတ်မှတ်ထားသော လွှဲပြောင်းကုသရန်စီစဉ်ထားရှိသည့် အနီးဆုံးဆေးရုံသို့ အရေးပေါ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့က လူနာတင်ယာဉ်ဖြင့် အမြန်ဆုံး/ချက်ချင်း လွှဲပြောင်းကုသပေးပါ။ လူနာကို High Flow Oxygen ပေးထားပါ။ လွှဲပြောင်းကုသရန် စီစဉ်ထားရှိသည့် ဆေးရုံသို့ တယ်လီဖုန်းဖြင့် သတင်းပို့ပါ။

၄။ ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီး ပြင်းထန်နောက်ဆက်တွဲ ကျန်းမာရေးပြဿနာအဖြစ်သတ်မှတ်၍ မြို့နယ် ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနမှူးသို့ တယ်လီဖုန်းဖြင့် သတင်းပို့အစီရင်ခံပါ။ အခြားသူများ ထိတ်လန့်မှုမရှိစေရန် ဂရုစိုက်ပါ။ အရေးပေါ်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့ပြန်ရောက်မှသာ ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်းကို ဆက်လက်ဆောင်ရွက်ပါ။

၅။ AEFI ဖြစ်ပွားပါက ကာကွယ်ဆေးထိုးအဖွဲ့/ကာကွယ်ဆေးထိုးသူသည် တိုက်ရိုက်ဆက်သွယ် သတင်းပို့နိုင်ရန် ကျန်းမာရေးဌာနအဆင့်ဆင့်၏ ဖုန်းနံပါတ်များနှင့် လွှဲပြောင်းကုသရန် စီစဉ်ထားရှိသည့် ဆေးရုံ၏ ဖုန်းနံပါတ်ကိုပါ ကြိုတင်သိထားရပါမည်။

၄.၃ (၂) ကာကွယ်ဆေး၏ အရည်အသွေးနှင့်ဆက်နွှယ်သောပြဿနာ

- ကာကွယ်ဆေးအရည်အသွေးပြည့်မီမှုမရှိခြင်းနှင့် ဆက်နွှယ်သောနောက်ဆက်တွဲပြဿနာ (Vaccine quality defect-related reaction) အဖြစ် သာမန်တုံ့ပြန်မှုများ (Minor vaccine reactions) ဖြစ်ပွားနိုင်ပြီး ပြင်းထန်သောတုံ့ပြန်မှုများ (Serious vaccine reactions) လည်း ဖြစ်ပွားနိုင်ပါသေးသည်။

၄.၃ (၃) ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံသော လုပ်ငန်းအမှားအယွင်းများနှင့် ဆက်နွယ်သောပြဿနာများ

ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံသော လုပ်ငန်းအမှားအယွင်းများနှင့် ဆက်နွယ်သောပြဿနာများသည် အောက်ပါအကြောင်းများကြောင့် အများဆုံးဖြစ်ပွားတတ်ပါသည်။

- ကာကွယ်ဆေးဖျော်စပ်ပုံ မှားယွင်းခြင်း။
- ❖ ဥပမာ - မှားယွင်းသောဖျော်စပ်ရည်ကို အသုံးပြုခြင်း၊ ဖျော်စပ်ရည်မဟုတ်သော ဆေးပုလင်းကို အသုံးပြု၍ ဖျော်စပ်ခြင်း။
- မသန့်ရှင်းသော ကာကွယ်ဆေးပုလင်း (သို့မဟုတ်) ဆေးထိုးပြွန်ကို အသုံးပြုခြင်း။
- ❖ ဥပမာ - ဆေးထိုးအပ် (သို့မဟုတ်) ကာကွယ်ဆေးပုလင်း၏ ရာဘာအဖုံးကို လက် (သို့မဟုတ်) အခြားအရာဝတ္ထုများဖြင့် ထိမိခြင်း။ ဖျော်စပ်ပြီး ကာကွယ်ဆေးကို သတ်မှတ်ထားသည့်အချိန် (၆နာရီ) ထက် ကျော်လွန်၍ အသုံးပြုခြင်း။

■ မမှန်ကန်သော ဆေးထိုးနည်းသုံးမိခြင်း။

❖ ဥပမာ - အသားထဲထိုးရမည့် ကာကွယ်ဆေးကို အရေပြားအောက်သို့ ထိုးမိခြင်း။

အထက်ဖော်ပြပါပြဿနာများသည် ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်းလုပ်ငန်းအဆင့်ဆင့်တွင် လိုက်နာရမည့် အချက်များကို မလိုက်နာခြင်းကြောင့် ဖြစ်ပွားခြင်းဖြစ်ရာ မဖြစ်ပွားအောင် ကြိုတင်ကာကွယ်နိုင်ပါသည်။
ဖြစ်ပွားပါက ပြင်းထန်သော နောက်ဆက်တွဲကျန်းမာရေးပြဿနာများနှင့် သေဆုံးခြင်းအထိ ဖြစ်နိုင်ပါ သည်။

ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံသော လုပ်ငန်းအမှားအယွင်းများနှင့်ဆက်နွှယ်သော ပြဿနာများကို ကာကွယ်နိုင်ရန်

- ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေးကို၊ အခြားသော ဆေးဝါးများ၊ ဖျော်စပ်ရည်များနှင့်အတူရော၍ သိုလှောင် သိမ်းဆည်းခြင်း မပြုရ။
- ကာကွယ်ဆေးနှင့် ဖျော်စပ်ရည်တို့၏ဆေးပုလင်းအမှတ်အသားတံဆိပ်ကို မဖျော်စပ်မီ အမြဲစစ်ဆေးပါ။ ဖျော်စပ်ရည်နှင့် ကာကွယ်ဆေးသည် ထုတ်လုပ်သည့် နိုင်ငံနှင့်စက်ရုံ တူညီမှုရှိရပါမည်။
- ကာကွယ်ဆေး သိုလှောင်ခြင်း၊ ထိုးနှံရန် ပြင်ဆင်ခြင်း၊ ထိုးနှံသောနည်းစနစ်၊ ထိုးရမည့်နေရာနှင့် ထိုးနည်း၊ လိုက်နာရမည့် ညွှန်ကြားချက်များကို ကာကွယ်ဆေးထုတ်လုပ်သူ၏ ညွှန်ကြားချက်အတိုင်း တသွေမတိမ်းလိုက်နာပါ။

- တစ်ခါသုံး ဆေးထိုးပိုက်ကို အသုံးပြု၍ ကာကွယ်ဆေးကို စနစ်တကျ စုပ်ယူပါ။
- ဆေးထိုးအပ်ကို မထိမကိုင်ပါနှင့်။
- ကာကွယ်ဆေးပုလင်း၏ ရာဘာအဖုံးကို မထိမကိုင်ရ။
- ဖျော်စပ်ရည်နှင့် ဖျော်စပ်ပြီးသော ကာကွယ်ဆေးကို စုရပ်တစ်နေရာမှ တခြားတစ်နေရာသို့ သယ်ဆောင်ထိုးနှံခြင်း မပြုရ။
- ကာကွယ်ဆေးပုလင်းကို ဆေးသယ်ပုံး၏ ဖော့အဖုံးတွင်းအစတွင် မြှုပ်ထားစဉ်တွင် ဆေးသယ်ပုံး၏ အဖုံးကို မပိတ်မိစေရန် သတိပြုပါ။
- ကာကွယ်ဆေးကို ဖျော်စပ်ရည်ဖြင့် ဖျော်စပ်ပြီးလျှင် သတ်မှတ်အချိန် (၆နာရီ) ထက်မကျော်စေဘဲ စွန့်ပစ်ရပါမည်။ အကယ်၍ ဖျော်စပ်ပြီးသတ်မှတ်အချိန် မပြည့်သေးသော်လည်း ဆေးထိုးစုရပ် ရွှေ့ပြောင်းပါက စွန့်ပစ်ရပါမည်။
- တစ်စုံတစ်ရာ သံသယဖြစ်ဖွယ်ရှိပါက ကြီးကြပ်သူနှင့် အမြန်ဆုံး ဆက်သွယ်၍ ရှင်းလင်းအောင် ပြုလုပ်ပါ။

၄.၃ (၄) ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်းကို စိုးရိမ်ကြောင့်ကြခြင်းနှင့် ဆက်နွှယ်သောပြဿနာ

- ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်းကို စိုးရိမ်ကြောင့်ကြခြင်းနှင့် ဆက်နွှယ်သော ပြဿနာများသည် အကြောင်း အမျိုးမျိုးကြောင့် ဖြစ်နိုင်ပါသည်။ ဥပမာ-ကာကွယ်ဆေး အသစ်ဖြစ်ခြင်း၊ ဆေးထိုးခံရမည်ကို ကြောက်ရွံ့ ခြင်း။
- ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီး နာကျင်မှုကြောင့် မူးမေ့ခြင်း၊ လဲကျခြင်း၊ ဒဏ်ရာရခြင်း စသည်တို့ကို ကာကွယ်ရန် ကာကွယ်ဆေးထိုးသူများသည် ဆေးထိုးပြီး (၃၀) မိနစ်ခန့် ထိုင်၍ စောင့်ဆိုင်းရန် လိုအပ်ပါသည်။

၄.၃ (၅) တိုက်ဆိုင်ကြုံကြိုက်သော ဖြစ်ရပ်နှင့်ဆက်နွှယ်သော ပြဿနာဆိုသည်မှာ

- သက်ကြီးရွယ်အိုများနှင့် နာတာရှည်ရောဂါအခံရှိသော လူကြီးများတွင် ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးနောက် ကာကွယ်ဆေးနှင့် မသက်ဆိုင်သော်လည်း တိုက်ဆိုင်ကြုံကြိုက်သော ဖြစ်ရပ်နှင့် ဆက်နွှယ်သောပြဿနာ ဖြစ်နိုင်ပါသည်။
- အထက်ပါ အလားတူ ဖြစ်ရပ်မျိုး ကျန်းမာသောသူများတွင်လည်း ဖြစ်နိုင်ပါသည်။ ဥပမာအားဖြင့် အခြားသော ကူးစက်ရောဂါတစ်မျိုးမျိုးကြောင့် တိုက်ဆိုင်ကြုံကြိုက်သော ဖြစ်ရပ်သည် အသက်အရွယ် ကျား/မနှင့် ဒေသနှင့် လူမျိုးပေါ်မူတည်၍ ဖြစ်နိုင်ပါသည်။

၄.၄ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးနောက် ပြင်းထန်သောနောက်ဆက်တွဲ ပြဿနာများ

ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးနောက် ပြင်းထန်သောနောက်ဆက်တွဲ ပြဿနာဆိုသည်မှာ မည်သည့်

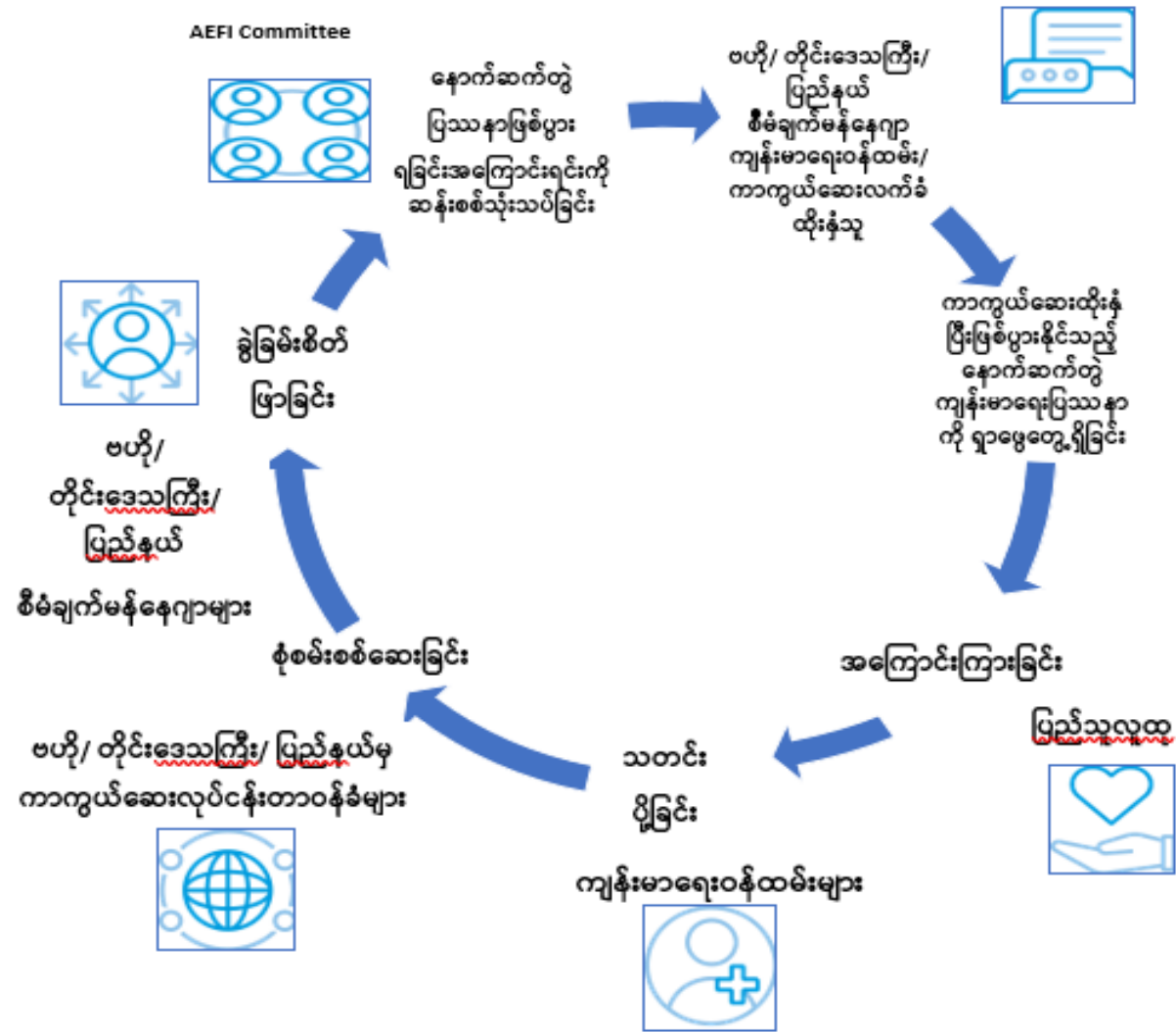
အမျိုးအစားမဆို

- အသက်အန္တရာယ်ပေးသည်အထိ (သို့မဟုတ်)
- ဆေးရုံတက်ရသည်အထိ (ဆေးရုံတက်ရက်ကြာရှည်သည်အထိ) (သို့မဟုတ်)
- မသန်မစွမ်းဖြစ်သွားသည်အထိ (သို့မဟုတ်)
- မွေးဖွားလာသောကလေးတွင် မွေးရာပါချို့ယွင်းမှုများဖြစ်ပွားသည်အထိ
- သေဆုံးသည်အထိ ပြင်းထန်သောကာကွယ်ဆေးထိုးပြီး နောက်ဆက်တွဲပြဿနာများဖြစ်ပါသည်။

**** ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေးသည် ကာကွယ်ဆေးအသစ်ဖြစ်သောကြောင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးနောက် ဖြစ်ပွားသောကျန်းမာရေးပြဿနာ အားလုံးကို သေချာစွာ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုရပါမည်။**

၄.၅ အစုအဖွဲ့လိုက်ဖြစ်ခြင်း (Cluster)

- အစုလိုက် AEFI ဖြစ်ပွားမှုဆိုသည်မှာ ဖြစ်ပွားသော အချိန်အားဖြင့် ဆက်စပ်နေသော ကျန်းမာရေးဌာနတစ်ခု (သို့မဟုတ်) ရပ်ကွက် (သို့မဟုတ်) ကျေးရွာတစ်ခုတွင် နေရာအားဖြင့် ဆက်စပ်၍ တစ်လအတွင်း ဖြစ်ပွားသော၊ ထိုးနှံတိုက်ကျွေးသော၊ ကာကွယ်ဆေးနှင့်အဆိုင်းတူ (သို့မဟုတ်) ကာကွယ်ဆေးထိုးသူ တူညီသောစုရပ်အားဖြင့် ဆက်စပ်နေသော၊ နှစ်ယောက်နှင့် အထက်ဖြစ်ပွားသော တူညီသော လက္ခဏာ ရှိသော နောက်ဆက်တွဲပြဿနာများကို ဆိုလိုသည်။
- အခြားအကြောင်းတစ်ခုခုကြောင့်ဖြစ်ပေါ်လာသော ကျန်းမာရေးပြဿနာနှင့် တိုက်ဆိုင်တတ်သော နောက်ဆက်တွဲပြဿနာသည် အစုအဖွဲ့အလိုက် ဖြစ်တတ်ပါသည်။
- ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်းကြောင့် စိတ်ဖိစီးမှုမှတစ်ဆင့် နှိုးနှွယ်၍ အစုအဖွဲ့လိုက်ဖြစ်ပေါ်ခြင်းစသည် တို့ဖြစ်ပါသည်။
- အစုအဖွဲ့လိုက်ဖြစ်သော ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး ဖြစ်ပွားနိုင်သည့် နောက်ဆက်တွဲကျန်းမာရေးပြဿနာ များကို သတင်းပို့ရန် လိုအပ်ပါသည်။



ပုံ(၁) ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး ဖြစ်ပွားနိုင်သည့် နောက်ဆက်တွဲကျန်းမာရေးပြဿနာများကို စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်း လုပ်ငန်းအဆင့်ဆင့်

၄.၇ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး ဖြစ်ပွားနိုင်သည့် နောက်ဆက်တွဲ ကျန်းမာရေးပြဿနာများကို သတင်းပို့ခြင်း။

- ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး ဖြစ်ပွားနိုင်သည့် နောက်ဆက်တွဲကျန်းမာရေးပြဿနာများ အားလုံးကို သတင်းပို့ရပါမည်။
- ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး ဖြစ်ပွားနိုင်သည့် နောက်ဆက်တွဲ ကျန်းမာရေးပြဿနာ သတင်းပို့ပုံစံ (ကိုဗစ်-၁၉ သတင်းပို့ပုံစံ)ကို ဖြည့်စွက်၍ ကြီးကြပ်သူထံသို့ သတင်းပို့ရမည်။ DHIS2 AEFI Tracker ကို အသုံးပြု၍ သတင်းပေးပို့ရမည်ဖြစ်ပြီး၊ **DHIS2 AEFI Tracker ကို အသုံးပြုနိုင်ခြင်း မရှိသေးပါက သတင်းပို့ပုံစံစာရွက်ကို အသုံးပြုပါ။**
- ရရှိပြီးသော သတင်းအချက်အလက်များအားလုံးကို ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်၍ ပေးပို့ပါ။
- ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး မပြင်းထန်သော/သာမန်နောက်ဆက်တွဲကျန်းမာရေး ပြဿနာများကိုလည်း ပေးပို့ပါ။

- DHIS2 AEFI Tracker သတင်းရပြီးပြီးချင်း၊ သတင်းအချက်အလက်များ အားလုံးကို ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်၍ ချက်ချင်းသတင်းပေးပို့ပါ။
- သတင်းပို့ပုံစံစာရွက်ကို အသုံးပြုပါက **အပတ်စဉ်သောကြာနေ့**တိုင်း မြို့နယ်ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနသို့ သတင်းပို့ပါ။ မြို့နယ်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနသည် ပူးတွဲပါ Line List တွင် စာရင်းသွင်း၍ တိုင်းဒေသကြီး/ပြည်နယ်သို့ **အပတ်စဉ်စနေနေ့**တိုင်း သတင်းပေးပို့ရမည် ဖြစ်ပြီး၊ တိုင်းဒေသကြီး/ပြည်နယ်မှ ဗဟိုသို့ **အပတ်စဉ်တနင်္ဂနွေနေ့**တိုင်း သတင်းပေးပို့ရပါမည်။
- ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးပြင်းထန်သော နောက်ဆက်တွဲကျန်းမာရေးပြဿနာကို စတင်တွေ့ရှိသူက **သိသိချင်း/ချက်ချင်း/(၂၄)နာရီ**အတွင်း သတင်းပေးပို့ရပါမည်။ ပထမဆုံးသတင်းပေးပို့သူသည် သက်ဆိုင်ရာ ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာန/တိုက်နယ်ဆေးရုံ၊ မြို့နယ်၊ ခရိုင်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနမှူးထံသို့ အမြန်ဆုံး ဆက်သွယ် ရေးနည်းလမ်း (တယ်လီဖုန်း) ဖြင့် သတင်းပေးပို့ရပါမည်။ ထိုသို့ သတင်းပေးပို့ရာတွင် အဆင့်ဆင့် တာဝန်ရှိသူများအပြင် အဆင့်ကျော်၍လည်း သတင်းပေးပို့နိုင်ပါသည်။

၄.၇ (၁) ကိုဗစ် ၁၉ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး ဖြစ်ပွားနိုင်သည့်နောက်ဆက်တွဲ ကျန်းမာရေးပြဿနာများ သတင်းပို့ပုံစံ

- ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့၏ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး ဖြစ်ပွားနိုင်သည့် နောက်ဆက်တွဲ ကျန်းမာရေးပြဿနာ သတင်းပို့ပုံစံတွင် အသစ်ထပ်မံပါဝင်လာသည့် အချက်အလက်များကို အနီရောင်စာလုံးဖြင့် ရေးသား ထားပါသည်။
- ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေး၏ အမျိုးအစားနာမည်၊ ထုတ်လုပ်သောနိုင်ငံနှင့် ကာကွယ်ဆေး လက်ခံ ထိုးနှံသူ၏ အသက်စသည်တို့ ပါဝင်ရပါမည်။
- ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး ဖြစ်ပွားနိုင်သည့် နောက်ဆက်တွဲ ကျန်းမာရေးပြဿနာအားလုံးကို သတင်း ပေးပို့ရာတွင် ဤပုံစံကို အသုံးပြုကြရမည် ဖြစ်ပါသည်။ **DHIS2 AEFI Tracker ကို အသုံးပြုနိုင်ခြင်း မရှိ သေးပါက သတင်းပို့ပုံစံစာရွက်ကို အသုံးပြုပါ။**
- ဤသတင်းပို့ပုံစံ၌ ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်၍ စာရင်းပြုစုထား ရှိရပါမည်။
- ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး ဖြစ်ပွားနိုင်သည့် နောက်ဆက်တွဲ ကျန်းမာရေးပြဿနာများကို သတင်းပို့ရာတွင် အောက်ပါအချက်အလက်များကို သေချာစွာ ဖြည့်စွက်ပေးပို့ရပါမည်။

- ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေး၏ ကုန်အမှတ်တံဆိပ်အမည်၊ ထုတ်လုပ်သော နိုင်ငံအမည်၊ စက်ရုံအမည်၊ ကာကွယ်ဆေးအဆိုင်းနံပါတ်၊ ဖျော်စပ်ရည်သုံးရလျှင် ၎င်း၏ကုန်အမှတ် တံဆိပ်၊ သက်တမ်းကုန်မည့် ရက်စွဲတို့ကို တိတိကျကျဖော်ပြရန် လိုအပ်ပါမည်။
- အတိအကျသတင်းပို့နိုင်ရန်အတွက်
 - ✓ ကာကွယ်ဆေးအထိုးခံသူ၏ လိပ်စာအတိအကျ
 - ✓ ဆက်သွယ်ရမည့်သူများလိပ်စာ
 - ✓ သတင်းပို့သူအား ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်းနံပါတ်တို့ကို အတိအကျဖော်ပြရန်လိုပါမည်။
- ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးဖြစ်ပွားနိုင်သည့် နောက်ဆက်တွဲကျန်းမာရေးပြဿနာများ စာရင်းဖြည့်သွင်း ရာတွင်လည်း
 - ✓ ဖြစ်စဉ်အတိအကျ
 - ✓ ရောဂါဖြစ်စဉ် ခံစားရသည့် ရောဂါလက္ခဏာများ
 - ✓ အခြားအထောက်အကူပြုမည့် သတင်းအချက်အလက်များပါ ရှိရပါမည်။

ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက် နောက်ဆက်တွဲ ပြဿနာဖြစ်ပွားမှုကို ရှာဖွေ၍ သတင်းပေးပို့ရာတွင် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများသည် အဓိကတာဝန်ရှိပါသည်။

၄.၇ (၂) ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး နောက်ဆက်တွဲပြဿနာများအား စုံစမ်းစစ်ဆေးခြင်း

ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး ဖြစ်ပွားနိုင်သည့် နောက်ဆက်တွဲပြဿနာများ စုံစမ်းစစ်ဆေးရာတွင် မေးမြန်းရန် အောက်ပါအချက်များလိုအပ်ပါသည်။

ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့၏ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး ဖြစ်ပွားနိုင်သည့် နောက်ဆက်တွဲ ကျန်းမာရေး ပြဿနာစုံစမ်းစစ်ဆေးခြင်းပုံစံတွင် အသစ်ထပ်မံပါဝင်လာသည့် အချက်အလက်များကို အနီရောင် စာလုံးဖြင့် ရေးသားထားပါသည်။

- (၁) အခြေခံမေးမြန်းရမည့်အချက်များ
 - (က) ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံသည့်နေရာ
 - (ခ) သတင်းပေးပို့သူအမည် (ရာထူး/ ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ)
 - (ဂ) စုံစမ်းစစ်ဆေးသည့်ရက်စွဲ
 - (ဃ) လူနာအမည်၊ မွေးသက္ကရာဇ်၊ အသက်အပိုင်းအခြားအုပ်စု၊ ကျား/မ၊ မိဘအမည်၊ နေရပ်လိပ်စာ
 - (င) ကာကွယ်ဆေးထိုးရာဇဝင်အသေးစိတ်
 - (စ) ကာကွယ်ဆေးနှင့်ပတ်သက်သော အခြေခံအချက်အလက်များ
- (၂) ယခင်ကာကွယ်ဆေး ထိုးနှံခဲ့ခြင်းနှင့် ပတ်သက်သော အချက်အလက်များ
- (၃) ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး နောက်ဆက်တွဲ ပြင်းထန်လက္ခဏာများ စုံစမ်းစစ်ဆေးခြင်း
- (၄) ကာကွယ်ဆေးနှင့် ပတ်သက်သော အသေးစိတ်အချက်အလက်များ
- (၅) ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်း နှင့် ပတ်သက်သောအသေးစိတ် အချက်အလက်များ
(အသုံးပြုသော ဆေးထိုးပြွန်နှင့်အပ်၊ ဖျော်စပ်ခြင်း၊ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံသည့် နည်းလမ်း)
- (၆) ကာကွယ်ဆေးသိုလှောင်ထိန်းသိမ်း ကိုင်တွယ်သုံးစွဲမှုအခြေအနေ
- (၇) အခြားစုံစမ်းရှာဖွေတွေ့ရှိချက်များ

မြို့နယ်အဆင့်တွင် စုံစမ်းစစ်ဆေးရန်အတွက် အဓိကတာဝန်ရှိသူမှာ EPI မှ တာဝန်ခံဆရာဝန်နှင့် မြို့နယ်ဆရာဝန် တို့ဖြစ်ပါသည်။ လိုအပ်ပါက တိုင်းဒေသကြီး/ပြည်နယ်ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး ဦးစီးဌာနမှ တာဝန်ရှိသူများနှင့် ကလေးအထူးကုဆရာဝန်ကြီး/သမားတော် ၊ ရောဂါရှာဖွေရေး ဆရာဝန်ကြီးနှင့် မူခင်းဆရာဝန် ကြီးများကပါ စုံစမ်းစစ်ဆေးရာတွင် ပါဝင်မည်ဖြစ်ပါသည်။

(၄.၈) ကာကွယ်ဆေးထိုးစုရပ်တိုင်းတွင် ထားရှိရမည့် AEFI Kit ပြင်ဆင်ခြင်း

- ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်းလုပ်ငန်းအတွက် အသုံးပြုရမည့် AEFI Kit သည် ပုံမှန် ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်းတွင် အသုံးပြုလျက်သော AEFI Kit အတွင်းရှိ ဆေးပစ္စည်းများနှင့် မတူညီသဖြင့် အသစ်ပြင်ဆင်၍ ထားရှိရမည်ဖြစ်သည်။
- ၎င်း AEFI Kit အတွင်းထည့်သွင်းထားရှိမည့် ဆေးပုလင်းများ၊ ဆေးထိုးအပ်များအားလုံး၏ သက်တမ်းကုန်ဆုံးရက်ကို စစ်ဆေးရန်နှင့် သက်တမ်းကုန်ဆုံးနေပါက လဲလှယ်ထားရပါမည်။
- သို့ဖြစ်ပါ၍ ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်းလုပ်ငန်း မစတင်မီ AEFI Kit အတွင်းထားရှိရမည့် ဆေးပစ္စည်းစာရင်းကို တိုင်းဒေသကြီး/ပြည်နယ် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာန၏ အစီအစဉ်ဖြင့် ဝယ်ယူ၍ မြို့နယ်ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနသို့ ဖြန့်ဝေ၍ စိစစ်ပြင်ဆင်ထားရှိရပါမည်။

ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်းလုပ်ငန်းဆောင်ရွက်ရာတွင် Adverse Event Following Immunization (AEFI) Kit တစ်ခု၌ ထားရှိရမည့် ဆေးပစ္စည်းစာရင်းမှာ

စဉ်	အမျိုးအမည်	အရေအတွက်	မှတ်ချက်
၁	Injection Adrenaline, 1mg/ml, 1ml Ampoule (1:1000)	၅	ပုလင်း
၂	Sodium Chloride 0.9%, 500ml, Plastic pouch with rubber cap	၅	ဗူး
၃	Injection Chlorpheniramine maleate 10 mg/ml, 1 ml Ampoule	၅	ပုလင်း
၄	Injection Hydrocortisone acetate (sodium succinate/ sodium phosphate) (100 mg/ vial + water for injection)	၅	ပုလင်း
၅	Syringe (disposable, Tuberculin, 1ml) +needle, 27G	၅	ချောင်း
၆	Syringe (disposable, Tuberculin, 3ml) +needle, 27G	၁၅	ချောင်း
၇	IV Cannula (Green 18G- ၅ ခု၊ Pink 20G - ၅ခု, Blue 22G - ၅ခု)	၁၅	ခု
၈	Tegaderm (လူကြီး)	၁၀	ခု
၉	Infusion set	၅	ခု
၁၀	Needle, Scalp Vein, disposable, 23G, disposable	၅	ခု
၁၁	Swab/wipe, Cotton, w/Isopropyl Alcohol 70% 30 x 30 mm	၁	ဗူး
၁၂	Cutting files/ Cutter	၂	ခု
၁၃	Recycle bag with zip and label lock, 12"x 10"	၁	အိတ်
၁၄	Plastic Bag with zip lock, 5"x 76" for ampoules and needles	၁	အိတ်
၁၅	Adhesive tape Paper, 1cm x 5m	၁	ခု
၁၆	ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးနောက် ပြင်းထန်သောဆေးမတည့်ခြင်း (Anaphylaxis)ဖြစ်ပွားပါက အရေးပေါ်ကုသနည်းလမ်းညွှန်စာရွက်	၂	ရွက်
၁၇	Translucent plastic container/storage with clip-lock for AEFI Kit with label (AEFI Kit for Immunization Teams)	၁	ပုံး

(၄.၉) အနှစ်ချုပ်

- ၁။ ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေးသည် လက်ရှိရရှိသော အချက်အလက်များအရ လက်ရှိထိုးနှံ တိုက်ကျွေးပေးနေသော ကာကွယ်ဆေးများကဲ့သို့ပင် လုံခြုံစိတ်ချရသော အခြေအနေ ရှိပါသည်။
- ၂။ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး ဖြစ်ပွားနိုင်သည့် နောက်ဆက်တွဲ ကျန်းမာရေးပြဿနာများ အားလုံးသော သတင်းပို့ရန် လိုအပ်ပါသည်။ လိုအပ်ပါက ဆေးကုသမှုပေးခြင်းနှင့် အထက်အဆင့်ဆင့်သို့ လွှဲပြောင်းကုသမှု ခံယူစေခြင်း ဆောင်ရွက်ရပါမည်။
- ၃။ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီး ဖြစ်ပွားနိုင်သည့် နောက်ဆက်တွဲ ကျန်းမာရေးပြဿနာ သတင်းပို့ပုံစံ (ကိုဗစ်-၁၉သတင်းပို့ပုံစံ)ကို ပြည့်စုံတိကျစွာဖြည့်စွက်၍ အချိန်နှင့် တပြေးညီ ကြီးကြပ်သူ အဆင့်ဆင့်ထံ သတင်းပေးပို့ရန် လိုအပ်ပါသည်။
- ၄။ ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေးသည် ကာကွယ်ဆေးအသစ်ဖြစ်ပါသဖြင့် ကာကွယ်ဆေး၏ ဘေးကင်းလုံခြုံစိတ်ချရမှုနှင့် ပတ်သက်သော အချက်အလက်များကို သတင်းပေးပို့ရန် လိုအပ် ပါသည်။

(၄.၉) Annex – 1 AEFI Reporting form (English Version)

STANDARD REPORTING FORM FOR ADVERSE EVENTS FOLLOWING IMMUNIZATION (AEFI)

AEFI reporting id number:

<p>*Patient name or initials:</p> <p>*Patient's full Address:</p> <p>Telephone:</p> <p>Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Lactating</p> <p>*Date of birth (DD/MM/YYYY): / /</p> <p>OR Age at onset : <input type="checkbox"/> Years <input type="checkbox"/> Months <input type="checkbox"/> Days</p> <p>OR Age Group: <input type="checkbox"/> 0 < 1 year <input type="checkbox"/> 1- 5 years <input type="checkbox"/> >5years-18 years</p> <p><input type="checkbox"/> > 18 years – 60 years <input type="checkbox"/> > 60 years</p>	<p>*Reporter's Name:</p> <p>Institution:</p> <p>Designation &Department:</p> <p>Address:</p> <p>Telephone & e-mail:</p> <p>Date patient notified event to health system (DD/MM/YYYY): / /</p> <p>Today's date (DD/MM/YYYY): / /</p>
---	---

[illegible]

(9.9) Annex – 1 AEFI Reporting form (English Version)

*Adverse event (s): <input type="checkbox"/> Severe local reaction <input type="checkbox"/> > 3 days <input type="checkbox"/> beyond nearest joint <input type="checkbox"/> Seizures <input type="checkbox"/> febrile <input type="checkbox"/> afebrile <input type="checkbox"/> Abscess <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Encephalopathy <input type="checkbox"/> Toxic shock syndrome <input type="checkbox"/> Thrombocytopenia <input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Fever ≥ 38°C <input type="checkbox"/> Other (specify) Date & Time AEFI started (DD/MM/YYYY): / / Hr / Min		Describe AEFI (Signs and symptoms):
*Serious: Yes/No; If Yes *Outcome: <input type="checkbox"/> Died If died,	<input type="checkbox"/> Death <input type="checkbox"/> Life threatening <input type="checkbox"/> Disability <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Congenital anomaly <input type="checkbox"/> Other important medical event (Specify) <input type="checkbox"/> Recovering <input type="checkbox"/> Recovered <input type="checkbox"/> Recovered with sequelae <input type="checkbox"/> Not Recovered <input type="checkbox"/> Unknown date of death (DD/MM/YYYY) / / Autopsy done: (<input type="checkbox"/> Yes/ <input type="checkbox"/> No/ <input type="checkbox"/> Unknown)	
Past medical history (including history of similar reaction or other allergies), concomitant medication and dates of administration (exclude those used to treat reaction) other relevant information (e.g. other cases). Use additional sheet if needed:		
First Decision making level to complete:		
Investigation needed:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, date investigation planned (DD/MM/YYYY): / /	
National level to complete:		
"Date report received at national level (DD/MM/YYYY): / /"	AEFI worldwide unique ID :	
Comments:		

*Compulsory field

(၄.၉) Annex – 1 AEFI Reporting form (Myanmar Version)

Covid-19 ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက်ဆက်တွဲပြဿနာများသတင်းပေးပို့မှုပုံစံ

(ပြည်စုံစွာဖြည့်စွက်၍ ၂၄ နာရီအတွင်း ပေးပို့ရန်)

လူနာအမှတ်စဉ် (Case ID)

<p>*လူနာအမည်</p> <p>*နေရပ်လိပ်စာအပြည့်အစုံ</p> <p>ဖုန်းနံပါတ်</p> <p><input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ (ကိုယ်ဝန်ရှိ/မရှိ (သို့) နို့တိုက်မိခင်)</p> <p>*မွေးသက္ကရာဇ်</p> <p>အသက် (နှစ် / လ / ရက်)</p> <p>အသက်အုပ်စု <input type="checkbox"/> တစ်နှစ်အောက် <input type="checkbox"/> ၁-၅ နှစ် <input type="checkbox"/> ၅-၁၈ နှစ်</p> <p> <input type="checkbox"/> ၁၈-၆၀ နှစ် <input type="checkbox"/> ၆၀ နှစ်အထက်</p>	<p>*သတင်းပေးပို့သူအမည်</p> <p>ကျန်းမာရေးဌာနအမည်</p> <p>ရာထူး</p> <p>လိပ်စာ</p> <p>ဖုန်းနံပါတ် / Email</p> <p>သတင်းလက်ခံရရှိသည့်ရက်စွဲ</p> <p>သတင်းပေးပို့သည့်ရက်စွဲ</p>
---	---

[illegible]

(၄.၉) Annex – 1 AEFI Reporting form (Myanmar Version)

<p>*လက္ခဏာများ</p> <p><input type="checkbox"/> ဆေးထိုးသည့်နေရာတွင် ပြင်းထန်စွာရောင်ရမ်းခြင်း</p> <p><input type="checkbox"/> ၃ ရက်နှင့်ကျော်ကြာသည် <input type="checkbox"/> ပုခုံး / တံတောင်ဆစ်အားကျော်လွန်သည့်အထိရောင်ရမ်းခြင်း</p> <p><input type="checkbox"/> တက်ခြင်း</p> <p><input type="checkbox"/> ဖျား၍တက်ခြင်း <input type="checkbox"/> အဖျားမရှိဘဲတက်ခြင်း</p> <p><input type="checkbox"/> ဆေးထိုးသည့်နေရာတွင် ပြည်တည်ခြင်း</p> <p><input type="checkbox"/> သွေးဆိပ်တက်ခြင်း</p> <p><input type="checkbox"/> ဦးနှောက်အမြှေးပါးနှင့်ဆိုင်သောရောဂါလက္ခဏာများ</p> <p><input type="checkbox"/> သွေးဆိပ်တက်ထိတ်လန့်ရောဂါလက္ခဏာများ</p> <p><input type="checkbox"/> သွေးထဲတွင်သွေးဥများနည်းပါးခြင်းလက္ခဏာ</p> <p><input type="checkbox"/> ပြင်းထန်သောဆေးမတည့်ခြင်းလက္ခဏာ</p> <p><input type="checkbox"/> ဖျားခြင်း (၃၈ ဒီဂရီနှင့်အထက်)</p> <p><input type="checkbox"/> အခြား (ဖော်ပြရန်)</p> <p>AEFI လက္ခဏာစတင်သည့်ရက်/...../.....</p> <p>AEFI လက္ခဏာစတင်သည့်အချိန် (..... နာရီ/..... မိနစ်)</p>	<p>*ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက် နောက်ဆက်တွဲရောဂါလက္ခဏာများကို ဖော်ပြပါ။</p>
---	---

<p>*ပြင်းထန် (Yes/No) If Yes,</p> <p>*လက်ရှိအခြေအနေ</p> <p><input type="checkbox"/> သေဆုံးခဲ့လျှင်</p>	<p><input type="checkbox"/> သေဆုံး <input type="checkbox"/> အသက်အန္တရာယ်ရှိခြင်း <input type="checkbox"/> ကိုယ်ခန္ဓာအစိတ်အပိုင်းတစ်ခုခုချို့ယွင်းသွားခြင်း <input type="checkbox"/> ဆေးရုံတက်ရောက်ကုသခြင်း</p> <p><input type="checkbox"/> မွေးရာပါချို့ယွင်းခြင်း <input type="checkbox"/> အခြားအရေကြီးသောပြင်းထန်လက္ခဏာများ(ဖော်ပြပါ)</p> <p><input type="checkbox"/> အခြေအနေတိုးတက်လာခြင်း <input type="checkbox"/> ပြန်လည်ကောင်းမွန်လာခြင်း <input type="checkbox"/> ပြန်လည်ကောင်းမွန်လာသော်လည်း ခန္ဓာကိုယ်အစိတ်အပိုင်းတစ်ခုခု ချို့ယွင်းသွားခြင်း</p> <p><input type="checkbox"/> ပြန်လည်ကောင်းမွန်လာခြင်းမရှိပါ <input type="checkbox"/> မသိပါ</p> <p>သေဆုံးသည့်ရက်စွဲ/...../..... ရင်ခွံစစ်ဆေးခြင်း (<input type="checkbox"/> ရှိ/ <input type="checkbox"/> မရှိ/ <input type="checkbox"/> မသိပါ)</p> <p>ယခင်ဆေးကုသမှုရာဇဝင်(ယခုကဲ့သို့အလားတူလက္ခဏာများ(သို့)အခြားဓာတ်မတည့်ခြင်း (ရှိ/မရှိ), ဆေးကုသမှုခံယူနေခြင်း (ရှိ/မရှိ), ရှိလျှင်ဖော်ပြရန်</p>
--	--

တာဝန်ရှိသူ / တာဝန်ခံမှ ဖြည့်စွက်ရန် (SMO/MO/TMO)	
စုံစမ်းစစ်ဆေးမှုပြုလုပ်ရန် (.....လ/.....မလ/.....)	လိုအပ်ပါက - ပြုလုပ်မည့်ရက်စွဲ/...../.....
ဗဟိုအဆင့်မှ ဖြည့်စွက်ရန်	
ဗဟိုအဆင့်မှ သတင်းလက်ခံရရှိသည့်ရက်စွဲ/...../.....	AEFI worldwide unique ID :
မှတ်ချက်	

*မဖြစ်မနေဖြည့်စွက်ရမည်။

AEFI Investigation form (English Version)

AEFI FOLLOWING COVID 19 VACCINATION - INVESTIGATION FORM
(Only for Serious Adverse Events Following Immunization -
Death/Disability/Hospitalization/Cluster)

Section A		Basic details			
Province/State: _____		District: _____			
Place of vaccination (<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> Govt. health facility <input type="checkbox"/> Private health facility <input type="checkbox"/> Other (specify) _____		Case ID: _____			
Vaccination in (<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> Campaign <input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> Other (specify) _____					
Address of vaccination site: _____					
Name of Reporting Officer: _____		Date of investigation: ____ / ____ / ____			
		Date of filling this form: ____ / ____ / ____			
Designation / Position: _____		This report is: <input type="checkbox"/> First <input type="checkbox"/> Interim <input type="checkbox"/> Final			
Telephone # (landline /with code): _____		Mobile: _____ e-mail: _____			
Patient Name: _____		Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Use a separate form for each case in a cluster!					
Date of birth IDD/MM/YYYY: ____ / ____ / ____					
OR Age at onset: ____ years ____ months ____ days					
OR Age group: <input type="checkbox"/> <1 year <input type="checkbox"/> 1-5 years <input type="checkbox"/> >5 years-18 years <input type="checkbox"/> >18 years-60 years <input type="checkbox"/> >60 years					
Patient's full address with landmarks (Street name, house number, locality, phone number etc.): _____					
Brand name of vaccines (including manufacturer) /diluent received by patient	Date of vaccination	Time of vaccination	"Dose (eg. 1st, 2nd, etc.)"	Batch/Lot number	Expiry date
				Vaccine	Vaccine
				Diluent	Diluent
				Vaccine	Vaccine
				Diluent	Diluent
				Vaccine	Vaccine
				Diluent	Diluent
				Vaccine	Vaccine
				Diluent	Diluent
				Vaccine	Vaccine
				Diluent	Diluent
Type of site (<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> Fixed <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Outreach <input type="checkbox"/> Other _____					
Date of first/last vaccine IDD/MM/YYYY: ____ / ____ / ____ Time of first symptom (hh:mm): ____ / ____					
Date of hospitalization IDD/MM/YYYY: ____ / ____ / ____					
Date first reported to the health authority IDD/MM/YYYY: ____ / ____ / ____					
Status on the date of investigation (<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> Died <input type="checkbox"/> Disabled <input type="checkbox"/> Recovering <input type="checkbox"/> Recovered completely <input type="checkbox"/> Unknown					
If died, date and time of death IDD/MM/YYYY: ____ / ____ / ____ (hh:mm): ____ / ____					
Autopsy done? (<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> Yes (date) _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Planned on (date) _____ <input type="checkbox"/> Time _____					
Attach report (if available) _____					
Section B					
Relevant patient information prior to immunization					
Criteria	Finding			Remarks (If yes provide details)	
Past history of similar event?	Yes / No / Unknown				
Adverse event after any previous vaccination(s)?	Yes / No / Unknown				
History of allergy to vaccine, drug or food?	Yes / No / Unknown				
Pre-existing comorbidity/ congenital disorder?	Yes / No / Unknown				
Pre-existing acute illness (30 days) prior to vaccination?	Yes / No / Unknown				
Has the patient tested Covid19 positive prior to vaccination?	Yes / No / Unknown				
History of hospitalization in last 30 days, with cause?	Yes / No / Unknown				
"Was the patient receiving any concomitant medication? (If yes, name the drug, indication, doses & treatment details)"	Yes / No / Unknown				
Family history of any disease (relevant to AEFI) or allergy?	Yes / No / Unknown				
For adult women: Currently pregnant? Yes / (weeks) _____ / No / Unknown					
Currently breastfeeding? Yes / No _____					
Name Case ID Number. AEFI Investigation Page 2/5					
For Infants					
The birth was	<input type="checkbox"/> full-term <input type="checkbox"/> pre-term <input type="checkbox"/> post-term <input type="checkbox"/> Birth weight: _____				
Delivery procedure was	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Caesarean <input type="checkbox"/> Assisted (forceps, vacuum etc.) <input type="checkbox"/> with complication (specify) _____				

Section C		Details of first examination** of serious AEFI case					
Source of information (✓ all that apply):		<input type="checkbox"/> Examination by the investigator	<input type="checkbox"/> Documents	<input type="checkbox"/> Verbal autopsy			
		<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> If from verbal autopsy, please mention source _____				
Name of the person who first examined/treated the patient: _____							
Name of other persons treating the patient: _____							
Other sources who provided information (specify): _____							
Signs and symptoms in chronological order from the time of vaccination: _____ _____							
*Name and contact information of person completing these clinical details:			Designation:			Date/time	
<p>**Instructions – Attach copies of ALL available documents (including case sheet, discharge summary, case notes, laboratory reports and autopsy reports, prescriptions for concomitant medication) and then complete additional information NOT AVAILABLE in existing documents, i.e.</p> <ul style="list-style-type: none"> If patient has received medical care - attach copies of all available documents (including case sheet, discharge summary, laboratory reports and autopsy reports, if available) and write only the information that is not available in the attached documents below If patient has not received medical care – obtain history, examine the patient and write down your findings below (add additional sheets if necessary!) 							
Provisional / Final diagnosis: _____							
Section D Details of vaccines provided at the site linked to AEFI on the corresponding day							
Name		Case ID Number			AEFI Investigation Page 3/5		
"Number immunized for each antigen at session site. Attach record if available."	"Vaccine name"						
	"Number of doses"						
(a) When was the patient immunized? (✓ the <input type="checkbox"/> below and respond to ALL questions)							
<input type="radio"/> Within the first vaccinations of the session <input type="radio"/> Within the last vaccinations of the session <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> In case of multiple vials, was the vaccine given <input type="radio"/> within the first few doses of the vial administered? <input type="radio"/> within the <input type="radio"/> last doses of the vial administered? <input type="radio"/> unknown?							
(b) Was there an error in prescribing or non-adherence to recommendations for use of this vaccine?"						Yes* / No	
(c) Based on your investigation, do you feel that the vaccine (ingredients) administered could have been unsterile?"						Yes* / No / Unable to ascertain <small>AS2002</small>	
(d) Based on your investigation, do you feel that the vaccine's physical condition (e.g. colour, turbidity, foreign substances etc.) was abnormal at the time of administration?						Yes* / No / Unable to ascertain <small>AS2002</small>	
(e) Based on your investigation, do you feel that there was an error in vaccine reconstitution/preparation by the vaccinator (e.g. wrong product, wrong diluent, improper mixing, improper syringe filling etc.)?"						Yes* / No / Unable to ascertain <small>AS2002</small>	
(f) Based on your investigation, do you feel that there was an error in vaccine handling (e.g. break in cold chain during transport, storage and/or immunisation session etc.)?"						Yes* / No / Unable to ascertain <small>AS2002</small>	
(g) Based on your investigation, do you feel that the vaccine was administered incorrectly (e.g.wrong dose, site or route of administration, wrong needle size, not following good injection practice etc.)?"						Yes* / No / Unable to ascertain <small>AS2002</small>	
(h) Number immunized from the concerned vaccine vial/ampoule							
(i) Number immunized with the concerned vaccine in the same session							
(j) Number immunized with the concerned vaccine having the same batch number in other locations. Specify locations: _____							
(k) Could the vaccine given to this patient have a quality defect or is substandard or falsified?						Yes* / No / Unable to ascertain <small>AS2002</small>	
(l) Could this event be a stress response related to immunization (e.g. acute stress response, vasovagal reaction, hyperventilation, dissociative neurological symptom reaction etc.)?						Yes* / No / Unable to ascertain <small>AS2002</small>	
(m) Is this case a part of a cluster?						Yes* / No / Unkn	
(n) If yes, how many other cases have been detected in the cluster?							
a. Did all the cases in the cluster receive vaccine from the same vial?							
b. If no, number of vials used in the cluster (enter details separately)							
						Yes* / No / Unkn	

*It is compulsory for you to provide explanations for these answers separately.

Section E		Immunisation practices at the place(s) where concerned vaccine was used (Complete this section by asking and/or observing practice)		
Syringes and needles used:				
• Are AD syringes used for immunization?				Yes / No / Unkn
If no, specify the type of syringes used:		<input type="checkbox"/> Glass	<input type="checkbox"/> Disposable	<input type="checkbox"/> Recycled disposable
<input type="checkbox"/> Other				
Specific key findings/additional observations and comments:				
Reconstitution: (complete only if applicable, ✓ NA if not applicable)				
• Reconstitution procedure (✓)				
Same reconstitution syringe used for multiple vials of same vaccine?		Yes	No	NA
Same reconstitution syringe used for reconstituting different vaccines?		Yes	No	NA
Separate reconstitution syringe for each vaccine vial?		Yes	No	NA
Separate reconstitution syringe for each vaccination?		Yes	No	NA
Are the vaccines and diluents used the same as those recommended by the manufacturer?		Yes	No	NA
Specific key findings/additional observations and comments:				
Name		Case ID Number		AEPI Investigation Page 4/5
Injection technique in vaccinators: (Observe another session in the same locality – same or different place)				
• Correct dose and route?		Yes / No		
• Time of reconstitution mentioned on the vial? (in case of freeze dried vaccines)		Yes / No		
• Non-touch technique followed?		Yes / No		
• Contraindications screened prior to vaccination?		Yes / No		
• How many AEPI were reported from the centre that distributed the vaccine in the last 30 days?		Yes / No		
• Training received by the vaccinator? If Yes, specify the date of last training _____		Yes / No		
Specific key findings/additional observations and comments:				

Section F		Cold chain and transport (Complete this section by asking and/or observing practice)	
Last vaccine storage point:			
• Is the temperature of the vaccine storage refrigerator monitored?			
• If "yes", was there any deviation outside of 2-8° C after the vaccine was placed inside?			
• If "yes", provide details of monitoring separately.			
• Was the correct procedure for storing vaccines, diluents and syringes followed?			
• Was any other item (other than EPI vaccines and diluents) in the refrigerator or freezer?			
• Were any partially used reconstituted vaccines in the refrigerator?			
• Were any unusable vaccines (expired, no label, VVM at stages 3 or 4, frozen) in the refrigerator?			
• Were any unusable diluents (expired, manufacturer not matched, cracked, dirty ampoule) in the store?			
Specific key findings/additional observations and comments:			

Section G		Community investigation (Please visit locality and interview parents/others)	
Were any similar events reported within a time period similar to when the adverse event occurred and in the same locality?			
Yes / No / Unknown If yes, describe:			
If yes, how many events/episodes?			
Of those affected, how many are			
• Vaccinated: _____			
• Not vaccinated: _____			
• Unknown: _____			
Other comments:			

Section H		Other findings/observations/comments	
Name		Case ID Number	
		AEPI Investigation Page 5/5	