

แบบสำรวจการมีภูมิคุ้มกันและสุขภาพสำหรับบุคลากรภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ชื่อ-นามสกุล วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปี

- ตำแหน่ง นิสิต นักศึกษาแพทย์ ปีที่..... แพทย์ใช้ทุนปีที่.....
- แพทย์ประจำบ้าน ปีที่..... แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาวิชา.....
- อื่นๆ ระบุ.....

สถาบันต้นสังกัดสาขาวิชาที่มา electiveช่วงเวลาที่มา elective.....

ประวัติการตรวจและการได้รับภูมิคุ้มกัน

	เคยเป็น	เดือน ปี ที่ฉีดวัคซีน			เคยตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (ระบุ มี/ไม่มีภูมิ และค่า Ab titer)
	(หลักฐานใบรับรองแพทย์หรือหลักฐานทางการแพทย์)	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	
1. สุกใส (varicella zoster)					
2. หัด (measles)					
3. หัดเยอรมัน (rubella)					
4. ไวรัสตับอักเสบบี					<input type="checkbox"/> Anti-HBs.....IU/ml <input type="checkbox"/> HBsAg positive
5. วัคซีน Tdap (บาดทะยัก คอตีบ ไอกรน) <input type="checkbox"/> เคยฉีด ระบุ เดือน ปี ที่ฉีดวัคซีนครั้งสุดท้าย					
<input type="checkbox"/> ไม่เคยฉีด					
6. วัคซีนไขหวัดใหญ่ประจำปี <input type="checkbox"/> เคยฉีด ระบุ เดือน ปี ที่ฉีดวัคซีนครั้งสุดท้าย					
<input type="checkbox"/> ไม่เคยฉีด					
7. ผลตรวจ CXR ภายใน 6 เดือน (กรุณาแนบผลอ่านมากับแบบฟอร์มนี้)					

ลงชื่อ..... วันที่

เกณฑ์ที่ยอมรับได้

1. สุกใส (varicella zoster) ได้รับ varicella 2 ครั้ง หรือ ตรวจเลือดพบภูมิคุ้มกัน หรือ มีหลักฐานว่าเคยเป็นมาก่อน
2. หัด (measles) , หัดเยอรมัน (rubella) ได้รับ MMR 2 ครั้ง หรือ ตรวจเลือดพบภูมิคุ้มกัน หรือ มีหลักฐานว่าเคยเป็นมาก่อน
3. ตับอักเสบบี ได้รับวัคซีน 3 ครั้ง หรือ ตรวจพบว่ามี Anti-HBs ≥ 10 IU/ml หรือ มีหลักฐานว่าติดเชื้ออยู่ก่อน
4. วัคซีน Tdap (บาดทะยัก คอตีบ ไอกรณ) ภายใน 10 ปี
5. ไขหวัดใหญ่ (Influenzae) ได้รับวัคซีนภายในระยะเวลา 1 ปี
6. ผล chest x-ray ปกติ ภายใน 6 เดือน

หมายเหตุ

1. กรุณาส่งแบบสอบถามกลับคืนที่ คุณอมรรัตน์ แก้วโกมล พร้อมทั้งระบุวันที่ ก่อนเริ่มปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 เดือน
มาที่ E-Mail : suganda2513@gmail.com หรือส่ง Fax ที่เบอร์ 02-201-1850 หากมีข้อสงสัยสามารถโทรสอบถาม
ที่เบอร์ 02-201-1498
2. กรณีนักศึกษาใหม่เพื่อศึกษาในหลักสูตรใดหลักสูตรหนึ่งของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แก่
แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด พยาบาลหลักสูตรวุฒิบัตร แขนงรายละเอียดเพิ่มเติมดังนี้ CBC , UA , สารเสฟติดใน
ปัสสาวะ และ visual acuity รวมการตรวจ color vision

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ไม่สามารถรับเข้าฝึกอบรมกรณีไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด