

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข  
เรื่อง ท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย  
กรณีโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus disease - EVD)  
พ.ศ. ๒๕๖๙

ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus disease - EVD) ซึ่งเป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ได้แพร่อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ซึ่งมีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก โดยเมื่อวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๙ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าพบการระบาดของโรคดังกล่าวที่สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (Democratic Republic of the Congo) และสาธารณรัฐยูกันดา (Republic of Uganda) จึงได้ประกาศให้การระบาดของโรคดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern (PHEIC)) อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดต่อของโรคดังกล่าวที่มากับผู้เดินทางจากนอกราชอาณาจักร ดังนั้น เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคที่อาจจะเข้ามาภายในราชอาณาจักร และเพื่อให้การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการด้านวิชาการจึงเห็นสมควรประกาศกำหนดให้ท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus disease - EVD) เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งหากสภากรรมการของโรคดังกล่าวสงบลงหรือมีเหตุอันสมควรจะได้มีการประกาศยกเลิกเขตติดโรคติดต่ออันตรายต่อไป

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ วรรคหนึ่ง ประกอบกับมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการด้านวิชาการจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus disease - EVD) พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ท้องที่นอกราชอาณาจักรดังต่อไปนี้ เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus disease - EVD)

(๑) สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (Democratic Republic of the Congo)

(๒) สาธารณรัฐยูกันดา (Republic of Uganda)

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

ทรงศักดิ์ ทองศรี

รองนายกรัฐมนตรี รักษาการแทน

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



กรมควบคุมโรค  
กองกฎหมาย

## สรุปข้อกำหนดที่สำคัญตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กรณีโรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบลา (Ebola virus disease - EVD)

### ประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย พ.ศ. 2559

<b>ฐานอำนาจ</b>	มาตรา 6 เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศกำหนด ดังต่อไปนี้ (1) ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (2) ช่องทางเข้าออกแห่งใดในราชอาณาจักรให้เป็นด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและยกเลิกด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ (3) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
<b>ชื่อโรค</b>	โรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบลา (Ebola virus disease - EVD) (โรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 9)
<b>อาการสำคัญของโรค</b>	มีอาการไข้ อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ และเจ็บคอ ตามมาด้วยการอาเจียน ท้องเสีย และมีผื่นขึ้น บางรายจะมีเลือดออกทั้งในอวัยวะภายในและภายนอก ในรายที่มีอาการรุนแรงจะพบว่ามีตับวายหรือไตวาย และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ส่วนใหญ่มักมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยหรือตายด้วยโรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบลา (Ebola virus disease - EVD)
<b>วันที่มีผลใช้บังคับ</b>	ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2559 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 4 มิถุนายน 2559

#### 2. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย กรณีโรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบลา (Ebola virus disease - EVD) พ.ศ. 2569

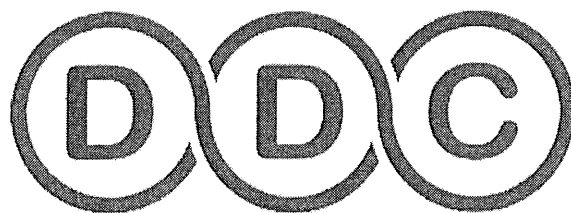
<b>ฐานอำนาจ</b>	มาตรา 8 เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาดที่อาจจะเข้ามาภายในราชอาณาจักร ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการด้านวิชาการมีอำนาจประกาศให้ท้องที่หรือเมืองท่าใดนอกราชอาณาจักรเป็นเขตติดโรค และยกเลิกประกาศเมื่อสภาวะการณ์ของโรคนั้นสงบลงหรือกรณีมีเหตุอันสมควร
<b>ท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรค</b>	(1) สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (Democratic Republic of the Congo) (2) สาธารณรัฐยูกันดา (Republic of Uganda)
<b>วันที่มีผลใช้บังคับ</b>	ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2569 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม 2569

จัดทำโดย กองกฎหมาย กรมควบคุมโรค

ข้อมูล ณ วันที่ 20 พฤษภาคม 2569

ผลที่ตามมาจากการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาเป็นโรคติดต่ออันตราย 11  
และการประกาศท้องที่นอกราชอาณาจักรให้เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย  
กรณีโรคเชื้อไวรัสโคโรนา ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

คกก. โรคติดต่อแห่งชาติ	กำหนดนโยบาย ระบบ และแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง/ป้องกัน/ควบคุมโรค เพื่อให้หน่วยงานของรัฐ/คกก. โรคติดต่อจังหวัด/กทม. ดำเนินการ (มาตรา 14)
คกก. โรคติดต่อจังหวัด/กทม.	ดำเนินการตามนโยบาย ระบบ และแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง/ ป้องกัน/ควบคุมโรค ในพื้นที่ (มาตรา 22, 28)
คทง.ประจำช่องทางเข้าออก	จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง/ป้องกัน/ควบคุมโรค และแผนเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (มาตรา 24)
หน่วย CDCU	ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง/สอบสวนโรค/ป้องกัน/ควบคุมโรคในพื้นที่ (มาตรา 36)
ผู้ว่าราชการจังหวัด/กทม.	กรณีที่มีเหตุจำเป็นเร่งด่วน โดยความเห็นชอบของคกก. โรคติดต่อจังหวัด/กทม. มีอำนาจสั่งปิดสถานที่ สั่งห้ามผู้ที่เป็น/สงสัยว่าเป็นโรคเข้าไปในสถานที่ และสั่งให้ผู้ที่เป็น/สงสัยว่าเป็นโรคหยุดประกอบอาชีพเป็นการชั่วคราว (มาตรา 35)
จพต. ในพื้นที่	<ul style="list-style-type: none"> <li>รับแจ้ง กรณีการพบผู้ที่เป็น/สงสัยว่าเป็นโรค (มาตรา 31)</li> <li>สอบสวนโรค (ภายใน 12 ชั่วโมง นับแต่พบผู้เป็น/สงสัยว่าเป็นโรค) (มาตรา 34)</li> <li>ดำเนินการ/ออกคำสั่งตามสมควรแก่กรณี เช่น แยกกัก/กักกัน/คุมไว้สังเกต ผู้ที่เป็น/สงสัยว่าเป็นโรค ห้ามผู้ใดเข้าไปหรือออกจากที่เอกเทศ (มาตรา 34)</li> </ul>
จพต. ประจำด่านฯ	<ul style="list-style-type: none"> <li>ดำเนินการตามสมควรแก่กรณี เช่น ห้ามผู้ใดเข้าไป/ออกจากพาหนะที่ยังไม่ได้รับการตรวจจาก จพต. ประจำด่านฯ ตรวจผู้เดินทาง/สิ่งของ/สัตว์ที่มากับพาหนะ กำจัดสิ่งอันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (มาตรา 39)</li> <li>ดำเนินการหรือออกคำสั่งกับเจ้าของ/ผู้ควบคุมพาหนะ (ที่มาจากเขตติดโรค) ตามสมควรแก่กรณี เช่น กำจัดความติดโรค ให้ผู้เดินทางที่มากับพาหนะนั้นรับการตรวจในทางแพทย์/แยกกัก/กักกัน/คุมไว้สังเกต สั่งห้ามผู้ใดเข้าไปใน/ออกจากพาหนะ/ที่เอกเทศ (มาตรา 40)</li> <li>สั่งให้ผู้เดินทาง (ที่ไม่ได้มากับพาหนะที่มาจากเขตติดโรค) ที่เป็น/สงสัยว่าเป็นโรค ถูกแยกกัก/กักกัน/คุมไว้สังเกต (มาตรา 42)</li> </ul>
เจ้าของ/ผู้ควบคุมพาหนะ	ออกค่าใช้จ่ายในการขนส่งผู้เดินทางซึ่งมากับพาหนะนั้น เพื่อแยกกัก/กักกัน/คุมไว้สังเกต ค่าเลี้ยงดู/รักษาพยาบาล/ป้องกันและควบคุมโรค/ค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง (มาตรา 41)
ผู้เดินทาง	รับผิดชอบค่าใช้จ่ายจากการดำเนินการของ จพต. ประจำด่านฯ ที่ได้สั่งให้ผู้เดินทาง ถูกแยกกัก/กักกัน/คุมไว้สังเกต (มาตรา 42)
เจ้าบ้าน/ผู้ควบคุมดูแลบ้าน/แพทย์ผู้ทำการรักษาที่บ้าน/ผู้รับผิดชอบสถานพยาบาล/ผู้ทำการชันสูตร/ผู้รับผิดชอบสถานที่ที่มีการชันสูตร/เจ้าของหรือผู้ควบคุมสถานประกอบการ	แจ้งการพบผู้ที่เป็น/สงสัยว่าเป็นโรค ต่อ จพต. สังกัดกรมควบคุมโรค ส่วนกลาง/ในพื้นที่ ภายใน 3 ชั่วโมง นับแต่พบผู้ที่เป็น/สงสัยว่าเป็นโรค (มาตรา 31)

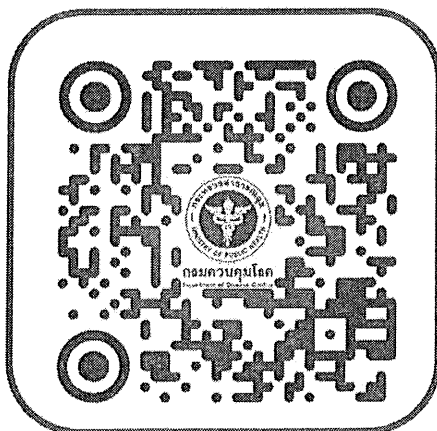


**กองกฎหมาย**  
**Division of Legal Affairs**

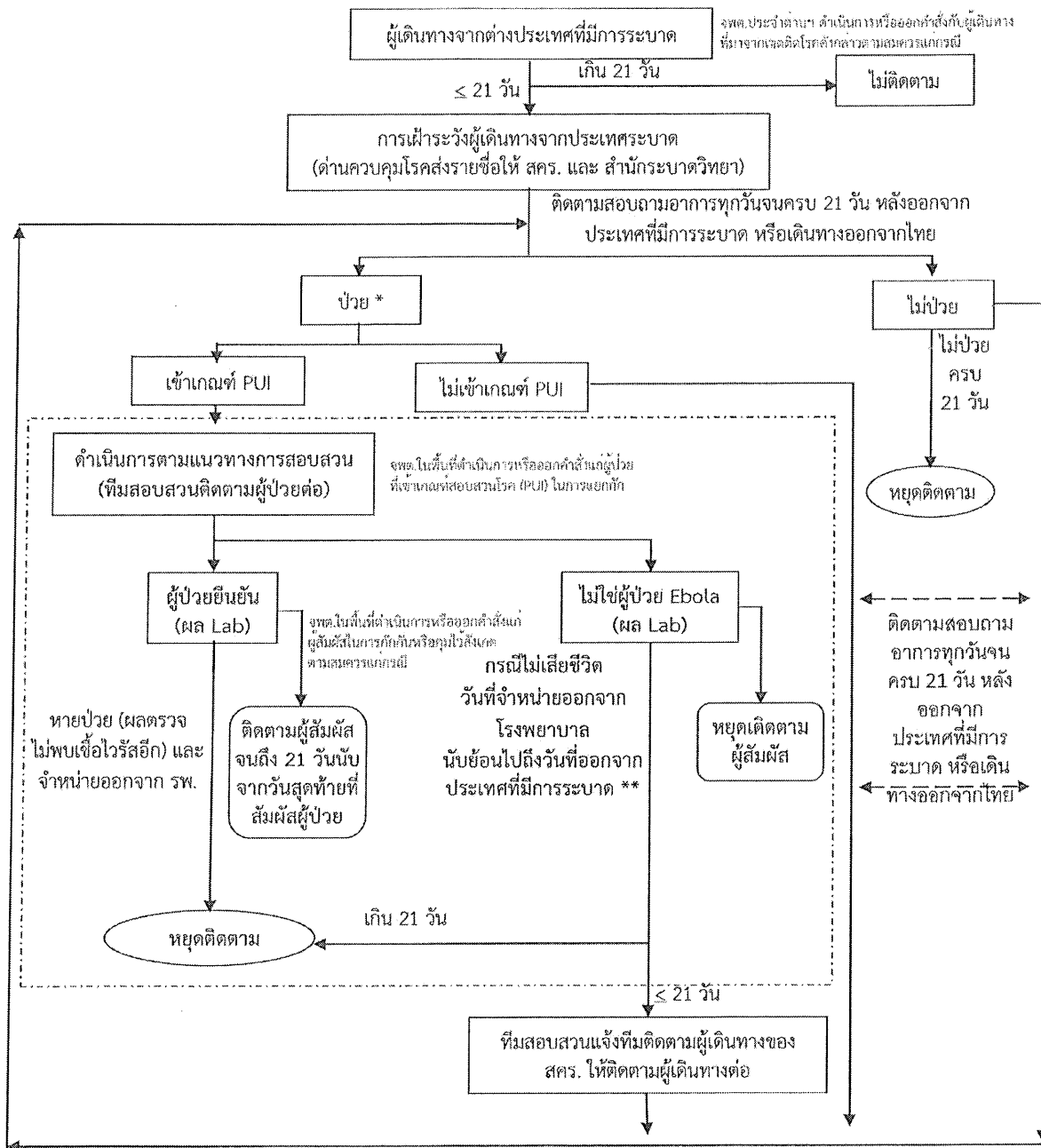
สืบค้นพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

ได้ที่เว็บไซต์กรมควบคุมโรค <https://ddc.moph.go.th/index.php>

หรือสแกน QR Code ด้านล่างนี้



แนวทางการติดตามผู้เดินทางจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า  
 แผนภูมิที่ 3.1 แนวทางการติดตามผู้เดินทางจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า



\* หากผู้เดินทางมีอาการป่วย ให้ทีมติดตามผู้เดินทางแจ้งสำนักกระบาดวิทยา เพื่อพิจารณาร่วมกันว่าเข้าเกณฑ์ PUI หรือไม่  
 \*\* ผู้เดินทางออกจากพื้นที่เสี่ยงยังไม่ครบ 21 วัน จึงยังมีความเสี่ยงที่จะอยู่ในระยะฟักตัวของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเพียงแต่การป่วยในครั้งนั้น (ที่การตรวจให้ผลลบ) ไม่ได้เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า  
 [ ] ดำเนินการโดยทีมสอบสวนโรค (ดูแนวทางการสอบสวน และติดตามผู้ป่วย ผู้สัมผัส)

1. ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศส่งรายชื่อ และข้อมูลผู้เดินทางจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดต่อไวรัสอีโบลามายังสำนักโรคระบาดวิทยา และสำนักงานควบคุมป้องกันโรค (สคร.) 1-12 ทุกวันภายใน 18:00 น. รายชื่อประเทศที่ต้องติดตามขณะนี้

2. สคร. ทำการติดตามผู้เดินทาง และเติมข้อมูลลงท้ายตาราง Excel (column highlight สีเหลือง) ผู้เดินทางเข้าชาย 21 วัน ส่งกลับมายังสำนักโรคระบาดวิทยาทุกวันภายในเวลา 16.00 น. ที่ E-mail address outbreak@health.moph.go.th เพื่อสรุปเข้า war room

2.1 การติดตาม ให้ดำเนินการทุกวันจนครบ 21 วันนับจากวันที่ออกจากพื้นที่เกิดโรคหรือ จนเดินทางออกนอกประเทศไทย

2.2 หากผู้เดินทางรายใด เดินทางออกจากพื้นที่ สคร. ของตนเอง และทราบที่อยู่ใหม่ ให้แจ้งกับ สำนักโรคระบาดวิทยา เพื่อประสานไปยัง สคร. ที่ผู้เดินทางย้ายที่ไป

2.3 หากผู้เดินทางรายใดมีอาการป่วย ให้แจ้ง SRRT ของ สคร. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักโรคระบาดวิทยาทันที

2.3.1 หากผู้เดินทางที่มีอาการป่วย เข้าได้กับเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) หรือ ผู้ป่วยสงสัย (suspected) ขึ้นไป ให้ทีมสอบสวนโรคดำเนินการสอบสวน และติดตามแทน จนกว่าผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- หากผลการตรวจเชื้อไวรัสอีโบล่าให้ผลลบ เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้ทีมสอบสวนโรคแจ้งกับ ทีมติดตามผู้เดินทาง (สคร.) ติดตามผู้เดินทางรายนี้ต่อจนกว่าจะครบ 21 วัน หลังออกจากพื้นที่เกิดโรคหรือจนเดินทางออกนอกประเทศ (ไปข้อ 3)

- หากผลการตรวจเชื้อไวรัสอีโบล่ายืนยันว่าเป็นผู้ป่วยยืนยันโรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า และได้รับการรักษาจนผลการตรวจสุดท้ายให้ผลลบต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถือว่าจบการติดตามผู้ป่วย (ผู้เดินทาง) แต่ยังคงติดตามผู้สัมผัสต่อไปจนครบ 21 วันหลังจากสัมผัสผู้ป่วยรายนี้ครั้งสุดท้าย

2.3.2 หากผู้เดินทางที่มีอาการป่วย ยังไม่เข้ากับเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) หรือ ผู้ป่วยสงสัย (suspected) ขึ้นไป ให้ทีมติดตามผู้เดินทางของ สคร. ติดตามตามปกติต่อไปจนครบ 21 วันนับจากวันที่ออกจากพื้นที่เกิดโรคหรือ จนเดินทางออกนอกประเทศไทย หรือจนหากเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) หรือ ผู้ป่วยสงสัย (suspected) ขึ้นไป ให้ทีมสอบสวนโรคดำเนินการสอบสวน และติดตาม ตามแนวทางของ PUI (ไปข้อ 2.3.1)

3. หากทีมติดตามผู้เดินทางของ สคร. ได้รับแจ้งกลับจากทีมสอบสวนโรคกรณีผู้เดินทางรายใดที่เข้าชาย PUI หรือ Suspected แต่ได้รับการตรวจยืนยันว่าไม่ใช่ผู้ป่วย Ebola (จากข้อ 2.3.1)

- ให้ดำเนินการติดตามต่อไปทุกวันจนครบ 21 วัน นับจากวันที่ออกจากพื้นที่เกิดโรคหรือ จนเดินทางออกนอกประเทศไทย
- หากมีอาการป่วยใดขึ้นมาอีก ภายใน 21 วัน นับจากวันที่ออกจากพื้นที่เกิดโรคให้ดำเนินการตามหัวข้อ 2.3 อีกครั้ง



โรค	อำเภอ/ศบส.	จังหวัด/กทม.	เขต	ส่วนกลาง	กำหนดเวลาทดสอบ (B=Best practice, L=Law)
ไข้เหลือง (Yellow fever)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	สอบสวนภายใน 12 ชั่วโมง หลังรับแจ้ง (ทุกระดับ, L)
โรคติดเชื้อไวรัสชิคาโก (Nipah virus disease)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ผู้ป่วยเข้าข่าย หรือ ยืนยัน	สอบสวนภายใน 12 ชั่วโมง หลังรับแจ้ง (ทุกระดับ, L)
โรคติดเชื้อ ไวรัสมาร์บวร์ก (Marburg virus disease)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	สอบสวนภายใน 12 ชั่วโมง หลังรับแจ้ง (ทุกระดับ, L)
ไข้ลาสซา (Lassa fever)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	สอบสวนภายใน 12 ชั่วโมง หลังรับแจ้ง (ทุกระดับ, L)
โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus disease; EVD)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	สอบสวนภายใน 12 ชั่วโมง หลังรับแจ้ง (ทุกระดับ, L)
โรคติดเชื้อไวรัสเฮนตรา (Hendra virus disease)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ผู้ป่วยเข้าข่าย หรือ ยืนยัน	สอบสวนภายใน 12 ชั่วโมง หลังรับแจ้ง (ทุกระดับ, L)
โรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome; SARS)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค (PU)	- ผู้ป่วยเข้าข่าย หรือ ยืนยัน	สอบสวนภายใน 12 ชั่วโมง หลังรับแจ้ง (ทุกระดับ, L)

# โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus disease: EVD)

ICD-10: A98.4

## 1. นิยามในการเฝ้าระวังโรค (Case definition for surveillance)

### 1.1 เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical criteria)

มีไข้สูงเฉียบพลัน อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และเจ็บคอ ตามด้วยอาการอาเจียน อุจจาระร่วง ถ่ายเหลว และมีผื่น ในกรณีอาการรุนแรง จะมีเลือดออกง่าย โดยเกิดทั้งเลือดออกภายในและภายนอกในร่างกาย มีภาวะตับถูกทำลาย และไตวาย

### 1.2 เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory criteria)

#### 1.2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป (Presumptive diagnosis)

ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ พบเม็ดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ ระดับเอนไซม์ Amylase, Alanine aminotransferase, Aspartate aminotransferase สูง และค่า Prothrombin time ร่วมกับ partial thromboplastin time มีค่ายาวนานขึ้น

#### 1.2.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ (Specific diagnosis)

- การตรวจหาเชื้อ/แอนติเจน/สารพันธุกรรมของเชื้อ (Pathogen identification)
  - วิธี Real-time reverse-transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR) จากตัวอย่างเลือด พบสารพันธุกรรมของเชื้อ Ebola virus
  - วิธีเพาะแยกเชื้อไวรัส (Viral isolation) หลังการติดเชื้อ 3-10 วัน พบเชื้อ Ebola virus (EV)
  - วิธี Immunohistochemistry (IHC) ในเนื้อเยื่อของผู้ป่วยเสียชีวิต พบเชื้อ Ebola virus (EV)
- การตรวจหาภูมิคุ้มกันของเชื้อ (Serology)
  - วิธี Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) จากตัวอย่างเลือด หลังจากติดเชื้อ 3-10 วัน พบภูมิคุ้มกัน (IgM) หรือหลัง 10 วัน หรือ ระยะฟื้นตัว พบภูมิคุ้มกัน (IgM/IgG)

## 2. ประเภทผู้ป่วย (Case classification)

2.1 ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation: PUI) หมายถึง ผู้ที่มีไข้ตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียสขึ้นไป และมีประวัติสัมผัสโรคในช่วง 21 วันก่อนเริ่มป่วย ข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- อาศัยอยู่ หรือ เดินทางมาจากประเทศที่เกิดโรค
- ดูแลใกล้ชิดและสัมผัสผู้ป่วยหรือศพของผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
- สัมผัสโดยตรงกับสัตว์จำพวกค้างคาว หนู ลิง สัตว์ป่าเท่ากับที่มาจากพื้นที่เกิดโรค

2.2 ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน (PUI) ที่มีอาการเลือดออกผิดปกติ มีอาการรุนแรงที่เกิดกับหลายระบบอวัยวะและทรุดลงอย่างรวดเร็ว (Severe and rapid progressive) รวมทั้งเสียชีวิตโดยที่มีอาการดังกล่าว โดยไม่ทราบสาเหตุอื่น ๆ ที่ชัดเจน

2.3 ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน (PUI) หรือ ผู้ป่วยสงสัยที่มีประวัติสัมผัสผู้ป่วย หรือศพ หรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่ยืนยันหรือจะเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า หรือผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุรายอื่น

2.4 ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน (PUI) หรือ ผู้ป่วยสงสัย และมีผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะข้อใดข้อหนึ่ง

### 3. การรายงานผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (Reporting criteria)

- เมื่อพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation: PUI) ให้รายงานแก่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด หรือกรมควบคุมโรค ภายใน 3 ชั่วโมง หากเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัดได้รับรายงานแล้ว ต้องแจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อของกรมควบคุมโรค ภายใน 1 ชั่วโมง
- ในกรณีพบผู้ป่วยยืนยัน ให้ประเทศสมาชิกรายงานไปยังองค์การอนามัยโลก (WHO) ทันที

### 4. การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Verification)

- ต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลพื้นที่การระบาดจากองค์การอนามัยโลก (WHO) หรือศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (CDC) หรือองค์การระหว่างประเทศ

### 5. การสอบสวนโรค (Epidemiological investigation)

5.1 การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย (Case investigation) กรณีพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation: PUI) ให้กรมควบคุมโรคร่วมกับเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อของจังหวัด และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ของอำเภอดำเนินการสอบสวนโรคภายใน 12 ชั่วโมงหลังจากพบผู้ป่วย และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ระบาด

5.2 การสอบสวนระบาด (Outbreak investigation) กรณีพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation: PUI) ตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป ที่มีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยัน หรือพบผู้ป่วยสงสัย/เข้าข่าย/ยืนยัน เพียง 1 ราย ให้กรมควบคุมโรคร่วมกับเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อของจังหวัด และหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ของอำเภอดำเนินการสอบสวนโรคภายใน 12 ชั่วโมงหลังจากพบผู้ป่วย และประสานคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเพื่อดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ระบาด

### 6. หมายเหตุ (Remarks)

- ระยะฟักตัว 2-21 วัน
- ในกรณีที่มีการระบาดในประเทศไทย นิยามผู้ป่วย PUI ไม่จำเป็นต้องมีประวัติเสี่ยง

### 7. เอกสารอ้างอิง (References)

7.1 World Health Organization. Ebola-virus-disease [Internet]. [cited 2019 Oct 3]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>

แบบสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก (Marburg virus)/  
โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus)

ความเป็นมา

วันที่รับแจ้ง..... เวลา ..... น. ได้รับแจ้งจาก .....

ผู้ให้ข้อมูล ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ชื่อผู้สอบสวน ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่สอบสวนโรค ..... เวลา ..... น. หมายเลขโทรศัพท์ .....

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) .....

เลขที่บัตรประชาชน ---- อายุ ..... ปี ..... เดือน เพศ  ชาย  หญิง

HN ..... AN ..... อาชีพ ..... ลักษณะงานที่ทำ .....

ศาสนา ..... สัญชาติ ..... หมายเลขโทรศัพท์ ..... อีเมล .....

ทราบว่า มีผู้ป่วยรายนี้จากแหล่งใด

ชาวสื่อ  การเสียชีวิต  ค้นหาผู้ป่วยในชุมชน  ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่ .....

ภูมิลำเนา เป็นที่เดียวกับที่อยู่ขณะป่วยหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ ระบุ .....

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน/ชุมชน .....

จังหวัด .....  ในเขตเทศบาลนคร  ในเขตเทศบาลเมือง

ในเขตเทศบาลตำบล  ในเขต อบต.

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) .....

2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยหรือไม่  ไม่มี  มี

วันที่เริ่มป่วย ..... เวลา ..... น.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิกาย ..... องศาเซลเซียส ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

หายใจ ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท

(ให้ระบุอาการและอาการแสดงในหน้าถัดไป)

## 2. อาการและอาการแสดง

มีอาการป่วยต่อไปนี้หรือไม่

อาการและอาการแสดง	วันที่ป่วย (เรียงตามลำดับอาการ)														ข้อสังเกตอื่นๆ	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
ไข้	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ปวดศีรษะ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
คลื่นไส้/อาเจียน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
เบื่ออาหาร	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ถ่ายเหลว	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
อ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ปวดท้อง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
กลับลำบาก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
หายใจลำบาก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
ตาแดง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
มีจุดแดงที่ผิวหนัง	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
อุจจาระมีเลือดปน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
อาเจียนมีเลือดปน	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
เลือดกำเดาไหล	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
เลือดออกตามเหงือก	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
อื่นๆ ระบุ .....																

### 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### 3.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

##### 3.1.1 การตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

วันที่ส่งตรวจ ..... Hct ..... % Platelet .....  $\times 10^3$  WBC .....  
 Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... % Eosinophil ..... % Monocyte ..... %  
 อื่น ๆ .....

##### 3.1.2 Liver function tests (LFTs)

วันที่เก็บตัวอย่าง ..... TB ..... DB ..... SGOT ..... SGPT ..... Alb .....

##### 3.1.3 Renal function test

วันที่เก็บตัวอย่าง ..... BUN ..... Cr ..... GFR .....

#### 3.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

ชนิดตัวอย่างที่ส่งตรวจ	วันที่เก็บตัวอย่าง	วันที่ส่งตรวจ	วิธีการตรวจ	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ

### 4. การรักษา

วันที่พบผู้ป่วย ..... เวลา ..... น. วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก .....

สถานที่เข้ารับการรักษารั้งแรก ..... จังหวัด .....

สถานที่เข้ารับการรักษาในปัจจุบัน ..... จังหวัด .....

ยาปฏิชีวนะที่ได้รับในการป่วยครั้งนี้

ไม่ได้  ได้ ..... วันที่ให้การรักษา .....

ไม่ได้  ได้ ..... วันที่ให้การรักษา .....

การรักษาอื่น ๆ .....

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน

ผลการรักษา  กำลังรักษา  หาย  เสียชีวิต  ส่งต่อ ระบุ .....

ถ้าเสียชีวิต มีการทำ Post-mortem skin biopsy  ไม่ทำ  ทำ ระบุผล .....

สรุปสถานะผู้ป่วย  ยืนยัน  เข้าข่าย  สงสัย  ไม่ใช่ผู้ป่วยใช้ทรัพย์สิน

มีผู้ป่วยรายอื่นที่อาศัยอยู่ในละแวกใกล้เคียงกับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่  ไม่มี  มี

พบผู้ป่วยรายใหม่ชื่อ ..... นามสกุล .....

การวินิจฉัย ..... วันที่จำหน่าย .....

### 5. ประวัติสัมผัสโรค ภายใน 21 วันก่อนมีอาการป่วย

#### 5.1 สัมผัสกับผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสซาร์บวร์ก ในครอบครัว

ไม่ใช่  ใช่ ระบุชื่อ ..... ความสัมพันธ์ .....

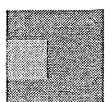
อธิบายการสัมผัส .....

- 5.2 สัมผัสบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก  
 ไม่ใช่  ใช่ ระบุชื่อ .....  
 สถานพยาบาลที่สัมผัส ..... จังหวัด ..... อำเภอ .....
- 5.3 มีประวัติเดินทางร่วมกับผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก  
 ไม่ใช่  ใช่ ระบุชื่อ .....  
 เส้นทางที่เดินทาง ..... วันที่เดินทาง .....
- 5.4 สัมผัสกับสัตว์ป่วยหรือตาย (โดยเฉพาะ ลิง แอนติโลปป่า (สัตว์กึ่งคู่อยู่ในวงศ์วัวและควาย) หนู และค้างคาว)  
 ไม่ใช่  ใช่  ไม่ทราบ  
 ชนิดสัตว์ที่สัมผัส .....  
 วันที่สัมผัส .....  
 ชนิดและระยะเวลาของการสัมผัส .....  
 สถานที่ที่สัมผัส (เช่น ตอนเดินทางไปแอฟริกา หรือขณะอยู่ในประเทศไทย) .....  
 ชื่อแพทย์ผู้รักษา/ชื่อโรงพยาบาล ..... วันที่ .....
- 5.5 มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก ในที่อื่น ๆ ระบุ .....
- 5.6 มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ  
 ไม่ใช่  ใช่  ไม่ทราบ  
 ประเทศ ..... เมือง .....  
 วันที่เดินทางไป ..... สายการบิน ..... เที่ยวบิน ..... เลขที่นั่ง .....  
 วันที่เดินทางกลับ ..... สายการบิน ..... เที่ยวบิน ..... เลขที่นั่ง .....

## 6. การค้นหาผู้สัมผัสโรค

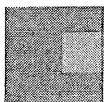
- 6.1 ผู้ที่อาศัยร่วมบ้านเดียวกัน ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก ภายในระยะเวลา 21 วัน  
 หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้  
 ไม่ใช่  ใช่  ไม่ทราบ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย
1				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
2				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
3				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
4				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....
5				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....



6.2 ผู้ที่อยู่บ้านติดกันหรืออยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/โรคติดเชื้อไวรัสซาร์บวร์ก ภายในระยะเวลา 21 วัน หลังวันเริ่มป่วย ของผู้ป่วยรายนี้  
 ไม่มี     มี

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	เพศ	อาการป่วย	ความสัมพันธ์
1				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....	
2				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....	
3				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....	
4				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....	
5				<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ ..... วันที่เริ่มป่วย .....	





ที่ ขย ๐๐๐๔ / ๖๕๓๖

สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัดชัยภูมิ  
ถนนองค์การบริหาร สาย ๒ ขย ๓๖๐๐๐

๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการปรับตัวต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจังหวัดชัยภูมิ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ครั้งที่ ๒/๒๕๖๔)

เรียน คณะทำงานขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการปรับตัวต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ  
สาขาการท่องเที่ยว (ตามบัญชีรายชื่อแนบท้าย)

อ้างถึง คำสั่งจังหวัดชัยภูมิ ที่ ๓๖๖๕/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายงานผลการดำเนินงานฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่จังหวัดชัยภูมิ ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการปรับตัวต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในระดับจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการปรับตัวต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของจังหวัดชัยภูมิ พร้อมทั้งรายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานตามแนวทางและมาตรการด้านการปรับตัวต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศต่อคณะกรรมการอำนวยการด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศระดับจังหวัด นั้น

เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัดชัยภูมิ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการฯ ผ่านไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Chaiyaphum@mots.go.th ภายในวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๔ โดยมี นางสาวสุมิตรา ไชยมิ่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๓ ๕๔๓ ๒๗๗๒ เป็นผู้ประสานงาน รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางบำเพ็ญพร สุริยมล)  
ท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มส่งเสริมและพัฒนาด้านการท่องเที่ยว

โทร ๐ ๔๔๘๑ ๑๒๑๘

โทรสาร ๐ ๔๔๘๑ ๑๒๑๘

**บัญชีรายชื่อแนบท้าย**

๑. นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ
๒. ผู้อำนวยการสำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ ๗ (นครราชสีมา)
๓. ประชาสัมพันธ์จังหวัดชัยภูมิ
๔. ผู้อำนวยการสำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดชัยภูมิ
๕. หัวหน้าสำนักงานจังหวัดชัยภูมิ
๖. ผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดชัยภูมิ
๗. ประธานสภาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวจังหวัดชัยภูมิ

รายงานผลการดำเนินงานตามแนวทาง/มาตรการตามแผนการปรับตัวต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจังหวัดชัยภูมิ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569  
สาขา.....

แนวทางที่.....

ลำดับ	แนวทาง/ มาตรการ	โครงการ/กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ภาพประกอบ (ถ้ามี)

หน่วยงาน.....

ผู้รายงาน.....ตำแหน่ง..... หมายเลขโทรศัพท์.....

