

ที่...../.....

เรียน อธิบดีกรมปศุสัตว์

เพื่อโปรดทราบ

รายงานภาวะการระบาดของโรค

อำเภอ..... จังหวัด.....

สัปดาห์ที่.....

ระหว่างวันที่ ๑ - ๗, ๘ - ๑๕, ๑๖ - ๒๒, ๒๓ - สิ้นเดือน เดือน..... พ.ศ.....

| ลำดับ ที่ | พื้นที่เกิดโรค | | | จำนวน สัตว์กลุ่ม เสี่ยงในฝูง | ชนิด สัตว์ | ว.ด.ป.ที่ สัตว์ตัว แรกป่วย | จำนวนสัตว์ | | | | | | วันที่สัตว์ตัว สุดท้ายป่วย | สถานะ | |
|--------------|-----------------------|---------|------|------------------------------------|---------------|----------------------------------|--------------------|------------------------|---------------------------------------|---------|-------------------------|-----------------|-------------------------------|-------|--------------------|
| | ชื่อฟาร์ม/ชื่อเจ้าของ | หมู่ที่ | ตำบล | | | | ป่วยแรก เกิดโรค | ป่วยใหม่ สัปดาห์นี้ | ตายแรกเกิด โรค/ตายใน สัปดาห์นี้ | หายป่วย | ป่วย ทั้งหมด สะสม | ป่วย คงเหลือ | | | ตายทั้งหมด สะสม |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

หมายเหตุ: สำรวจในพื้นที่รัศมี ๕ กิโลเมตร รอบจุดเกิดโรค และอาจขยายวงหากมีหลักฐานทางระบาดวิทยาที่เชื่อมโยงในพื้นที่

ป่วย = ป่วย + ตาย

สัดส่วนการป่วยคิดเป็นร้อยละ (สัตว์ป่วยสะสม)/สัตว์ทั้งหมด X ๑๐๐ =

สัดส่วนการตายคิดเป็นร้อยละ (สัตว์ตายสะสม/สัตว์ทั้งหมด) X ๑๐๐ =

สัตว์กลุ่มเสี่ยงในรัศมี ๕ กิโลเมตร รอบจุดเกิดโรค และอาจขยายวงหากมีหลักฐานทางระบาดวิทยาที่เชื่อมโยงในพื้นที่ จำนวน ตัว

แก้ไขเมื่อวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๕๙

การดำเนินการควบคุมโรคสะสม

- การเก็บตัวอย่างส่งห้องปฏิบัติการ จำนวน ตัวอย่าง
- ควบคุมการเคลื่อนย้าย จำนวน ครั้ง
- การทำลายเชื้อโรค จำนวน ครั้ง
- การประชาสัมพันธ์ จำนวน ครั้ง
- อื่นๆ

- ประกาศเขตโรคระบาดสัตว์ / เขตโรคระบาดสัตว์ชั่วคราว วันที่
- การทำลายสัตว์ จำนวน ตัว
- การสร้างภูมิคุ้มกันโรค จำนวน ตัว
- การรักษาสัตว์ป่วย จำนวน ตัว

ลงนาม ผู้รายงาน
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.