

ဝက်သက်ရောဂါ

ခေတ်ကြမ်းကြပ်ကြည့်ရှုခြင်း

နှင့်

ရောဂါကာကွယ်ထိန်းချုပ်ခြင်း

လွှတ်ငြိမ်းလမ်းညွှန်

Operational Manual on Case Based Measles Surveillance

ဗဟိုကူးစက်ရောဂါတိုက်ဖျက်ရေးဌာန

ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာန

ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာန



ဝက်သက်ရောဂါ

စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်း နှင့် ရောဂါကာကွယ်ထိန်းချုပ်ခြင်း

လှုပ်ငန်းလမ်းညွှန်

မာတိကာ

စဉ်	အကြောင်းအရာ	စာမျက်နှာ
၁။	နိဒါန်း	၁
၂။	ရည်ရွယ်ချက်	၁
၃။	ဝက်သက်ရောဂါ ကင်းစင်စေရေး နည်းဗျူဟာ	၂
၄။	ဝက်သက်ရောဂါ	၃
	၄-၁ ဝက်သက်ရောဂါကူးစက်ပြန့်ပွားပုံ	၃
	၄-၂ ဝက်သက်ရောဂါလက္ခဏာများ	၃
၅။	ဝက်သက်ရောဂါသံသယလူနာ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းလုပ်ငန်း	၄
	၅-၁ အဓိပ္ပါယ်ဖွင့်ဆိုချက်	၄
	၅-၂ ဝက်သက်ရောဂါ အဓိပ္ပါယ် သတ်မှတ်ချက်များ	၅
	၅-၃ ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာစောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းဆိုင်ရာ နည်းလမ်းများ	၅
	၅-၄ ဝက်သက်ရောဂါစောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းဖြင့် ရောဂါအမျိုးအစားသတ်မှတ်ခြင်း	၇
	၅-၅ သတင်းပေးပို့ခြင်း	၈
၆။	ဝက်သက်ရောဂါသံသယလူနာ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းလုပ်ငန်းတွင် ကျန်းမာရေးဌာန အသီးသီး အလိုက် ဆောင်ရွက်ရမည့် လုပ်ငန်းတာဝန်များ	၉
၇။	ဝက်သက်ရောဂါ လူနာထံမှ ဓါတ်ခွဲနမူနာများယူရန် လမ်းညွှန်ချက်	၁၀
	၇-၁ ဝက်သက်ရောဂါအတွက် သွေးရည်ကြည်ဓါတ်ခွဲနမူနာယူခြင်း	၁၀
	၇-၂ အထူးလိုအပ်ချက်အရ ဝက်သက်ဗိုင်းရပ်စ်ရောဂါပိုးမွှေးမြူရန် ဓါတ်ခွဲနမူနာယူခြင်း	၁၁
	၇-၂-၁ လည်ချောင်းတို့ပတ် ဓါတ်ခွဲနမူနာယူခြင်း	၁၁
	၇-၂-၂ ဆီးနမူနာယူခြင်း	၁၁
	၇-၃ ဝက်သက်ဓါတ်ခွဲနမူနာများ အားလုံးအတွက် လိုက်နာဆောင်ရွက်ရမည့်အချက်များ	၁၂
၈။	ဝက်သက်ရောဂါကို ကုသမှုပေးခြင်း	၁၃
၉။	ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားခြင်း (Outbreak)	၁၄
	၉-၁ ဝက်သက်ရောဂါကပ်အသွင် (သံသယ) ဖြစ်ပွားခြင်း (Suspected Measles Outbreak)	၁၄
	၉-၂ အတည်ပြုဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားခြင်း (Confirmed Measles Outbreak)	၁၄
၁၀။	ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားခြင်းအတွက်တုံ့ပြန်ဆောင်ရွက်ခြင်း (Response to Measles Outbreak)	၁၅

၁၀-၁	ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားခြင်းအတွက် အခြေခံကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ ဆောင်ရွက်ရမည့် လုပ်ငန်းများ	၁၅
၁၀-၂	မြို့နယ်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနများမှ ဆောင်ရွက်ရမည့် တုန့်ပြန်ဝက်သက်ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံမှု လုပ်ငန်း	၁၅
၁၀-၂ (က)	တုန့်ပြန်ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း ဆောင်ရွက်နိုင်ရန် နည်းလမ်းရွေးချယ်ရမည့် လုပ်ငန်းစဉ်များ (Selective Vaccination Activities)	၁၆
၁၀-၂ (ခ)	ပုံမှန်ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်းအား အားဖြည့်ဆောင်ရွက်သည့် တုန့်ပြန်ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း (Reinforcement of routine Vaccination)	၁၆
၁၀-၃	ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားခြင်းအတွက် သံသယလူနာရှာဖွေခြင်းတွင် ကြီးကြပ်သူ၏ လုပ်ငန်းများ	၁၇
၁၀-၄	ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားခြင်း မှတစ်ဆင့် ဝက်သက်ရောဂါ ကူးစက်ပျံ့နှံ့မှုမရှိစေရန် လူနာ နှင့် အနီးကပ်ထိတွေ့သူများအား ကုသမှုပေးခြင်း	၁၈
၁၀-၅	ဝက်သက်ရောဂါကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားရာတွင် ဖြစ်ပွား သေဆုံးနိုင်ခြေအား ဆန်းစစ်ခြင်း	၁၈
၁၀-၆	ဝက်သက်ရောဂါကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားမှုမှ ထပ်ဆင့် ကူးစက်နိုင်ခြေရှိသော အန္တရာယ်ရှိသည့် အချက်အလက်များ (Risk Factors)	၁၉
၁၁။	ဝက်သက်ရောဂါ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုမှု အညွှန်းကိန်းများ (Measles Surveillance Performance Indicators) . . .	၂၀
၁၂။	ပုံစံများ	၂၁

၁။ နိဒါန်း

ကမ္ဘာပေါ်တွင် ကာကွယ်ဆေးထိုး/ဆေးတိုက်ခြင်းဖြင့် ကာကွယ်၍ရသော ရောဂါများအနက် ဝက်သက်ရောဂါလည်း ပါဝင်ပါသည်။ ကာကွယ်ဆေးဖြင့် တားဆီး၍ရသော ရောဂါများစောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်း လုပ်ငန်းကို ပိုလီယိုရောဂါ၊ မွေးကင်းစ မေးခိုင်ရောဂါနှင့် ဝက်သက်ရောဂါများအပေါ် အရှိန်အဟုန်မြှင့်၍ ဆောင်ရွက်ခဲ့ပါသည်။ ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့၏ ရည်မှန်းချက်အရ ကမ္ဘာ့တဝှမ်းလုံးတွင် ၂၀၁၀ခုနှစ်၌ ဝက်သက်ရောဂါဖြင့် သေဆုံးမှုနှုန်းကို (၉၀)ရာခိုင်နှုန်း လျော့ချရန် ၂၀၀၅ခုနှစ်၌ ကျင်းပသော ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးညီလာခံ Global Immunization Vision and Strategies (GIVS) ဖြင့် ဆုံးဖြတ်ချက် ချမှတ်ခဲ့ပြီး အရှေ့တောင်အာရှ နိုင်ငံများဆိုင်ရာ ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့မှလည်း ၂၀၀၇ခုနှစ်တွင် ဒေသအတွင်း ဝက်သက်ရောဂါကြောင့် သေဆုံးမှုနှုန်းအား ၂၀၀၀ခုနှစ်အတွင်း သေဆုံးမှု၏ (၉၀)ရာခိုင်နှုန်းအထိ လျော့ချရန် ဆုံးဖြတ်ခဲ့ပြီးဖြစ်ပါသည်။

မြန်မာနိုင်ငံအနေဖြင့် အဆိုပါရည်မှန်းချက်များ ပေါက်ရောက် အောင်မြင်စေရန်အတွက် ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနအနေဖြင့် ပုံမှန်ဝက်သက်ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်းများ ဆောင်ရွက်လျက်ရှိသည့်အပြင် ဝက်သက်ရောဂါ ကာကွယ်နှိမ်နင်းရေး စုစည်း မဟာဗျူဟာများ အကောင်အထည်ဖော်ရေးစီမံချက် (၂၀၀၇) ဖြင့် ကလေးများအား ဝက်သက်ကာကွယ်ဆေးအပိုဆောင်း ထိုးနှံပေးခြင်းများကို ဆောင်ရွက်ခဲ့ပြီးဖြစ်ပါသည်။

ထို့အပြင် ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားမှုအပေါ် စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းလုပ်ငန်းများကို ဆောင်ရွက်ခဲ့ရာ ယခင်က နေရာဒေသတစ်ခုတွင် ဝက်သက်ရောဂါ ဖြစ်ပွားသူ (၅)ဦးအထက် ရှိမှသာ ကပ်ရောဂါအသွင် ဖြစ်ပွားခြင်းဟု သတ်မှတ်၍ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းလုပ်ငန်းများကို ကွင်းဆင်း ဆောင်ရွက်ခဲ့ပါသည်။ ယခုအခါတွင် ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားမှု ကင်းစင်ရေး (Elimination Goal) ရောက်ရှိစေရန်မှာ ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာတစ်ဦး တွေ့ရှိပါက ဝက်သက်ရောဂါ ဖြစ်ပွားသူများကို တစ်ဦးချင်းအလိုက် စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းလုပ်ငန်းအား အရှိန်တိုးမြှင့် ဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်လာပြီဖြစ်သဖြင့် ယခုလမ်းညွှန်ချက် အတိုင်းဆောင်ရွက်ရန် ဖြစ်ပါသည်။

၂။ ရည်ရွယ်ချက်

- (၁) ဝက်သက်ရောဂါ တစ်ဦးချင်းဖြစ်ပွားမှုအား စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းနှင့် ရောဂါထိန်းချုပ်ခြင်း၊ ကုသကာကွယ်နှိမ်နင်းရေးလုပ်ငန်းများ ထိရောက်စွာ ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်
- (၂) ဝက်သက်ရောဂါ လျော့နည်းကင်းစင်ရေး (Elimination) ရည်မှန်းချက် ရရှိအောင်မြင်အောင် ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်

၃။ ဝက်သက်ရောဂါ ကင်းစင်စေရေး နည်းဗျူဟာ

၂၀၀၃ခုနှစ်တွင်ကျင်းပသော ကမ္ဘာ့ကျန်းမာရေးအဖွဲ့ကြီး၏ (၅၆) ကြိမ်မြောက်ညီလာခံမှ ဝက်သက်ရောဂါ ကင်းစင်ရေးအတွက် နည်းဗျူဟာများကို အောက်ပါအတိုင်း ချမှတ်ခဲ့ပါသည်။

- (၁) ကလေးငယ်တိုင်းအား အသက် (၉)လ အရွယ်/(၉)လ ပြည့်ပြီးလျှင်ပြီးချင်း ဝက်သက်ကာကွယ်ဆေး ထိုးနှံပေးရန်
- (၂) အသက် (၉)လမှ (၁၅)နှစ်အောက် ကလေးတိုင်းအား ဝက်သက်ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်းကို ဒုတိယအကြိမ် အခွင့်အလမ်းပေးရန်
- (၃) ပြည့်စုံကောင်းမွန်သော ဝက်သက်ရောဂါ တစ်ဦးချင်းစောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်း လုပ်ငန်း (Cased Based Measles Surveillance) ဖြင့် ဆောင်ရွက်ရန်
- (၄) ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်သည့်ကလေးများတွင် နောက်ဆက်တွဲ ရရှိနိုင်သော ရောဂါများကို Vitamin A တိုက်ကျွေးပေးခြင်းနှင့်အတူ ထိရောက်သော ကုသမှုပေးရန်

မြန်မာနိုင်ငံတွင် ဝက်သက်ရောဂါ ဖြစ်ပွား/သေဆုံးမှု လျော့နည်းစေရေးအတွက် ဆောင်ရွက်လျက်ရှိသော နည်းဗျူဟာများမှာ အောက်ပါအတိုင်း ဖြစ်ပါသည်။

- (၁) အသက်(၉)လ အရွယ်ရှိ ကလေးငယ်တိုင်းအား ဝက်သက်ကာကွယ်ဆေး ပထမအကြိမ် ထိုးနှံပေးရန်
- (၂) အသက် (၁၈)လမှ (၂၄)လအရွယ်ရှိ ကလေးများအား ဒုတိယအကြိမ် ဝက်သက်ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်း ဆောင်ရွက်ပေးရန်
- (၃) ဝက်သက်ရောဂါ စောင့်ကြပ်ထောက်လှမ်းကြည့်ရှုခြင်းလုပ်ငန်းကို လတ်တလောပျော့ခွေ အကြောသေရောဂါနှင့် မွေးကင်းစ မေးခိုင်ရောဂါ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းတို့နှင့်အတူ ပူးတွဲဆောင်ရွက်ရန်
- (၄) ဝက်သက်ရောဂါ၏ နောက်ဆက်တွဲရောဂါ ဆိုးကျိုးများကို ထိရောက်စွာ ကုသမှုပေးရန် တို့ဖြစ်ပါသည်။

၄။ ဝက်သက်ရောဂါ

ဝက်သက်ရောဂါသည် ဗိုင်းရပ်စ်ပိုးတစ်မျိုးကြောင့်ဖြစ်ပြီး လွန်စွာကူးစက်လွယ်သော ရောဂါတစ်ခု ဖြစ်ပါသည်။ ၂၀၀၁ ခုနှစ်တွင် ဝက်သက်ရောဂါ ဖြစ်ပွားသူပေါင်း (၃၀)သန်းခန့် ရှိပြီး ဝက်သက်ရောဂါနှင့် ဆက်စပ်၍ သေဆုံးသူပေါင်း (၇၄၅၀၀၀)ဦး ခန့်ရှိပါသည်။ ကာကွယ်ဆေးဖြင့် ကာကွယ်၍ရသော ရောဂါများကြောင့် သေဆုံးမှုများ အနက် ဝက်သက်ရောဂါဖြင့် သေဆုံးရသော ကလေးဦးရေမှာ ပိုမိုများပြားပါသည်။ ဝက်သက်ရောဂါသည် လွန်စွာကူးစက်လွယ်သော ရောဂါဖြစ်ခြင်း၊ ကပ်ရောဂါသဖွယ် ဖြစ်နိုင်ခြင်းတို့ကြောင့် အများအပြားသေဆုံးမှု ဖြစ်ပါသည်။ အထူးသဖြင့် အာဟာရချို့တဲ့သော ကလေးများတွင် သေဆုံးမှု ပိုများပါသည်။

၄-၁ ဝက်သက်ရောဂါကူးစက်ပြန့်ပွားပုံ

ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားသူ၏ လည်ချောင်းနှင့် နှာခေါင်းတို့မှ ထွက်သော အရည်များနှင့် ထိတွေ့ခြင်း၊ အဆိုပါ လူနာများမှ နှာချေခြင်း၊ ချောင်းဆိုးခြင်းတို့ကြောင့် လေထဲတွင် လွင့်ပါလာသော အမှုန်အမွှားများမှ တဆင့် ကူးစက်ပြန့်ပွားပါသည်။

ဝက်သက်ရောဂါလက္ခဏာ စတင်မပေါ်မီ ကာလနှင့် လက္ခဏာပေါ်ပြီး နောက်ရက်အနည်းငယ်အထိ ဝက်သက်ရောဂါလူနာသည် အခြားသူများအား ကူးစက်နိုင်ပါသည်။ ဝက်သက်ရောဂါသည် တစ်နှစ်အောက် ကလေးငယ်များတွင် ဖြစ်ပွားသူ ပိုမိုများပြား၍ ကလေးများစုဝေးရာဖြစ်သော စာသင်ကျောင်း စသော နေရာများတွင် အလွယ်တကူ ကူးစက်ပြန့်ပွားပါသည်။

၄-၂ ဝက်သက်ရောဂါလက္ခဏာများ

ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားသူနှင့် ထိတွေ့မှုရှိပြီးနောက် (၁၀-၁၂)ရက်ခန့်မှ စ၍ ပထမဆုံးပေါ်သော ဝက်သက်ရောဂါ၏ လက္ခဏာမှာ အဖျားရှိခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ အဖျားသည် ရက်အနည်းငယ် ကြာတတ်ပါသည်။ ထိုအချိန်ကာလအတွင်းတွင် လူနာသည် နှာရည်ယိုခြင်း၊ ချောင်းဆိုးခြင်း၊ မျက်စိနီပြီး မျက်ရည်ထွက်ခြင်းနှင့် လူနာ၏ ပါးစောင်တွင် အဖြူရောင် အစက်ကလေးများ (Koplik Spots) ပေါ်တတ်ပါသည်။ ရက်အနည်းငယ်ကြာပြီးနောက် မျက်နှာနှင့် ဂုတ်ပိုးအပေါ်ပိုင်းတို့တွင် အနည်းငယ်ကြွနေသည့် အနီစက်ကလေးများ ပေါ်လာပါသည်။ နောက်ထပ် (၃)ရက်အတွင်း အဆိုပါ အနီကွက်ကလေးများသည် ခန္ဓာကိုယ်ပိုင်းသို့ ပျံ့နှံ့သွားပါသည်။ ထို့နောက် လက်များ၊ ခြေများသို့ ပျံ့နှံ့သွားပါသည်။ အဆိုပါ အနီကွက်ကလေးများ ခန္ဓာကိုယ်ပေါ်တွင် (၅-၆)ရက်အထိ ရှိတတ်ပြီးနောက် ပျောက်ကွယ်သွားပါသည်။ ဝက်သက်ရောဂါ ဖြစ်ပွားသူနှင့် ထိတွေ့မှုရှိပြီး အချိန်မှ အနီကွက်ကလေးစတင်ပေါ်သည့် အချိန်အထိ ကြာသောအချိန် (ရောဂါပျိုးချိန်) မှာ (၇)ရက်မှ (၁၈)ရက်အထိ ရှိတတ်ပြီး ပျမ်းမျှအားဖြင့် (၁၄)ရက်ခန့် ရှိပါသည်။

၅။ ဝက်သက်ရောဂါသံသယလူနာ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းလုပ်ငန်း

ဗဟိုကူးစက်ရောဂါတိုက်ဖျက်ရေးဌာနသည် မြန်မာနိုင်ငံတဝှမ်းလုံးရှိ ကူးစက်ရောဂါစောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းလုပ်ငန်းများအားလုံးကို တာဝန်ယူ ဆောင်ရွက်လျက်ရှိပါသည်။ အထူးသဖြင့် အမျိုးသားအဆင့် ရောဂါစောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်း ဆောင်ရွက်လျက်ရှိသော ရောဂါ (၁၇)မျိုး (17 Diseases under National Surveillance) ရှိသည့်အနက် ဝက်သက်ရောဂါသည်လည်း အပါအဝင်ဖြစ်ပါသည်။ ဝက်သက်ရောဂါ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းကို ပိုလီယိုအကြောသေရောဂါနှင့် မွေးကင်းစမေးခိုင်ရောဂါ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းနှင့်အတူ ၁၉၉၆ခုနှစ် မှ စတင်၍ ပူးတွဲဆောင်ရွက်လျက်ရှိပါသည်။ ဝက်သက်ရောဂါ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းနှင့် ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်ရောဂါအသွင် ဖြစ်ပွားမှု စောင့်ကြပ်ခြင်းကို ဗဟိုအဆင့်မှသည် အောက်ခြေအဆင့်ထိ ဆက်လက် ကြီးကြပ်ဆောင်ရွက်လျက် ရှိပါသည်။

၅-၁ အဓိပ္ပါယ်ဖွင့်ဆိုချက်

ဝက်သက်ရောဂါသံသယလူနာဆိုသည်မှာ

— မည်သူမဆို ဖျားခြင်း၊ အနီကွက်ထွက်ခြင်း၊ အဖုအပိန့်များပေါ်ခြင်း (အရည်ကြည်ဖုများ မဟုတ်ပါ။) နှင့် ချောင်းဆိုးခြင်း၊ နှာရည်ယိုခြင်း၊ မျက်သားနီခြင်းစသည့် ရောဂါလက္ခဏာများရှိပါက ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာအဖြစ် သတ်မှတ်ပါမည်။

(သို့မဟုတ်)

— ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းတစ်ဦး (သို့မဟုတ်) ဆရာဝန်တစ်ဦးမှ ဝက်သက်ရောဂါ ဖြစ်ပွားနေသည်ဟု သံသယရှိသူအား ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာအဖြစ် သတ်မှတ်ပါမည်။

ဝက်သက်ရောဂါ အတည်ပြုလူနာ

— သံသယရောဂါ ဖြစ်ပွားသူ၏ သွေးကို ဓါတ်ခွဲစစ်ဆေးခြင်းဖြင့် ဝက်သက်ရောဂါတုန့်ပြန်စွမ်းအား Measles Antibody IgM ရှိနေကြောင်း အဖြေရရှိသောလူနာ

(သို့မဟုတ်)

— ဓါတ်ခွဲစစ်ဆေးခြင်းဖြင့် ဝက်သက်ရောဂါ အတည်ပြုထားသည့် လူနာနှင့် ရောဂါကူးစက်မှု ဆက်စပ်နေသည်ဟု သုံးသပ်ခြင်းခံရသော လူနာ

၅-၂ ဝက်သက်ရောဂါ အဓိပ္ပါယ် သတ်မှတ်ချက်များ

က။ ရောဂါလက္ခဏာဖြင့် သတ်မှတ်သည့် ဝက်သက်ရောဂါ (Clinical Confirmed Measles)

- ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်း (သို့မဟုတ်) ဆရာဝန်တစ်ဦးက ရောဂါလက္ခဏာ အဓိပ္ပါယ်သတ်မှတ်ချက်များအရ သတ်မှတ်သည့် ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားမှုကို - Clinical Confirmed Measles

ခ။ ဓါတ်ခွဲသွေးစစ်အတည်ပြုထားသည့် ဝက်သက်ရောဂါ (Laboratory Confirmed Measles)

- သံသယဝက်သက်ရောဂါရှိသူ၏ သွေးနမူနာကို ဓါတ်ခွဲစစ်ဆေးမှုအရ Measles Antibody IgM တွေ့ရှိရသည့် ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားမှုကို - Laboratory Confirmed Measles

ဂ။ ကူးစက်ရောဂါဖြစ်စဉ်အရ ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားသူနှင့်ဆက်စပ်သည့်လူနာ (Epidemiological Link)

- ရောဂါလက္ခဏာအဓိပ္ပါယ်သတ်မှတ်ချက်ပါ ရောဂါလက္ခဏာများဖြင့် ကိုက်ညီသည့်သူဖြစ်ပြီး ဓါတ်ခွဲသွေးစစ် အတည်ပြုထားသည့် ဝက်သက်ရောဂါ လူနာနှင့် (၁)ပါတ်မှ (၃)ပါတ်အတွင်း ထိတွေ့ခဲ့သူလူနာ

ဃ။ ဝက်သက်ရောဂါမဟုတ်သူ

- ဝက်သက်ရောဂါသံသယလူနာအား ရောဂါအတည်ပြုနိုင်ရန် ဓါတ်ခွဲသွေးစစ်ပြီးနောက် ဝက်သက်ရောဂါ တုန့်ပြန်အား IgM မတွေ့ရှိသူ

ဓါတ်ခွဲစစ်ဆေးရာတွင် ဝက်သက်ရောဂါ မတွေ့ရှိရသည့် အခြားဝက်သက်နှင့် ဆင်တူသည့် Rubella တွေ့ရှိသူအား ဝက်သက်ရောဂါ မဟုတ်သူ အဖြစ်သတ်မှတ်ပါသည်။

၅-၃ ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာစောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းဆိုင်ရာ နည်းလမ်းများ

(က) ပြည်သူ့လူထုအခြေပြု ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်း (Community Based Measles Surveillance)

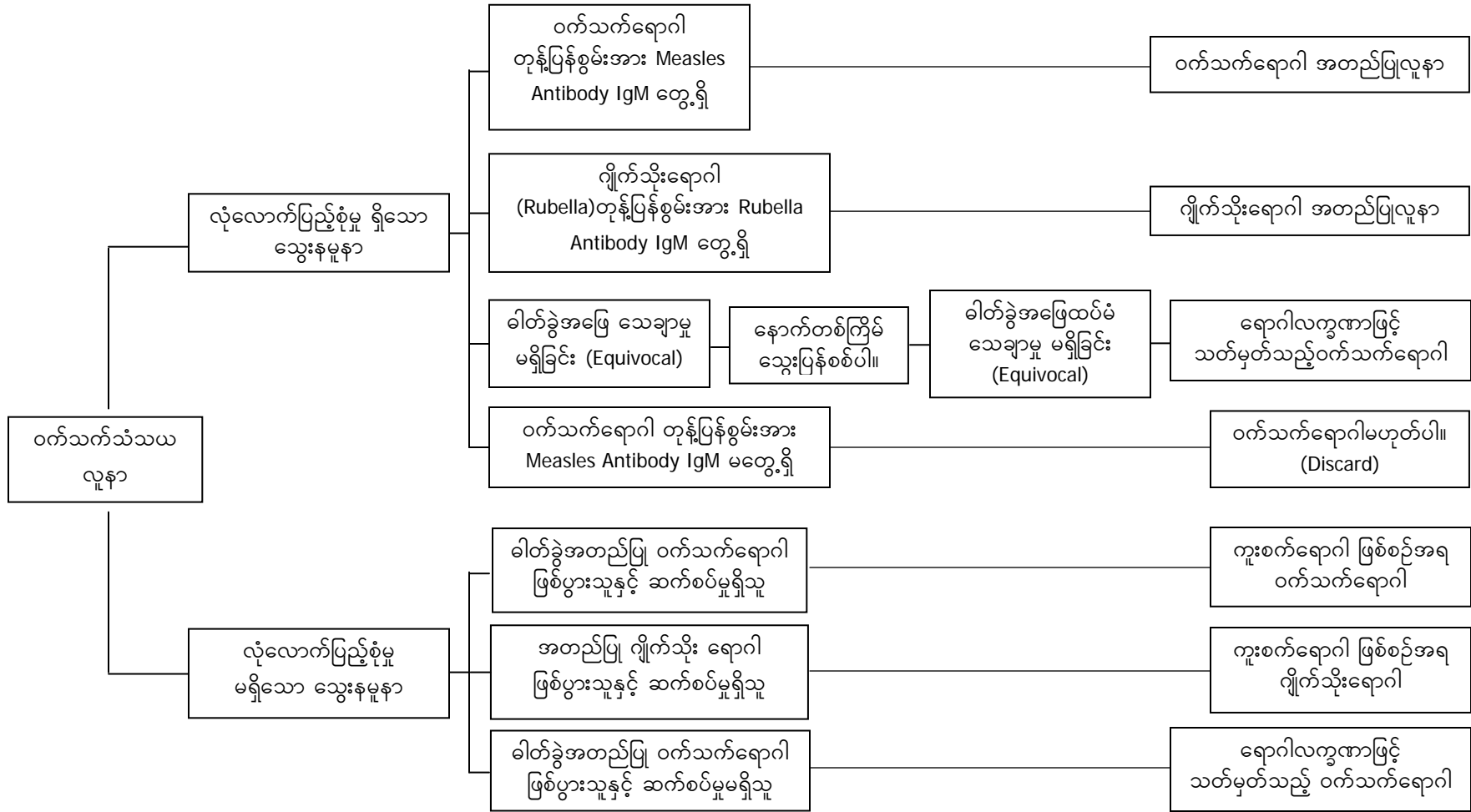
ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ လူထုအတွင်း၌ ဝက်သက်ရောဂါ သံသယ ဖြစ်ပွားမှုများကိုလည်း ရပ်ကွက်/ကျေးရွာအတွင်း ရောဂါစောင့်ကြပ် ကြည့်ရှုလျက် အချိန်နှင့် တပြေးညီ သတင်းပေးပို့ရန် လိုအပ်ပါသည်။

(ခ) ဆေးရုံ/ဆေးခန်းအခြေပြု ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်း (Hospital Based Measles Surveillance)

ပြည်သူ့ဆေးရုံများနှင့် ပြင်ပ ပုဂ္ဂလိကဆေးခန်းများတွင် ပြသ/တက်ရောက် ကုသမှုခံယူကြသော ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာများ အပေါ် (active/passive) စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုပြီး သတင်းပေးပို့ရန် ဖြစ်ပါသည်။

ပြည်သူ့လူထုအခြေပြု ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်း နှင့် ဆေးရုံ/ ဆေးခန်း အခြေပြု ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းကို ထိရောက်စွာ ဆောင်ရွက်နိုင်ရန် သက်ဆိုင်ရာ အခြေခံ ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများနှင့် ကူးစက်ရောဂါ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုမည့် (Focal Person) များမှ အပါတ်စဉ် Zero Reporting ပေးပို့ရန် လိုအပ်ပါသည်။

၅-၄ ဝက်သက်ရောဂါစောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းဖြင့် ရောဂါအမျိုးအစားသတ်မှတ်ခြင်း

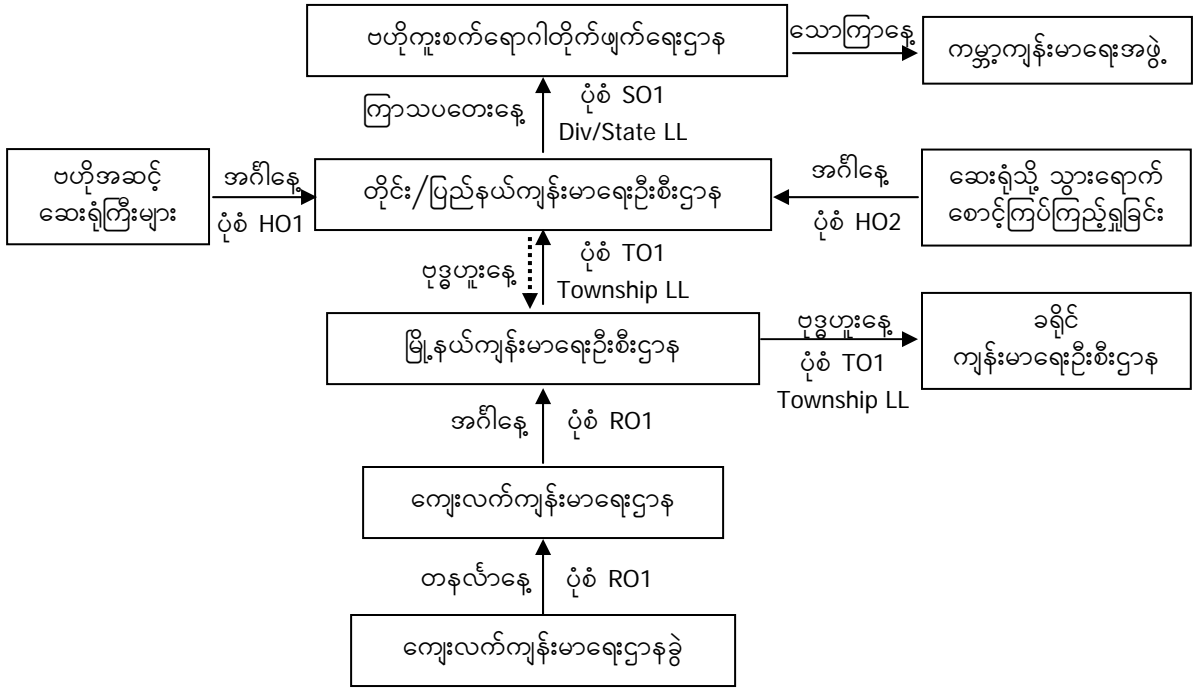


၅-၅ သတင်းပေးပို့ခြင်း

အပါတ်စဉ်သတင်းပေးပို့ခြင်း

သက်ဆိုင်ရာ ရပ်ကွက်/ကျေးလက် ကျန်းမာရေးဌာနခွဲမှ အစပြု၍ ကျေးလက်/တိုက်နယ် ကျန်းမာရေးဌာနများ၊ မြို့နယ်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာန၊ မိခင်နှင့်ကလေးကျန်းမာရေးဌာန၊ ဆေးရုံများအားလုံးနှင့် ဆေးရုံကြီးများ အပါအဝင် သတင်းပို့ ဌာနအဖြစ် သတ်မှတ်ထားရှိပြီး ဝက်သက်သံသယလူနာ ဖြစ်ပွားမှု ရှိ/မရှိကို သက်ဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများမှ အမြဲမပြတ် စုံစမ်းစောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုလျက် အောက်ဖော်ပြပါ အပါတ်စဉ် သတင်းပေးပို့သည့်နေ့များအတိုင်း ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာ ရှိ/မရှိ သတင်းပေးပို့ရပါမည်။ ပုဂ္ဂလိက ဆေးခန်းများထံမှလည်း သက်ဆိုင်ရာမြို့နယ် ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာန အနေဖြင့် အပြန်အလှန်ဆက်သွယ်၍ ရောဂါဖြစ်ပွားမှု ရှိ/မရှိကို စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှု သတင်းပေးပို့ရပါမည်။

ဝက်သက်ရောဂါစောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုမှု အပါတ်စဉ် (Weekly Report) သတင်းပေးပို့ရန် အချိန်ဇယား



၆။ ဝက်သက်ရောဂါသံသယလူနာ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းလုပ်ငန်းတွင် ကျန်းမာရေးဌာန အသီးသီး အလိုက် ဆောင်ရွက်ရမည့် လုပ်ငန်းတာဝန်များ

➤ **ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာနခွဲသည်**

- ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာတစ်ဦး မိမိအပိုင်ဧရိယာအတွင်း ရှိ/မရှိ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုနေရပါမည်။ ဖြစ်ပွားမှု တွေ့ရှိပါက သက်ဆိုင်ရာ အထက်အဆင့်ဆင့်သို့ သတင်းပေးပို့ရမည်။
- လူနာစာရင်းကို သတ်မှတ်ပုံစံတွင် ဖြည့်စွက်ရမည်။

➤ **ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာနသည်**

- ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာနများတွင် လက်ထောက်ကျန်းမာရေးမှူးက ကြီးကြပ်လျက် အမျိုးသမီးကျန်းမာရေး ဆရာမ နှင့် ကျန်းမာရေးကြီးကြပ်(၁) တို့က မိမိပိုင် ကျေးလက်ကျန်းမာရေးဌာနခွဲများက သားဖွားဆရာမများ၊ ကျန်းမာရေးကြီးကြပ်(၂) နှင့် ပြည်သူ့လူထုထံမှ ရရှိသော ဝက်သက်ရောဂါသံသယလူနာ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုမှု (RO1) များအားစုစည်းကာ မြို့နယ်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနသို့ (RO1) ဖြင့် အပါတ်စဉ် အင်္ဂါနေ့တိုင်း သတင်းပေး ပို့ရမည်။

➤ **မြို့နယ်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနသည်**

- VPD Surveillance နှင့် သံသယဝက်သက်ရောဂါ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းလုပ်ငန်းအတွက် သတ်မှတ်ထားသော ဝန်ထမ်း (Focal Person) သတ်မှတ်ထားရှိရမည်။
- မြို့နယ်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနတွင် အဆိုပါ Focal Person သည် မြို့နယ်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာန လက်အောက်ရှိ သတင်းပေးပို့ရန် သတ်မှတ်ထားရှိသည့် ကျန်းမာရေးဌာနများမှ ဝက်သက်ရောဂါ သံသယ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုမှု ပုံစံ (RO1) များအား စုစည်းကာ သက်ဆိုင်ရာ ပြည်နယ်/တိုင်း ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနသို့ (TO1) ဖြင့် အပါတ်စဉ် ဗုဒ္ဓဟူးနေ့တိုင်း သတင်းပေးပို့ရမည်။ ခရိုင်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနမှူးထံသို့လည်း ပေးပို့ရပါမည်။
- သတ်မှတ်ထားသည့်ပုံစံများ၊ အပြည့်အစုံထားရှိကာ ဝက်သက်ရောဂါသံသယလူနာ တွေ့ရှိပါက ရောဂါအတည်ပြု နိုင်ရေးအတွက် ဆက်လက်ဆောင်ရွက်ရမည်။ လူနာစာရင်း (Linelist) ပြုစုထားရမည်။
- ရောဂါအား စစ်ဆေး၍ အတည်ပြုချက်ရယူနိုင်ရန်နှင့် မြို့နယ်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနမှူး၏ ကြီးကြပ်မှုဖြင့် သွေးနမူနာ (သွေးရည်ကြည်နမူနာ) ရယူလျက် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဓါတ်ခွဲဌာနသို့ မြို့နယ်ကျန်းမာရေး ဦးစီးဌာနမှူး၏ လက်မှတ်ပါရှိသော ဓါတ်ခွဲခန်းသို့ ပေးပို့သည့် ပုံစံဖြင့် ပေးပို့ရမည်။
- အဆိုပါလုပ်ငန်းများအား မြို့နယ်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနမှူးက ကြီးကြပ်ဆောင်ရွက်ရမည်။

➤ **ပြည်နယ်/တိုင်းကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနသည်**

- အထူးရောဂါနှိမ်နင်းရေး အဖွဲ့ခေါင်းဆောင်ဆရာဝန်များ၊ RSO များနှင့် တာဝန်ပေးထားသည့် ပြည်နယ်/တိုင်း ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနမှ ဝန်ထမ်းသည် မိမိသတ်မှတ်ထားသည့် သတင်းပေးပို့ရမည့် ဆေးရုံများ၊ ကျန်းမာရေး ဌာနများမှ ဝက်သက်သံသယလူနာရှိ/မရှိ အပါတ်စဉ် ကြာသပတေးနေ့တိုင်း Zero Report ပေးပို့ရမည်။ သံသယ လူနာတွေ့ရှိပါက ရောဂါအတည်ပြုနိုင်ရေးအတွက် ဆက်လက်ဆောင်ရွက်ရမည်။ ရောဂါ ကာကွယ်ထိန်းချုပ်ခြင်း လုပ်ငန်းများကို မြို့နယ်အဆင့်နှင့် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရမည်။

၇။ ဝက်သက်ရောဂါ လူနာထံမှ ဓါတ်ခွဲနမူနာများယူရန် လမ်းညွှန်ချက်

၇-၁ ဝက်သက်ရောဂါအတွက် သွေးရည်ကြည်ဓါတ်ခွဲနမူနာယူခြင်း

- ၁။ ဝက်သက်ရောဂါလူနာ တစ်ယောက်ချင်းစီအတွက် code ၁၂ ခု ပါသည့် EPID နံပါတ်ပေးရမည်။ ၎င်းတို့မှ တိုင်းနှင့် ပြည်နယ်၊ မြို့နယ်၊ onset ဖြစ်သည့်နှစ်၊ ထိုနှစ်အတွက် လူနာအရေအတွက် တို့ဖြစ်သည်။ ဥပမာ - MMR 01-01-08-001
- ၂။ EPID နံပါတ် ပေးရာတွင် လူနာအမြဲနေရပ်ဖြစ်သည့် မြို့နယ်ကိုသာသုံးပြီး ဆေးရုံတက်ကုသနေသည့် ဆေးရုံ၏ မြို့နယ် ကို မပေးရပါ။
- ၃။ Measles outbreak တစ်ခုဆိုမှ သွေးနမူနာ (၅)ခုမှ (၁၀)ခု အထိယူရပါမည်။
- ၄။ Rash ထွက်ပြီး (၄)ရက်မှ (၂၈)ရက်အတွင်း သွေးနမူနာယူရပါမည်။
- ၅။ သွေးနမူနာကို လူနာ၏အသက်ပေါ်မူတည်၍ 1-5 ml အထိ vacutainer အသုံးပြု၍ ဖောက်ရပါမည်။
- ၆။ အခန်းအပူချိန်တွင် သွေးကိုခဲအောင်ထားပါ။
- ၇။ ထွက်လာသော သွေးရည်ကြည် (serum) ကို သန့်ရှင်း၍ အဖုံးတွင် ဝက်အူရစ်ပါသော ရေမစိမ့်သော 5ml ပုလင်းထဲသို့ ပြောင်းထည့်ပါ။
- ၈။ သွေးရည်ကြည် (serum) ကို ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဓါတ်ခွဲခွဲဆိုင်ရာဌာနသို့ ရေခဲပုံးဖြင့် ဖြစ်နိုင်သမျှ စောလျှင်စွာ ပို့ပါ။

၇-၂ အထူးလိုအပ်ချက်အရ ဝက်သက်ဗိုင်းရပ်စ်ရောဂါပိုးမွှားမြူရန် ဓါတ်ခွဲနမူနာယူခြင်း

မှတ်ချက်

- (က) ဓါတ်ခွဲနမူနာရယူပြီး (၂၄)နာရီအတွင်း အအေးလမ်းကြောင်းဖြင့် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး ဓါတ်ခွဲခွဲဆိုင်ရာဌာနသို့ ပေးပို့နိုင်မှသာ ဆီးနမူနာ ယူရန်။
- (ခ) ဓါတ်ခွဲနမူနာယူပြီး (၄၈)နာရီအတွင်း Virus Transport Medium အအေးလမ်းကြောင်းဖြင့် ပို့နိုင်မှသာ လည်ချောင်း တို့ပတ် နမူနာရယူရန်။

၇-၂-၁ လည်ချောင်းတို့ပတ် ဓါတ်ခွဲနမူနာယူခြင်း

- ၁။ လည်ချောင်းတို့ပတ် ဓါတ်ခွဲနမူနာကို rash ထွက်ပြီး (၇)ရက်အတွင်း တတ်နိုင်သမျှ စောလျှင်စွာယူပါ။
- ၂။ ပိုးသတ်ထားသော polyester swab ကို အသုံးပြု၍ အာခေါင်အမိုးနှင့် tonsils များ လည်ချောင်း အနောက်ဘက် တို့ကို ပွတ်တိုက်ပြီးယူပါ။
- ၃။ Polyester swab ၏ အရိုးတံကို Virus Transport Medium ပါသော 15ml Centrifuge tube ထဲထည့်နိုင်ရန် အနေတော်ချိုးပါ။
- ၄။ လည်ချောင်းတို့ပတ်ဓါတ်ခွဲနမူနာအား ယူပြီးလျှင်ပြီးချင်း (+4)°C တွင်သိမ်းပါ။
- ၅။ ထို့နောက် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဓါတ်ခွဲဆိုင်ရာဌာနသို့ ရေခဲပုံးဖြင့် (၄၈)နာရီအတွင်း အရောက်ပို့ရပါမည်။

၇-၂-၂ ဆီးနမူနာယူခြင်း

- ၁။ ဆီးနမူနာကို rash ထွက်ပြီး (၅)ရက်အတွင်း တတ်နိုင်သမျှ စောလျှင်စွာယူပါ။
- ၂။ ဆီးနမူနာ (ဖြစ်နိုင်လျှင် မနက်နိုးနိုးချင်းသွားသောဆီး) 10-12ml ခန့်ကို ပိုးသတ်ထားသော 15ml centrifuge tube ထဲသို့ သန့်ရှင်းစွာ ခံယူပါ။
- ၃။ ခံယူထားသော ဆီးနမူနာကို (+4)°C တွင် ခေတ္တသိမ်းထားပါ။
- ၄။ ဆီးနမူနာကို ခံယူပြီး (၂၄)နာရီအတွင်း ရေခဲပုံးဖြင့် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဓါတ်ခွဲဆိုင်ရာဌာနသို့ ပို့ပါ။

၇-၃ ဝက်သက်ဓါတ်ခွဲနမူနာများ အားလုံးအတွက် လိုက်နာဆောင်ရွက်ရမည့်အချက်များ

- ၁။ ဓါတ်ခွဲနမူနာပုလင်းပေါ်တွင် label ကို သေချာစွာကပ်ပါ။ လူနာအမည်၊ အသက်၊ ကျား/မ၊ EPID နံပါတ်နှင့် နမူနာယူသည့် ရက်စွဲကိုထည့်ပါ။
- ၂။ ဓါတ်ခွဲနမူနာပုလင်းကို ဖော်ပြသော ပလပ်စတစ်အိတ်တွင် ထည့်၍ လုံခြုံစွာပိတ်ပါ။
- ၃။ ဓါတ်ခွဲနမူနာများကို ယူပြီးပြီးချင်းနှင့် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး ဓါတ်ခွဲဆိုင်ရာဌာနသို့ မပို့မီ (+4)°C အတွင်းတွင် သိမ်းထားပါ။
- ၄။ Case investigation and laboratory request forms များတွင် လိုအပ်သော အချက်အလက်များကို တိကျစုံလင် မှန်ကန်စွာ ဖြည့်စွက်ပါ။ (ဥပမာ - rash စထွက်သည့်နေ့၊ ဓါတ်ခွဲနမူနာယူသည့်နေ့၊ နောက်ဆုံး ဝက်သက် ကာကွယ်ဆေးထိုးထားသည့်နေ့)
- ၅။ ဓါတ်ခွဲနမူနာများပို့ရာတွင် ဗဟိုကူးစက်မှုထုတ်ပေးထားသော ရေခဲပုံးထဲတွင် ရေခဲနေသော ice packs များကို ထည့်၍ပို့ပါ။ ရေခဲတုံးကို မသုံးပါနှင့်။ အကယ်၍ ရေခဲတုံးမှလွဲ၍ သုံးစရာမရှိလျှင် ရေခဲတုံးကို ရေလုံသော ပလပ်စတစ်အိတ် ထဲထည့်၍ သားရေကွင်းနှင့် လုံအောင်ချည်ပါ။
- ၆။ ဓါတ်ခွဲနမူနာများကို ရုံးချိန်ပြင်ပနှင့် ရုံးပိတ်ရက်များတွင်လည်း ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဓါတ်ခွဲမှ သက်ဆိုင်ရာဌာနသို့ ပို့နိုင်ပါသည်။

၈။ ဝက်သက်ရောဂါကို ကုသမှုပေးခြင်း

ဝက်သက်ရောဂါကုသမှုပေးရာတွင် အထွေထွေအာဟာရဓါတ်ပြည့်ဝအောင် ဆောင်ရွက်ပေးခြင်း၊ ဓါတ်ဆားရည် တိုက်ကျွေးခြင်းဖြင့် အရည်ဓါတ်ခမ်းခြောက်ခြင်းကို ကုသပေးခြင်းများ လိုအပ်ပါသည်။ နားတွင် ပိုးဝင်ခြင်းနှင့် အသက်ရှူ လမ်းကြောင်း ပိုးဝင်ခြင်းတို့အတွက် ပဋိဇီဝဆေးများ ပေးရပါမည်။ ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားသော ကလေးများအား အာဟာရ ပြည့်ဝသော အစားအစာ စားသုံးစေခြင်း၊ အရည်များများ သောက်စေခြင်းသည် အရေးကြီးပါသည်။

ဖွံ့ဖြိုးဆဲနိုင်ငံများမှ ကလေးငယ်များအားလုံးသည် ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားပါက ဗီတာမင်(အေ) အပိုဆောင်း တိုက်ကျွေးခြင်းကို (၂၄)နာရီခြား၍ (၂)ကြိမ် တိုက်ကျွေးရပါမည်။ ဗီတာမင်(အေ) တိုက်ကျွေးခြင်းသည် မျက်စိအား ထိခိုက် ခြင်းနှင့် မျက်စိကွယ်ခြင်းတို့ ကာကွယ်နိုင်ရုံသာမက ကိုယ်ခံဓါတ်အားမြှင့်တက်မှုကိုပါ အထောက်အကူပြုပါသည်။ ဗီတာမင် (အေ)တိုက်ကျွေးခြင်းဖြင့် ဝက်သက်ကြောင့် သေဆုံးမှု၏ (၅၀)% ကို ကျဆင်းစေနိုင်ပါသည်။

ဗီတာမင်အေ တိုက်ကျွေးမှု အစီအစဉ်		
အသက်	ဝက်သက်ရောဂါ သိလျှင်သိချင်း	နောက် (၁) ရက်
(၆) လအောက်	၅၀၀၀၀ ယူနစ်	၅၀၀၀၀ ယူနစ်
(၆ - ၁၁) လ	၁၀၀၀၀၀ ယူနစ်	၁၀၀၀၀၀ ယူနစ်
(၁၂) လနှင့်အထက်	၂၀၀၀၀၀ ယူနစ်	၂၀၀၀၀၀ ယူနစ်

ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားသူသည် မျက်ကြည်လွှာ ထိခိုက်မှု (Cornea Cloudy) ပြင်းထန်ပါက တတိယအကြိမ် အဖြစ် (၂ပါတ်) ခြား၍ ဗီတာမင်(အေ) တိုက်ကျွေးနိုင်သည်။

၉။ ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားခြင်း (Outbreak)

ဝက်သက်ရောဂါကင်းစင်လျော့နည်းရေး ရည်မှန်းချက် ပေါက်မြောက်အောင်မြင်နိုင်ရေးအတွက် ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင် ဖြစ်ပွားခြင်းရှိ/မရှိကိုလည်း အောက်ပါအဓိပ္ပါယ် သတ်မှတ်ချက်အတိုင်း လိုက်နာဆောင်ရွက်သွားရမည် ဖြစ်ပါ သည်။

ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်ရောဂါအသွင် ဖြစ်ပွားမှု ရှိ/မရှိ သိရှိနိုင်ရန် မြို့နယ်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနတိုင်းသည် ဝက်သက်ရောဂါ သံသယဖြစ်ပွားသူတွေ့ရှိတိုင်း လူနာစာရင်း ပြုစုထားရှိရမည်။ ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာတစ်ဦး တွေ့ရှိတိုင်း ကပ်ရောဂါအသွင် ဖြစ်ပွားမှု ရှိ/မရှိ မိမိပိုင်နယ်မြေအတွင်းရှိ ဆေးရုံများ၊ ကျန်းမာရေးဌာနများတွင် အပါတ်စဉ် စောင့်ကြပ် ကြည့်ရှုရမည်။

၉-၁ ဝက်သက်ရောဂါကပ်အသွင် (သံသယ) ဖြစ်ပွားခြင်း (Suspected Measles Outbreak)

ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ/မြို့နယ်တွင် (သို့မဟုတ်) လူဦးရေ (၁၀၀,၀၀၀) နေထိုင်သည့် ဧရိယာတစ်ခု အတွင်း၌ (၁)လအတွင်း ဝက်သက်သံသယလူနာ (၅)ဦးနှင့် (၅)ဦး အထက် တွေ့ရှိရပါက ဝက်သက်ရောဂါကပ်အသွင် (သံသယ) ဖြစ်ပွားခြင်းဟု သတ်မှတ်ဆောင်ရွက်ရမည်။

ဝက်သက်ရောဂါကပ်အသွင် (သံသယ)ဖြစ်ပွားမှု တွေ့ရှိပါက ကပ်အသွင် စုံစမ်းစစ်ဆေးခြင်းကို အသေးစိတ် ဆောင်ရွက် ရပါမည်။

၉-၂ အတည်ပြုဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားခြင်း (Confirmed Measles Outbreak)

ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ/မြို့နယ်တွင် (သို့မဟုတ်) လူဦးရေ (၁၀၀,၀၀၀) နေထိုင်သည့် ဧရိယာတစ်ခု အတွင်း၌ (၁)လအတွင်း ဓါတ်ခွဲစစ်ဆေး အတည်ပြုထားသည့် ဓါတ်ခွဲသွေးစစ်အတည်ပြုထားသည့် ဝက်သက်ရောဂါလူနာ (၃)ဦး (သို့မဟုတ်) (၃)ဦးထက်ပို၍ တွေ့ရှိရပါက အတည်ပြု ဝက်သက်ရောဂါဟု သတ်မှတ်ပါသည်။

၁၀။ ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားခြင်းအတွက် တုန့်ပြန်ဆောင်ရွက်ခြင်း (Response to Measles Outbreak)

၁၀-၁ ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားခြင်းအတွက် အခြေခံကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ ဆောင်ရွက်ရမည့် လုပ်ငန်းများ

- ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာ(၅)ဦး မိမိအပိုင် ဧရိယာအတွင်း တွေ့ရှိပါက အခြေခံကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများသည် တစ်အိမ်တက်ဆင်း လူနာသစ်ရှိ/မရှိ ရှာဖွေရမည်။
- ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာ ရှာဖွေခြင်းလုပ်ငန်းအတွက် လူနာစာရင်းကောက်ယူသည့်ပုံစံ နှင့် ကွင်းဆင်းပုံစံတို့တွင် အိမ်ထောင်စုအလိုက် ဖြည့်စွက်ရမည်။
- ယခင် ဝက်သက်ရောဂါ လက္ခဏာဖြစ်ပွားသူ ရှိ/မရှိ၊ သေဆုံးမှု ရှိ/မရှိ မေးမြန်းရမည်။
- တွေ့ရှိရသည့် ဝက်သက်သံသယလူနာအား ဗီတာမင်(အေ)ဆေးကို သတ်မှတ်ထားသည့်အတိုင်း (၂)ရက် တိုက်ကျွေးရမည်။
- ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာအား ဝက်သက်ရောဂါ ဖြစ်ပွားပြီး နောက်ဆက်တွဲရောဂါ ဖြစ်ပွားမှု (ဥပမာ - ဝမ်းပျက် ဝမ်းလျော၊ နမိုးနီးယား)ရှိပါက လိုအပ်သော ဆေးဝါးများပေးရမည်။ (ခါတ်ဆားရည်၊ ပါရာစီတမော၊ Amoxicillin)
- မိသားစုဝင်များအား ဝက်သက်ရောဂါသံသယ ဖြစ်ပွားသူထပ်မံတွေ့ရှိပါက ကျန်းမာရေးဌာနသို့ ချက်ချင်း အကြောင်းကြားရမည်။
- စစ်ဆေးကြည့်ရှုမေးမြန်းပြီးသည့် အိမ်အား မြေဖြူဖြင့် အမှတ်အသား ပြုလုပ်ခဲ့ရမည်။ (ဥပမာ၊ ဝသ/ရက်/လ/နှစ်)
- မိမိကြည့်ရှုပြီးသည့်အိမ်စာရင်း၊ လူနာစာရင်းကို ကြီးကြပ်သူထံ နေ့စဉ် သတင်းပေးပို့ရမည်။
- တုန့်ပြန်ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်း ဆောင်ရွက်ရန် စီစဉ်ရမည်။

၁၀-၂ မြို့နယ်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနများမှ ဆောင်ရွက်ရမည့် တုန့်ပြန်ဝက်သက်ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံမှု လုပ်ငန်း

အောက်ပါနည်းလမ်း (၂)ခုဖြင့် ဆောင်ရွက်နိုင်ပါသည်။

- (က) တုန့်ပြန်ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း ဆောင်ရွက်နိုင်ရန် နည်းလမ်းရွေးချယ်ရမည့် လုပ်ငန်းစဉ်များ (Selective Vaccination Activities)
- (ခ) ပုံမှန်ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်းအား အားဖြည့်ဆောင်ရွက်သည့် တုန့်ပြန်ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း (Reinforcement of routine Vaccination)

**၁၀-၂ (က) တုန့်ပြန်ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း ဆောင်ရွက်နိုင်ရန် နည်းလမ်းရွေးချယ်ရမည့် လုပ်ငန်းစဉ်များ
(Selective Vaccination Activities)**

Selective Vaccination Activities ကို ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားမှုအား သိလျင်သိချင်း လိုအပ်သည့် ကူးစက်မှုအန္တရာယ်ရှိသည့်အခြေအနေများကို အလျင်အမြန်ဆန်းစစ်ပြီးနောက် အောက်ပါအချက်တို့ကိုဆောင်ရွက်ရပါမည်။

- (၁) ပြည်သူ့လူထုအတွင်း ဝက်သက်ရောဂါကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားမှုအား ပညာပေးမှုများဆောင်ရွက်ရန်
- (၂) သက်ဆိုင်ရာကျန်းမာရေးဌာန၊ နယ်မြေအတွင်းရှိ အသက်(၉)လမှ (၅)နှစ်ကလေးများအား ကာကွယ်ဆေး မထိုးနှံ ရသေးပါက ထိုးနှံပေးရန်
- (၃) (၉)လအောက်တွင် ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးသော ကလေးများအားလည်း (၉)လပြည့်ပါက ဝက်သက်ရောဂါ ကာကွယ်ဆေး ထပ်မံထိုးပေးရန်၊ အသက်အရွယ်ကြီးသူများတွင် ဖြစ်ပွားပါက ဗဟိုတိုးချဲ့ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်းစီမံချက် နှင့် ဆက်သွယ်ဆောင်ရွက်ပါ
- (၄) ဆေးရုံဝန်ထမ်းများအား လိုအပ်ပါက ဝက်သက်ရောဂါကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပေးရန်
- (၅) ပုံမှန်ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်းများအား ပိုမိုအားဖြည့်ဆောင်ရွက်ရန်
- (၆) ရောဂါဖြစ်ပွားသောမြို့နယ်အတွင်း ဦးစားပေးနေရာများရွေးချယ်၍ ကျေးရွာ၊ ရပ်ကွက်အလိုက် ပုံမှန် ကာကွယ်ဆေးထိုး လုပ်ငန်းများကို အားဖြည့်ဆောင်ရွက်သည့် စီမံချက်ရေးဆွဲ အကောင်အထည်ဖော် ဆောင်ရွက်ရန်
- (၇) မြို့နယ်ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာနတွင် ဝက်သက်ရောဂါကာကွယ်ဆေး အလုံအလောက်ရရှိရေးဆောင်ရွက်ရန်
- (၈) ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်း၏ အားနည်းချက်များကို ပြုပြင်၍ လိုအပ်ပါက ကာကွယ်ဆေးထိုးစုရပ်များ တိုးချဲ့ ဆောင်ရွက်ရန်
- (၉) ဗီတာမင် (အေ) တိုက်ကျွေးပါ။

**၁၀-၂ (ခ) ပုံမှန်ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်းအား အားဖြည့်ဆောင်ရွက်သည့် တုန့်ပြန်ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း
(Reinforcement of routine Vaccination)**

ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားမှု ရှိခြင်းသည် မိမိပိုင် ကျန်းမာရေးနယ်မြေအတွင်း ပုံမှန်ကာကွယ်ဆေးထိုး လုပ်ငန်းတွင် အားနည်းချက်များ ရှိနေကြောင်းကို ဖော်ပြခြင်းဖြစ်ပါသည်။ ထို့ကြောင့် မိမိတို့ ဆောင်ရွက်နေသော ပုံမှန် ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်း၏ အားနည်းချက်များကို ပြုပြင်၍ အရှိန်အဟုန်မြှင့် ဆောင်ရွက်ရန်နှင့် အားဖြည့်ဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ထို့ကြောင့် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများအနေဖြင့် မိမိတို့ ကျန်းမာရေးနယ်မြေအတွင်းတွင် ဝက်သက်

ရောဂါဖြစ်ပွားရာနေရာ၏ အားနည်းချက်များကို အလျင်အမြန်ဆန်းစစ်ပြီး ပုံမှန်ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်းကို အားဖြည့် ဆောင်ရွက်ရန် အောက်ပါလုပ်ငန်းများကို ဆောင်ရွက်ရမည်။

- ဝက်သက်ရောဂါ အဖြစ်နိုင်ဆုံးရှိသည့် နေရာများကို ရှာဖွေသတ်မှတ်ရန်
- ပုံမှန်ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်းစီမံချက်တွင် လိုအပ်သည့် ဝန်ထမ်းအင်အား၊ ရံပုံငွေအခြေအနေ၊ လိုအပ်သော ကာကွယ်ဆေးနှင့် ပစ္စည်းများရရှိနိုင်မှုအခြေအနေတို့ကို ပြန်လည်ဆန်းစစ်ရန်
- ဖြစ်ပွားနိုင်သော လူဦးရေနှင့် ပြန်ပွားနိုင်ခြေရှိသော လူဦးရေကို တွက်ချက်ရန်
- ကူးစက်မှု၊ ဖြစ်ပွားမှု၊ သေဆုံးမှုအခြေအနေများကို ဆန်းစစ်ရန်
- ထိုသို့ ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားနိုင်မှုအခြေအနေများကို ဆန်းစစ်ပြီး သေဆုံးမှုများနိုင်ပါက ဝက်သက်ရောဂါ ကာကွယ် ဆေးအား အစုလိုက်တုန့်ပြန်ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်းဖြင့် ဆောင်ရွက်နိုင်ရန်အတွက် ကျန်းမာရေးဦးစီးဌာန၊ ဗဟို ကူးစက်ရောဂါတိုက်ဖျက်ရေးဌာနနှင့် ဗဟိုတိုးချဲ့ ကာကွယ်ဆေးထိုးလုပ်ငန်းစီမံချက်သို့ စီမံချက်ရေးဆွဲတင်ပြ ရန်

*** Adverse Events Following Immunization (AEFI) ဖြစ်ပွားမှု မရှိစေရေးအတွက် အထူးဂရုပြု ဆောင်ရွက်ရန် ***

၁၀-၃ ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားခြင်းအတွက် သံသယလူနာရှာဖွေခြင်းတွင် ကြီးကြပ်သူ၏ လုပ်ငန်းများ

- တစ်အိမ်တက်ဆင်း ရောဂါစုံစမ်းရှာဖွေခဲ့သည့် စာရင်းကို မှန်ကန်မှု ရှိ/မရှိ ကြီးကြပ်ရမည်။
- ရောဂါစုံစမ်းရှာဖွေခဲ့သည့်အိမ်များ ကျန်ရှိခဲ့မှု ရှိ/မရှိ စစ်ဆေးရမည်။
- လိုအပ်သောပုံစံနှင့် ဗီတာမင်(အေ)ဆေး စသည့် ထောက်ပံ့မှုများကို လုံလောက်စွာပေးရန်နှင့် ထိရောက်စွာ အသုံးပြု/ မပြု ကြီးကြပ်ရမည်။
- စစ်ဆေးရာတွင် အခက်အခဲတွေ့ရှိပါက အကူအညီပေးရန်နှင့် လိုအပ်သည့် စာရွက်စာတမ်း၊ ဆေးဝါးများ တစ်ပါတည်း ယူဆောင်လာကာ ထောက်ပံ့ပေးရမည်။
- ဝက်သက်ရောဂါလူနာ၏ နောက်ဆက်တွဲပြဿနာများ ဖြစ်ပွားမှုရှိပါက ဆေးရုံသို့ လွှဲပြောင်း ကုသပေးနိုင်ရန် စီစဉ် ဆောင်ရွက်ပေးရမည်။

- လုပ်ငန်းဆန်းစစ်သည့် ပုံစံများကို နေ့စဉ် စုဆောင်း၍ စုစည်းဆန်းစစ်ရမည်။
- ဝက်သက်လူနာတွေ့ရှိမှုအား စာရင်းပြုစုထားရှိရမည်။
- ဝက်သက်ရောဂါလူနာအတွက် ဗီတာမင်(အေ) ဆေးမတိုက်ကျွေးရသည့် ကလေးတွေ့ရှိရပါက တိုက်ကျွေးခဲ့ရမည်။

၁၀-၄ ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားခြင်း မှတဆင့် ဝက်သက်ရောဂါ ကူးစက်ပျံ့နှံ့မှုမရှိစေရန် လူနာ နှင့် အနီးကပ်ထိတွေ့သူများအား ကုသမှုပေးခြင်း

- ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားသူဟု အတည်ပြုပြီးသူနှင့် အနီးကပ်ထိတွေ့သူများအား ရောဂါကူးစက်မှု လျော့နည်းစေရန်
 - အသက်(၉)လမှ (၅)နှစ်အထိ ကလေးများတွင် ဝက်သက်ကာကွယ်ဆေးမထိုးနှံရသေးပါက ကာကွယ်ဆေး ထိုးပေးရန်
 - ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားသူနှင့် ထိတွေ့ပြီး (၂)ပတ်အကြာတွင် ဝက်သက်ရောဂါ ဖြစ်ပွားနိုင်ခြေရှိသည့် လက္ခဏာများဖြစ်သော ဖျားခြင်း၊ နှာစေးခြင်း၊ ချောင်းဆိုးခြင်း၊ မျက်စိနီခြင်းများ ဖြစ်ပေါ်လာပါက မိမိအိမ်တွင်သာနေစေပြီး ကျောင်းတက်ခြင်း၊ အလုပ်ခွင်သွားရောက်ခြင်းနှင့် လူစုလူဝေးအတွင်း သွားလာခြင်း တို့ကို ရှောင်ကြဉ်ရန် ပညာပေးပါ။

၁၀-၅ ဝက်သက်ရောဂါကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားရာတွင် ဖြစ်ပွား သေဆုံးနိုင်ခြေအား ဆန်းစစ်ခြင်း

- ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားနိုင်သည့် အခြေအနေရှိသော လူဦးရေကို အောက်ပါအချက်များဖြင့် တွက်ချက်ရပါသည်။
 - (က) စုစုပေါင်း ကာကွယ်ဆေးထိုးရမည့် ကလေးဦးရေ
 - (ခ) ကာကွယ်ဆေးထိုးလွှမ်းခြုံမှုရာခိုင်နှုန်း
 - (ဂ) ဝက်သက်ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံပြီးသော (၉)လကလေးများတွင် ရောဂါခုခံနိုင်မှုစွမ်းအားမှာ (၈၅)ရာခိုင်နှုန်းသာ ရရှိပြီး ကျန်(၁၅)ရာခိုင်နှုန်းမှာ ခုခံစွမ်းအားမရရှိနိုင်ခြင်း၊ (ရောဂါခုခံနိုင်မှုစွမ်းအား)

ဥပမာ- မြို့နယ်(က) တွင် လူဦးရေ (၅၀၀၀၀) ရှိပြီး တစ်နှစ်လျှင် ကလေး (၁၂၅၀၀) မွေးဖွားခဲ့သည် ဆိုပါစို့။ ထိုမြို့နယ်တွင် ပုံမှန်ဝက်သက်ကာကွယ်ဆေးထိုးလွှမ်းခြုံမှု (၈၀)% ရှိခဲ့လျှင် ဝက်သက်ရောဂါ ကာကွယ်မှုရနိုင်သော ကလေးဦးရေကို အောက်ပါအတိုင်းတွက်ချက်နိုင်ပါသည်။

ဝက်သက်ရောဂါ ကာကွယ်မှုရနိုင်သည့်ကလေးဦးရေ = စုစုပေါင်း ကာကွယ်ဆေးထိုးရမည့် ကလေးဦးရေ X ကာကွယ်ဆေးထိုးလွှမ်းခြုံမှု X ရောဂါခုခံနိုင်မှုစွမ်းအား

$$= ၁၂၅၀၀ \times ၀.၈ \times ၀.၈၅ = ၈၅၀၀$$

ထို့ကြောင့် ဝက်သက်ကာကွယ်ဆေးထိုးလွှမ်းခြုံမှု (၈၀)%ရှိသော မြို့နယ်(က)တွင် အမှန်တကယ် ရောဂါ ကာကွယ်မှုရနိုင်သည့် ကလေးဦးရေမှာ (၈၅၀၀)ဦးဖြစ်၍ ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားနိုင်ခြေရှိသည့် ကလေးပေါင်းမှာ (၁၂၅၀၀-၈၅၀၀=(၄၀၀၀) ဦး) ဖြစ်ပါသည်။

အဆိုပါ မြို့နယ်(က)တွင် (၄) နှစ်အတွင်း ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားနိုင်ခြေရှိသည့် ကလေးဦးရေ တွက်ချက်လျှင် အောက်ပါ အတိုင်းရရှိပါမည်။

နှစ်	အရှင်မွေးကလေးစုစုပေါင်း	ဝက်သက်ရောဂါကာကွယ်မှု ရနိုင်သည့်ကလေးပေါင်း	ဝက်သက်ရောဂါဖြစ်ပွားနိုင်ခြေ ရှိသည့် ကလေးပေါင်း
၁	၁၂၅၀၀	၈၅၀၀	၄၀၀၀
၂	၂၅၀၀၀	၁၇၀၀၀	၈၀၀၀
၃	၃၇၅၀၀	၂၅၅၀၀	၁၂၀၀၀
၄	၅၀၀၀၀	၃၄၀၀၀	၁၆၀၀၀

ထို့ကြောင့် မြို့နယ်(က)တွင် (၄)နှစ်အတွင်း ဝက်သက်ရောဂါ ဖြစ်ပွားနိုင်ခြေရှိသည့် ကလေးငယ်ဦးရေ များလာ သဖြင့် ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားနိုင်ခြေ ရှိလာမည်ဖြစ်ပါသည်။

၁၀-၆ ဝက်သက်ရောဂါကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားမှုမှ ထပ်ဆင့် ကူးစက်နိုင်ခြေရှိသော အန္တရာယ်ရှိသည့် အချက်အလက်များ (Risk Factors)

- (က) လူဦးရေ အရွယ်ပမာဏ၊ အချိုးအစား၊ သိပ်သည်းမှု၊ ရွှေ့ပြောင်းနေထိုင်မှု၊ ကျေးလက်နှင့် မြို့ပြတွင် နေထိုင်မှု
 - (ခ) ဝက်သက်ကာကွယ်ဆေး မထိုးရသေးသော အသက်(၅)နှစ်အောက်ကလေးများတွင် ရောဂါပိုမို ဖြစ်နိုင်ခြင်း
 - (ဂ) အာဟာရနှင့် ဗီတာမင်(အေ) ချို့တဲ့မှု အခြေအနေ
 - (ဃ) ခုခံအားကျရောဂါအခြေအနေ (AIDS/ HIV Prevalance)
 - (င) လူစုလူဝေးရှိသည့် နေရာများနှင့် ပွဲလမ်းသဘင်များသို့ သွားရောက်ခြင်း
 - (စ) ကျန်းမာရေးဌာနများ၏ လုပ်ငန်းဆောင်ရွက်မှု အခြေအနေ
- စသည်တို့ကိုလည်း ထည့်သွင်းစဉ်းစားရန် လိုအပ်ပါသည်။

၁၁။ ဝက်သက်ရောဂါ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုမှု အညွှန်းကိန်းများ (Measles Surveillance Performance Indicators)

အရည်အသွေးပြည့်မီသော စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုခြင်းလုပ်ငန်းအား ဆောင်ရွက်ရန်အတွက် အောက်ပါ စံနှုန်းများကို အသုံးပြုပါသည်။

- ၁။ တစ်နှစ်အတွင်း ဖြစ်ပွားခဲ့သော ဝက်သက်ရောဂါ ဖြစ်ပွား/သေဆုံးမှုအခြေအနေ
- ၂။ ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာ ဖြစ်ပွားသူများမှ ဝက်သက်ရောဂါ မဟုတ်သောလူနာ လူဦးရေတစ်သိန်းတွင် တွေ့ရှိနှုန်း (လူဦးရေ(၁၀၀,၀၀၀) တွင် (၂)ဦး အနည်းဆုံးတွေ့ရှိရမည်)
- ၃။ လူဦးရေတစ်သိန်းလျှင် ဝက်သက်ရောဂါ သံသယလူနာတစ်ဦး တွေ့ရှိမှုအား သတင်းပေးပို့ရမည့် မြို့နယ်ရာခိုင်နှုန်း (အနည်းဆုံး (၈၀)% ရှိရမည်။)
- ၄။ တစ်နှစ်အတွင်းအတည်ပြု ဂျီကတ်သိုး (Rubella) ရောဂါဖြစ်ပွားသူ ဦးရေ
- ၅။ သံသယ ဝက်သက်ရောဂါ ကပ်အသွင် (Outbreaks) ဖြစ်ပွားမှုများအားလုံးအား ကွင်းဆင်းစစ်ဆေးလျက် သွေးနမူနာ ပေးပို့စစ်ဆေးသည့် ရာခိုင်နှုန်း ((၁၀၀)% ရာနှုန်းပြည့် ရှိရမည်။)
- ၆။ လစဉ် ကာကွယ်ဆေးဖြင့် တားဆီး၍ရသောရောဂါများ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုမှုအပေါ် သတင်းပေးပို့မှု ရာခိုင်နှုန်း ((၁၀၀)% ရာနှုန်းပြည့် ရှိရမည်။)
- ၇။ လစဉ် ကာကွယ်ဆေးဖြင့် တားဆီး၍ရသောရောဂါများ စောင့်ကြပ်ကြည့်ရှုမှုအပေါ် အချိန်မီ သတင်းပေးပို့နိုင်သည့် ရာခိုင်နှုန်း (အနည်းဆုံး (၈၀)% ရှိရမည်။)
- ၈။ ကပ်အသွင်ဖြစ်ပွားသည့် လူနာများ ပါဝင်ခြင်းမရှိသည့် ဝက်သက်သံသယလူနာများ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဓါတ်ခွဲဌာနသို့ ပေးပို့ဓါတ်ခွဲစစ်ဆေးအတည်ပြုချက် စစ်ဆေးရယူနိုင်သည့် ရာခိုင်နှုန်း (အနည်းဆုံး (၈၀)% ရှိရမည်။)
- ၉။ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဓါတ်ခွဲဌာနမှ ဓါတ်ခွဲနမူနာ ရရှိပြီး (၁၄)ရက်အတွင်း ဓါတ်ခွဲအဖြေထုတ်ပေးနိုင်သည့် ရာခိုင်နှုန်း (အနည်းဆုံး (၈၀)% ရှိရမည်။)
- ၁၀။ ဝက်သက်ကြောင့် သေဆုံးသူ ရာခိုင်နှုန်း

Measles Case Investigation Form

Case ID No.: MMR/___/___/___/___

Union of Myanmar

Date of investigation: _____	Title _____
Name of investigator: _____	
Office: _____	

Patient Identification

Patient's name: _____	Sex(M/F): _____	Date of birth ___/___/___	Age year: ___ months ___
Father's name: _____	Mother's name: _____		
Address: State/Division: _____			
Urban: Township: _____	Ward: _____	Street no./name: _____	
House no: _____			
Rural: Township: _____	Village Tract: _____	Village: _____	

Treatment/ Outcome

Did the patient receive care in a hospital/health center/private clinic?	Yes/No If yes date: _____
Was the patient seen and treated by a doctor?	Yes/No If Yes , the doctor's diagnosis: _____
If No , Was the patient seen and treated by a BHS?	Yes/No
Any complications and comments? _____	
Outcome after 30 days of Rash: Alive/ Died / Not Known	If Died , Date and Cause of death: _____

Immunization

Measles immunization received through UCI: _____	Measles immunization received through others: _____
Total number of measles immunizations: _____	If immunized, was immunization record seen? Yes/No
If Yes , give dates: 1st dose: ___/___/___ 2nd dose: ___/___/___	

Clinical Features

Fever: Yes/No	Rash: Yes/No	If Yes , type: _____
Date of onset of rash: ___/___/___	Duration of rash: _____ days	
Cough: Yes/ No	Running nose: Yes/No	Red eyes: Yes/No
Arthralgia/ arthritis: Yes / No	Lymph Node enlargement: Yes/ No	
Eye Signs and Symptoms: Yes / No	Ear Signs and symptoms: Yes / No	
Other symptoms: _____		
Pregnant: Yes/ No	If Yes LMP _____	Due date: _____

Epidemiological contact information

Was there contact with a suspected measles or rubella case in the month prior to rash onset ?
<input type="checkbox"/> measles <input type="checkbox"/> rubella <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> unknown
Was there a confirmed case of measles or rubella in this area in the month prior to rash onset in this case?
_____ measles _____ rubella _____ no _____ unknown
Travel of the patient in the month prior to rash onset ?
_____ Yes _____ no _____ unknown
If yes, describe where ? _____
Was patient in contact with a pregnant woman since developing symptoms ?
_____ Yes _____ no _____ unknown

Laboratory tests

Date blood collected : _____	Date urine (if any) collected : _____
Date serum sent to National Laboratory _____	Date urine sent to reference laboratory _____
Date of laboratory result _____	
Measles IgM test result : POSITIVE / NEGATIVE / EQUIVOCAL / NOT DONE	
Rubella IgM test result : POSITIVE / NEGATIVE / EQUIVOCAL / NOT DONE	
Other lab test results _____	
Date results received by investigator : _____	
Date patient informed of results : _____	

Final classification of case

<input type="checkbox"/> laboratory-confirmed measles	<input type="checkbox"/> laboratory-confirmed rubella
<input type="checkbox"/> epidemiologically-confirmed measles	<input type="checkbox"/> epidemiologically-confirmed rubella
<input type="checkbox"/> Clinically confirmed measles	<input type="checkbox"/> Discard
<input type="checkbox"/> other _____	

NOTE: As soon as possible, please send copies of all complete Case Investigation Forms to SDCU and CEU

Generic line list for Measles

Epidemic week number: _____ From date _____ To Date _____
 Health Facility: _____ Date Sent to _____ level _____
 Township: _____ Date received at _____ level: _____
 Outbreak Id (If outbreak): _____

CASE ID Number	Patient name	Address (Village/ Ward/ Township)	Sex	Date of Birth	H- Hospitalised N - Not Hospitalised	If Hospitalised - Date	Date of investigation	Date onset of rash	Number of vaccine doses* received 0/1/2 NK	Date of recent vaccination	Source of vaccination status information**	Date laboratory specimen taken	Results of laboratory testing

* Exclude doses given within 14 days of onset of the disease.
 ** Indicate how the vaccination status was confirmed. i.e., verbally or was a vaccination card seen.

MEASLES LABORATORY REQUEST AND RESULT FORM

Address: _____

Village/ Ward: _____

Sub centre: _____

RHC/ SHU: _____

Township: _____

Measles Outbreak ID: _____

District: _____

State / Division: _____

Part I: Case information							Part II: to be filled out by receiving laboratory				
Patient name	Case ID	Age		Date of rash onset	Date of last measles dose	Type of Specimen	Specimen collection date	Specimen identification number	Date of result	Test result	
		Years	Months							Measles	Rubella
Date specimens sent: _____							Date specimens received: _____				
Name of person sending the specimens: _____							Receiving laboratory name: _____				
Address: _____							Comment: _____				
							Signature: _____				

Note:

MEASLES OUTBREAK INVESTIGATION SUMMARY

Outbreak ID: _____

Notification

Source of notification: Weekly report / Active case search / Other

Index case reported by: _____ Name of Surveillance focal person: _____

Date of notification of index case: _____ Designation: _____

Location of the outbreak

Village / Urban ward affected: _____ Sub-center: _____

RHC: _____ Township: _____

District: _____ State/ division: _____

Preliminary investigation including desk review at township

Township desk review: date _____ findings _____

Date/s of preliminary search in the community: _____

Number of health facilities searched: _____ Number of sub-centers/ urban wards searched: _____

Number of areas* searched: _____ Total number of clinically suspect measles cases: _____

Date of Rapid Response Team meeting: _____

Details of outbreak investigation

Date of pre outbreak investigation orientation: _____

Date of outbreak investigation From: _____ To: _____

Number of health facilities involved: _____ Number of sub-centers/ urban wards involved: _____

Number of areas* involved: _____ Total population investigated: _____

Type of Outbreak: Measles / Rubella/ Mixed / Other Specify: _____

Total number of measles cases: _____ Total number of deaths due to measles: _____

Date of onset of first case: _____ Date of onset of most recent case: _____

Laboratory investigation details

Case ID	Age	Sex	Date of last measles dose	Date of collection	Date sent to lab	Date received in lab	Result Measles/ Rubella/ Negative/ Equivocal	Date of Result

Note: * Areas are villages, wards, named localities, towns or cities.

MEASLES OUTBREAK INVESTIGATION: SUMMARY PAGE

Data analysis of outbreak investigation

Outbreak ID: _____

Age Group	Number of measles cases			Number of non- measles cases			Number of deaths due to measles	Total population (H)	Age specific attack rate	Age wise distribution of measles cases	Attack rate among		Vaccine Efficacy	Case Fatality rate (CFR)
	received measles vaccine	not received measles vaccine	unknown vaccination status	received measles vaccine	not received measles vaccine	unknown vaccination status					vaccinated (ARV)	not vaccinated/ unknown (ARU)		
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)					$\frac{A \times 100}{(A+D)}$	$\frac{(B+C) \times 100}{(B+C+E+F)}$		
< 9 months														
9 - 11 months														
1 - 4 years														
5 - 9 years														
10 - 14 years														
>=15 years														
Total	(I)	(J)	(K)											

Note: Highlighted columns to be completed only when population data is collected.

Any other relevant details

Integrated Weekly Report of AFP, NNT and Measles
(Reporting Units = Health Centers)

Please send this report every Monday afternoon: To RHC/ SHU/ Township Health Department

T.H/M.C.H/U.H.C/S.H.S/R.H.C/S.C _____ Township _____

Week No.: _____ Year: _____

Period included in the report: From __/__/__ (Sunday) to __/__/__ (Saturday)

	AFP	NNT	Measles						
			<9m	9-11m	1-4 y	5-9 y	10-14 y	15y+	Total
			C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D
Number detected and reported									
No. of immunization of mother or child									

ARI		ARI Cases with Unexplained Deaths	Death of Domestic Birds	Death of Wild Birds	Rapid Test for influenza A
Cases	Deaths		Yes/No/Unknown (If yes, how many)	Yes/No/Unknown (If yes, how many)	Yes/No (If yes, how many positive)

Date of sending reports: __/__/__

Signature _____

Name _____

Designation _____

Integrated Weekly Report of AFP, NNT and Measles
(Reporting Units = Health Centers)

Please send this report every Monday afternoon: To RHC/ SHU/ Township Health Department

T.H/M.C.H/U.H.C/S.H.S/R.H.C/S.C _____ Township _____

Week No.: _____ Year: _____

Period included in the report: From __/__/__ (Sunday) to __/__/__ (Saturday)

	AFP	NNT	Measles						
			<9m	9-11m	1-4 y	5-9 y	10-14 y	15y+	Total
			C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D
Number detected and reported									
No. of immunization of mother or child									

ARI		ARI Cases with Unexplained Deaths	Death of Domestic Birds	Death of Wild Birds	Rapid Test for influenza A
Cases	Deaths		Yes/No/Unknown (If yes, how many)	Yes/No/Unknown (If yes, how many)	Yes/No (If yes, how many positive)

Date of sending reports: __/__/__

Signature _____

Name _____

Designation _____

Form TO1

**Weekly Township Report of AFP, NNT and Measles
Union of Myanmar**

Please send this report **every Tuesday** afternoon to:

State/Division Health Director _____
 Address _____
 Telephone _____
 Fax _____

This report should reach State/Division Department of Health **by noon on Wednesday**

Township _____ State/Division _____
 Week No. _____ Year _____

Period included in the report: From __/__/__ (Sunday) to __/__/__ (Saturday)

Number of units expected to report: _____

Number of units reporting: _____

Number of units reporting on time: _____

Number of AFP cases detected and reported this week: _____

Write 0("zero") if no cases

List the EPID-Codes of AFP cases detected and reported this week:

Number of cases and deaths (C/D) of NNT and Measles detected and reported this week and immunization status: *If no cases/deaths were identified, write 0("zero")*

	NNT	Measles						Total
		<9m	9-11m	1-4 y	5-9 y	10-14 y	15y+	
	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D
Number detected and reported								
No. of immunization of mother or child								

ARI		ARICases with Unexplained Deaths	Death of Domestic Birds	Death of Wild Birds	Rapid Test for Influenza A
Cases	Deaths		Yes/No/Unknown (If yes, how many)	Yes/No/Unknown (If yes, how many)	Yes/No (If yes, how many positive)

Name of person filling the report: _____

Date report sent: _____

Signature of Township Medical Officer _____

ALL TOWNSHIPS SHOULD REPORT WEEKLY EVEN IF NO CASES OF AFP, NNT AND MEASLES WERE DETECTED. ALL CASES OF AFP, NNT AND MEASLES SHOULD BE INVESTIGATED.

Form SO1

**Weekly State/Division Report of AFP, NNT and Measles
Union of Myanmar**

Please send this report every Thursday afternoon to:

Epidemiologist
Address: CEU, DOH, NayPyiTaw
Telephone: 067-420437, 421205
Fax: 067-420437, 421205

This report should reach CEU every Friday before noon

State/Division _____
Week No. _____ Year _____

Period included in the report: From __/__/__ (Sunday) to __/__/__ (Saturday)

Number of units expected to report: _____
Number of units reporting: _____
Number of units reporting on time: _____
Number of AFP cases detected and reported this week: _____

Write 0("zero") if no cases

No. of AFP cases detected and reported this week: () Cumulative this year: ()

Number of cases and deaths (C/D) of NNT and Measles detected and reported this week and immunization status: *If no cases/deaths were identified, write 0("zero")*

	NNT	Measles						
		<9m	9-11m	1-4 y	5-9 y	10-14 y	15y+	Total
		C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D
Number detected and reported								
Immunization status of mother or child								

ARI		ARI Cases with Unexplained Deaths	Death of Domestic Birds	Death of Wild Birds	Rapid Test for Influenza A
Cases	Deaths		Yes/No/Unknown (If yes, how many)	Yes/No/Unknown (If yes, how many)	Yes/No (If yes, how many positive)

Name of person filling the report: _____
Date report is sent to CEU, DOH, Yangon: _____
Signature of State/Division Health Director: _____

ALL STATES/DIVISIONS SHOULD REPORT WEEKLY EVEN IF NO CASES OF AFP, NNT AND MEASLES WERE DETECTED. ALL CASES OF AFP, NNT AND MEASLES SHOULD BE INVESTIGATED.

Form HO1

**Weekly Hospital Report of AFP, NNT and Measles
Union of Myanmar**

After review of all ward and registry books, please send this report to the following address given below every Monday, so that it will arrive by Wednesday noon the same week.

Epidemiologist (CEU) / State or Divisional Health Director: _____

Address: _____

Telephone: _____ Fax: _____

Hospital: _____ City: _____

State/Division: _____

Week No. _____ Year: _____

Period of report: From _____ (Sunday) to _____ (Saturday)

Number of cases of AFP identified: _____

If no cases/deaths were identified, write 0 (zero).

Number of cases and deaths (C/D) of NNT and Measles identified and their immunization status: *If no cases/deaths were identified, write 0 (zero)*

	NNT	Measles						Total
		<9m	9-11m	1-4 y	5-9 y	10-14 y	15y+	
	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D
Number detected and reported								
No. of immunization of mother or child								

ARI		ARI Cases with Unexplained Deaths	Rapid Test for Influenza A
Cases	Deaths		Yes/No (If yes, how many positive)

Name of persons filling the report: _____

Date report sent to CEU (for Yangon hospitals): _____

Date report sent to State/Div. Health Dir. (for others): _____

Signature of Medical Superintendent: _____

***The Week begins at 00:00 hrs on Sunday and ends on 24:00 hrs on Saturday.**

Refer to the attached calendar of reporting weeks.

ALL CASES OF AFP IN CHILDREN UNDER 15 YEARS OF AGE AND ALL CASES OF NNT SHOULD BE REPORTED AND INVESTIGATED. ALL CASES OF MEASLES SHOULD ALSO BE REPORTED ALONG WITH THE IMMUNIZATION STATUS.

Note: This form should be completed every Monday by the person in the hospital responsible for reporting diseases. Yangon hospitals should send it to the CEU and others to the State/Div. Health Department on Monday every week by "Speed Post" or other means so that it reaches by noon on Wednesday that week.

Form HO2

**Weekly Active Hospital Surveillance Report of AFP, NNT and Measles
Union of Myanmar**

Name of Hospital visited: _____

Townships: _____

State/Division: _____

Name of Medical Officer responsible: _____

Week number: _____ ending ___/___/___

Date of visit: _____

	AFP	NNT	Measles						Total
			<9m	9-11m	1-4 y	5-9 y	10-14 y	15y+	
	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	C/D	
Number Found this week									
No. of immunization of mother or child									

Please get a list of names and addresses of unreported cases.

ARI		ARI Cases with Unexplained Deaths	Rapid Test for Influenza A
Cases	Deaths		Yes/No (If yes, how many positive)

Wards

Visited? (Yes/No)

Paediatric Inpatient _____

Paediatric Outpatient _____

Neuromedical Inpatient _____

Neuromedical Outpatient _____

Medical Wards (for 13-15yr olds) _____

Physiotherapy Department _____

Isolation Ward _____

Signature of Hospital Authority: _____ Date: _____

Remember:

1. Visit hospital between Monday and Wednesday. Send this form and completed AFP Case Investigation Form (if AFP case found) to State/Division Health Department to arrive on Wednesday and also phone or telegraph to CEU not later than Friday.
2. Review admission and outpatient registers and look for AFP, NNT and Measles cases/deaths.
3. Refer to your list of conditions that can present as AFP. Look for these conditions in the registers.
4. Unreported cases with onset of paralysis more than three months preceding the time of the visit should also be reported and investigated. However stool specimens of such cases will not be collected.