แบบบันทึกการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่

รพ.สต./ รพ……………………………………………………………………………

ชื่อ-นามสกุล………………………………………………………อายุ……………..ปี เพศ...…………

เลขบัตรประจำตัวประชาชน………………………………………………………………………

ที่อยู่ เลขที่...……………..หมู่ที่...……หมู่บ้าน………………………ตำบล…………………………

อำเภอ………………………………………....จังหวัดชัยภูมิ รหัสไปรษณีย์…………………………

โทรศัพท์ ที่ติดต่อได้สะดวก…………………………………………………………………………...

ประวัติความเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่

☐ อาการปรกติ

☐ มี/ เคยมีประวัติหรืออาการผิดปรกติดังต่อไปนี้.

☐ ถ่ายเป็นเลือดปนมากับอุจจาระ(Hematochezia/Maroon/Melena) (ระบุระยะเวลา/ปริมาณเท่าที่ประเมิน ได้)……………..

……………………………………………………………………………....………………………………………………………………

☐การขับถ่ายอุจจาระผิดปกติไปจากเดิม เช่นอุจจาระก้อนเล็กลงหรือมีอาการท้องผูกสลับท้องเสียเป็นมานาน………………..

☐มีอาการถ่ายลำบาก ท้องผูกบ่อย ๆ หรือแน่นท้องท้องอืดบ่อย ๆเป็นมานาน…………………………………………………...........

☐ปวดเบ่งเวลาถ่ายอุจจาระเหมือนถ่ายอุจจาระไม่สุดเป็นมานาน……………………………………………………………………..

☐คลำได้ก้อนที่ท้องเป็นมานาน…………………………………………………………………………………………………...........

☐ วิงเวียนศรีษะ/หน้ามืด/เป็นลม/หมดสติ/ เหนื่อยอ่อนเพลีย (Syncopy/ Anemic symptoms) (ระบุระยะเวลาที่ประเมินได้)

…………………………………………………………………...….……………………………………………………………………

☐น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบ สาเหตุ ลดลง…………………...กก.ภายในเวลา…………………………………………………………..

☐เคยส่องกล้องลำไส้ใหญ่พบมีติ่งเนื้อในลำไส้ เป็นมานาน ……………………………………..……………..………….....………

การสูบบุหรี่ ☐ ไม่สูบ ☐ เคยสูบ หยุดมานาน ………………..ปี การดื่มสุรา ☐ไม่ ดื่ม ☐ เคยดื่ม หยุดมานาน ……………..ปี

☐ สูบ (เฉลี่ย…………….มวน/วัน นาน………….ปี ☐ ดื่ม (เฉลี่ย…………….ขวด /วัน นาน………..ปี

ประวัติมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัว

☐ ไม่มี ☐ มี ………....คน อายุของคนที่เป็นมะเร็งที่อายุน้อยที่สุด อายุ………………….ปี

>>