

แบบคัดกรองผู้มีอาการสงสัยวัณโรคปอด

หน่วยงานที่คัดกรอง.....จังหวัด.....

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี.....เดือน

เพศ (ตามบัตรประชาชน) หญิง ชาย

เลขที่บัตรประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบัน

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

สัญชาติ ไทย พม่า เขมร ลาว อื่นๆ (ระบุ.....)

มีประวัติกำลังรักษา หรือเคยรักษาวัณโรค มี ไม่มี

มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค มี ไม่มี

ส่วนที่ 1 : คัดกรองสัมภาษณ์ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค

วันที่คัดกรอง...../...../.....

เลขที่คัดกรอง.....

อาการสงสัยวัณโรค

มี

ไม่มี

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์ | <input type="checkbox"/> (3 คะแนน) | <input type="checkbox"/> (0 คะแนน) |
| 2. ไอเป็นเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา | <input type="checkbox"/> (3 คะแนน) | <input type="checkbox"/> (0 คะแนน) |
| 3. ไอน้อยกว่า 2 สัปดาห์ | <input type="checkbox"/> (2 คะแนน) | <input type="checkbox"/> (0 คะแนน) |
| 4. น้ำหนักลด โดยไม่ทราบสาเหตุใน 1 เดือนที่ผ่านมา | <input type="checkbox"/> (1คะแนน) | <input type="checkbox"/> (0 คะแนน) |
| 5. มีไข้ทุกวันนาน 1 สัปดาห์ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา | <input type="checkbox"/> (1 คะแนน) | <input type="checkbox"/> (0 คะแนน) |
| 6. เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืนภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา | <input type="checkbox"/> (1 คะแนน) | <input type="checkbox"/> (0 คะแนน) |

หมายเหตุ: ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค คือ ผู้ที่มีคะแนนรวมทั้ง 3 คะแนนหรือเท่ากับ 3 คะแนน (≥ 3) คะแนน

ส่วนที่ 2 : การตรวจวินิจฉัยวัณโรค

สถานที่ส่งตรวจ :

1. ผลเอกซเรย์ปอด: ปกติ วัณโรคปอด โรคปอดอื่นๆ
 ไม่ได้เอกซเรย์ เพราะ.....

2. ส่งตรวจเสมหะ XpertMTB/RIF วันที่.....
 AFB smear ครั้งที่ 1 วันที่..... (spot / collect)
ครั้งที่ 2 วันที่..... (spot / collect)
 ไม่ได้ส่งตรวจ เพราะ

2.1 ผลตรวจ XpertMTB/RIF วันที่ได้ผลตรวจ.....
 MTB detected RR detected RR not detected
 MTB not detected อื่นๆ.....

2.2. ผลเสมหะ (AFB smear) : ครั้งที่ 1 (spot / collect) วันที่ได้ผลตรวจ..... ไม่พบเชื้อ พบเชื้อ
ครั้งที่ 2 (spot / collect) วันที่ได้ผลตรวจ..... ไม่พบเชื้อ พบเชื้อ

สรุป: ผลการวินิจฉัย ไม่เป็นวัณโรค ป่วยเป็นวัณโรค รักษาที่.....