

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน.....เพศ ชาย หญิง

เลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ HN.....

เชื้อชาติ ไทย อื่นๆ ระบุ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สิทธิการรักษา UC ข้าราชการ ประกันสังคม ต่างด้าวมีประกัน ต่างด้าวไม่มีประกัน อื่นๆ ระบุ.....

ชื่อสถานพยาบาลที่รักษาวัณโรค.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคและเหตุการณ์ส่งตรวจ

วันที่ขึ้นทะเบียน...../...../..... วันที่เก็บเสมหะ...../...../..... วันที่ส่งตัวอย่างตรวจ...../...../.....

ผลการตรวจHIV Positive Negative ไม่ทราบ

ผลการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อ AFB

 Negative 1+ 2+ 3+
 Scanty 1-9 cells/100 วงกล้อง(ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ LM) Scanty 1-29 cells/30(ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ LED-FM)การจำแนกโรค วัณโรคปอด วัณโรคนอกปอด

เหตุผลการส่งตรวจ

 เพื่อวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาPre-treatment ผู้ป่วยใหม่สัมผัส MDR-TB ผู้ป่วยใหม่ TB/HIV ผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติ ผู้ป่วยใหม่ต้องซังในเรือนจำ ผู้ป่วยใหม่เป็นผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข อื่นๆ.....On-treatment ผู้ป่วยรักษาด้วยสูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่(สูตร1) มีเสมหะพบเชื้อเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 หรือ 5 หรือ..... ผู้ป่วยรักษาด้วยสูตรยารักษาซ้ำด้วยยา First Line Drug (สูตร 1) มีเสมหะพบเชื้อเมื่อสิ้นสุดเดือนที่3 หรือ 5 หรือ.....Re-treatment ผู้ป่วยรักษาล้มเหลว สูตร 1 ผู้ป่วยรักษาล้มเหลว สูตร 2 ผู้ป่วยรักษาล้มเหลว สูตร 3 ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยรักษาซ้ำหลังขาดยา เพื่อติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา สิ้นสุดการรักษาเดือนที่.....

ประเภทผู้ป่วย MDR-TB แยกตามประวัติการรักษา (ระบุ)

 MDR-TB: New MDR-TB: Relapse MDR-TB: TAD MDR-TB:Others MDR-TB: TAF of New MDR-TB: TAF of Previous Treatment MDR-TB: Transfer inตัวอย่างส่งตรวจ เสมหะ จำนวน.....ตัวอย่าง อื่นๆ (ระบุ).....

การส่งตรวจ	วิธีตรวจ (Conventional method)	วิธีรวดเร็ว (Rapid method)
1.เพาะเลี้ยงเชื้อและพิสูจน์ชนิดเชื้อ	Solid culture	Liquid culture
2.ทดสอบความไวต่อยา	Solid DST	Liquid DST
3.อณูชีววิทยา	- - -	LPA (HAIN/.....) Real-time PCR (Xpert MTB/RIF) Real-time PCR (SeeGene/.....)

ชื่อผู้ส่งตรวจ.....ชื่อเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ.....หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....

ส่วนที่ 3 หน่วยรับตรวจ

ลักษณะเสมหะ ชื่น เหลือง เขียว ปนเลือด เมือกเหนียว น้ำลาย ปริมาตรตัวอย่าง (ระบุ).....ml.ลักษณะกล้องเสมหะ/ขวดเชื้อส่งตรวจ ตัวอย่างอยู่ในสภาพดี ตัวอย่างอาหารละ ตัวอย่างหกเลอะเทอะการดำเนินการทางห้องปฏิบัติการ สามารถดำเนินการตรวจต่อไปได้
 ไม่สามารถดำเนินการตรวจต่อไปได้ เนื่องจาก.....

วันที่รับตัวอย่างตรวจ...../...../..... หมายเลขตัวอย่าง.....ชื่อเจ้าหน้าที่.....