

แบบคัดกรองวัณโรคแรงงานข้ามชาติ

ชื่อ-นามสกุล..... วัน/เดือน/ปี(เกิด)..... อายุ.....ปี HN.....

เพศ (ตามบัตรประชาชน) หญิง ชาย เลขที่บัตรประชาชน ----

ที่อยู่.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

สัญชาติ พม่า กัมพูชา ลาว อื่นๆ.....อาชีพ ประมง ก่อสร้าง สถานประกอบการ อื่นๆ.....

สิทธิการรักษา มีบัตรประกันสุขภาพ ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (เพราะ.....)

มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ไม่ใช่ ใช่ (ได้รับ ARV ยังไม่ได้รับ)

ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค ไม่เคย เคย เมื่อปี พ.ศ.

ส่วนที่ 1 :คัดกรองสัมภาษณ์ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค

วันที่คัดกรอง...../...../.....

อาการสงสัยวัณโรค	ไม่มี	มี
1.1 ไอเรื้อรัง > 2 อาทิตย์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 ไอมีเลือดปน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุร่วมกับน้ำหนักลด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุร่วมกับเหงื่อออกผิดปกติตอนกลางคืน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หากมีอาการข้อใดข้อหนึ่ง ให้ส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรค

สรุป: ส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรค ไม่ใช่ ใช่ ส่งตรวจวันที่.....

หน่วยงาน.....ผู้คัดกรอง.....

ส่วนที่ 2 : การตรวจวินิจฉัยวัณโรคสถานที่ส่งตรวจ :

1. ผลตรวจเสมหะ GeneXpert AFB smear วันที่.....

1.1. ผลตรวจ GeneXpert

MTB detected and RR- MTB detected and RR+ MTB not detected Other.....

1.2. ผลเสมหะ (AFB smear) :

วันที่ส่งเสมหะ ครั้งที่ 1:/...../..... (spot / collect) ไม่พบเชื้อ พบเชื้อ

วันที่ส่งเสมหะ ครั้งที่ 2:/...../..... (spot / collect) ไม่พบเชื้อ พบเชื้อ

ไม่ได้ส่งเสมหะตรวจ เพราะ.....

2. ผลเอ็กซเรย์ปอด : ปกติ วัณโรคปอด โรคปอดอื่นๆ ไม่ได้เอ็กซเรย์

เพราะ.....

สรุป:ผลการวินิจฉัย ไม่เป็นวัณโรค ป่วยเป็นวัณโรค รักษาที่.....

ผู้ส่งต่อ.....