

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

เพศ (ตามบัตรประชาชน)  หญิง  ชาย เลขที่บัตรประชาชน ----

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

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

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วย DM รายใหม่  ผู้ป่วย DM รายเก่า

ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค  ไม่เคย  เคย เมื่อปี พ.ศ. ....

**ส่วนที่ 1 :คัดกรองสัมภาษณ์ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค**

วันที่คัดกรอง...../...../.....

อาการสงสัยวัณโรค	ไม่มี	มี
1. ไอเรื้อรัง > 2 อาทิตย์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ไอมีเลือดปน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุร่วมกับน้ำหนักลด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุร่วมกับเหงื่อออกผิดปกติตอนกลางคืน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หากมีอาการข้อใดข้อหนึ่งให้ส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรค

สรุป: ส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรค  ไม่ใช่  ใช่ ส่งตรวจวันที่.....

หน่วยงาน..... ผู้คัดกรอง.....

**ส่วนที่ 2 : การตรวจวินิจฉัยวัณโรคสถานที่ส่งตรวจ :** .....

1. ผลเอกซเรย์ปอด:  ปกติ  วัณโรคปอด

โรคปอดอื่นๆ  ไม่ได้เอกซเรย์เพราะ.....

2. ผลตรวจเสมหะ  GeneXpert  AFB smear  ไม่ได้ส่งตรวจเพราะ.....

2.1. ผลตรวจ GeneXpert วันที่.....

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

2.2. ผลเสมหะ (AFB smear) :

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

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

สรุป: ผลการวินิจฉัย  ไม่เป็นวัณโรค  ป่วยเป็นวัณโรค รักษาที่.....