

แบบฟอร์ม 4-1 แบบฟอร์มการตรวจหาการป่วยด้วยโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อ (Contact MDR)

ชื่อผู้ป่วย(Index case).....วัน/เดือน/ปี(เกิด).....อายุ.....ปี ประเภทผู้ป่วย New Retreat อื่นๆ MDR. No. ....วันเริ่มรักษา .....โรงพยาบาล.....  
 ที่อยู่ (ผู้ป่วย).....รพสต/รพ. ที่รับผิดชอบ.....  
 ชื่อผู้คัดกรอง.....ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....วันที่เยี่ยมคัดกรอง.....

ลำดับ	ผู้สัมผัส	เพศ/ อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์ กับผู้ป่วยและ ลักษณะการสัมผัส	ข้อบ่งชี้ที่สงสัยว่าป่วยเป็นวัณโรค		ตรวจ เสมหะ	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ			ผลภาพถ่าย รังสีทรวงอก	สรุปผล
				อาการทางคลินิก	โรคประจำตัว		ผล AFB 1	ผล AFB 2	ผลการตรวจ Gene Xpert		
	ID- - - - - ชื่อ..... นามสกุล..... เบอร์โทร..... ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย เมื่อ พ.ศ. ....	เพศ <input type="checkbox"/> ช <input type="checkbox"/> ญ  อายุ ..... ปี	<input type="checkbox"/> ร่วมบ้าน <input type="checkbox"/> ใกล้ชิดอื่นๆ	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด <input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุ <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด <input type="checkbox"/> เหงื่อออกผิดปกติ ตอนกลางคืน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ภูมิคุ้มกันบกพร่อง <input type="checkbox"/> เบาหวาน <input type="checkbox"/> มะเร็ง..... <input type="checkbox"/> กินยากดภูมิคุ้มกัน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง .. ว/ด/ป ..... Lab No. .....	ผล AFB 1 ว/ด/ป ..... Lab No. .....	ผล AFB 2 ว/ด/ป ..... Lab No. .....	<input type="checkbox"/> MTB/RR+ <input type="checkbox"/> MTB/RR- <input type="checkbox"/> MTBnot detected <input type="checkbox"/> อื่นๆ....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง <input type="checkbox"/> ส่งผลปกติ <input type="checkbox"/> ส่งผลผิดปกติ  วันที่.....	<input type="checkbox"/> ไม่ป่วยเป็นวัณโรค <input type="checkbox"/> ป่วยเป็นวัณโรค รักษาที่.....
	ID- - - - - ชื่อ..... นามสกุล..... เบอร์โทร..... ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย เมื่อ พ.ศ. ....	เพศ <input type="checkbox"/> ช <input type="checkbox"/> ญ  อายุ ..... ปี	<input type="checkbox"/> ร่วมบ้าน <input type="checkbox"/> ใกล้ชิดอื่นๆ	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด <input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรังไม่รู้สาเหตุ <input type="checkbox"/> น้ำหนักลด <input type="checkbox"/> เหงื่อออกผิดปกติ ตอนกลางคืน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ภูมิคุ้มกันบกพร่อง <input type="checkbox"/> เบาหวาน <input type="checkbox"/> มะเร็ง..... <input type="checkbox"/> กินยากดภูมิคุ้มกัน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง <input type="checkbox"/> ส่ง .. ว/ด/ป ..... Lab No. .....	ผล AFB 1 ว/ด/ป ..... Lab No. .....	ผล AFB 2 ว/ด/ป ..... Lab No. .....	<input type="checkbox"/> MTB/RR+ <input type="checkbox"/> MTB/RR- <input type="checkbox"/> MTBnot detected <input type="checkbox"/> อื่นๆ....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง <input type="checkbox"/> ส่งผลปกติ <input type="checkbox"/> ส่งผลผิดปกติ  วันที่.....	<input type="checkbox"/> ไม่ป่วยเป็นวัณโรค <input type="checkbox"/> ป่วยเป็นวัณโรค รักษาที่.....

สรุปผลการคัดกรอง จำนวนผู้อาศัยร่วมบ้าน ..... คน (ไม่รวมผู้ป่วย) เป็น เด็กอายุตั้งแต่แรกเกิด - 5 ปี จำนวน ..... คน สัมภาษณ์คัดกรองวัณโรค ..... คน อาการสงสัยวัณโรค ..... คน  
 ตรวจเสมหะ .....คน เอ็กซเรย์ปอด จำนวน ..... คน พบเป็นวัณโรค จำนวน ..... คน ส่งรับการรักษา .....คน