

**แบบคัดกรองวัณโรคคลินิก ARV**

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  ผู้ป่วยรายใหม่  ผู้ป่วยรายเก่า

การรักษาด้วยยา ARV  รับประทาน ARV  ยังไม่รับประทาน ARV

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

**ส่วนที่ 1 :คัดกรองสัมภาษณ์ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค**

วันที่คัดกรอง ...../...../.....

อาการสงสัยวัณโรค	ไม่มี	มี
1. อาการไอผิดปกติ (Any cough)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. อาการไข้ภายใน 1 เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. น้ำหนักลดลงเกิน 5 % ของน้ำหนักตัว ภายใน 1 เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน มากกว่า 3 สัปดาห์ภายใน 1 เดือน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโตมากกว่า 2 เซนติเมตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หากมีอาการข้อใดข้อหนึ่งให้ส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรค

สรุป: ส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรค  ไม่ใช่  ใช่ ส่งตรวจวันที่.....

หน่วยงาน..... ผู้คัดกรอง.....

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

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

\*ส่ง GeneXpertเข้าในปีเดียวกัน ให้ระบุเหตุผล.....

1.1.ผลตรวจ GeneXpert

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

1.2. ผลเสมหะ(AFB smear) :

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

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

2. ผลเอกซเรย์ปอด:  ปกติ  วัณโรคปอด

โรคปอดอื่นๆ  ไม่ได้เอกซเรย์เพราะ.....

สรุป:ผลการวินิจฉัย  ไม่เป็นวัณโรค  ป่วยเป็นวัณโรค รักษาที่.....