

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา
(Index case M/XMDR-TB)

ชื่อหน่วยงาน.....จังหวัด.....

ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน.....ว.ด.ป เกิด.....
HN..... M/XDR.No.....สัญชาติ ไทย ไม่ใช่คนไทย ระบุ.....
๒.อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง
๓.ที่อยู่ ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ภูมิลำเนาเดิมบ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
๔.อาชีพ (ก่อนป่วย)บันทึกได้มากกว่า ๑อย่าง)ระบุ.....

๕.ประวัติการรักษาวัณโรคในอดีต มี เมื่อ.....ผลการรักษา.....
 ไม่มี

๖.ประวัติการป่วยวัณโรคของบุคคลในครอบครัว.....
.....
.....

๗.ประวัติการป่วยครั้งนี้

วันที่เริ่มมีอาการ.....
.....
วันที่วินิจฉัยดื้อยา.....ผลการตรวจเสมหะ.....
ผลเพาะเชื้อ.....
ผลทดสอบความไวของยา Resistance = :.....
Sense=.....
วันที่เริ่มรักษา.....สูตรยาเมื่อเริ่มรักษา.....

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลโดยทีมสหวิชาชีพ (Case Management)

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยป่วย วัน เดือน ปีที่อยู่ผู้ป่วย.....
สถานบริการสาธารณสุข.....สังกัดสาธารณสุขอำเภอ.....
โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

ตกลงบริการการดูแลกับผู้ป่วย

- [] การให้ยาฉีดชื่อยา.....dose ยาที่สถานบริการสาธารณสุข.....
[] การให้ยากินวันละมื้อ
[] มื้อเช้า พี่เลี้ยงคือ.....ตำแหน่ง.....
[] มื้อเย็น พี่เลี้ยงคือ.....ตำแหน่ง.....
[] มื้อก่อนนอน พี่เลี้ยงคือ.....ตำแหน่ง.....

คำแนะนำการจัดเก็บยา.....
การเบิกยาจาก MDR Center.....

คำแนะนำในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (IC)
ในสถานบริการสาธารณสุข.....
.....
ในบ้านผู้ป่วย.....

ความจำเป็นช่วยเหลือด้านฐานะเศรษฐกิจของผู้ป่วย.....

สนับสนุนค่าเดินทางไปทำ DOT.....บาท

ที่มติดตามการดูแลผู้ป่วย

- แพทย์..... พยาบาลคลินิก.....
- IC..... นักสังคมสงเคราะห์.....
- ผู้ประสานงานวัณโรคจังหวัด..... อื่น ระบุ.....