

แบบฟอร์มขอรับการสนับสนุนยาสำหรับผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง
Drug request form for Latent and active TB infection

ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด..... วันที่

๑. ขึ้นทะเบียน LTBI ใน TBCM online แล้ว [] ใช่

๒. ชื่อผู้ประสงค์จะกินยา.....อายุ..... น้ำหนัก..... HN.....

๓. ข้อมูลผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

๓.๑ มีผลการตรวจที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง [] ใช่

๓.๒ ประเภทประชากรกลุ่มเสี่ยง [] เด็กผู้สัมผัสวัณโรค

[] เจ้าหน้าที่สาธารณสุข HCWs

[] HIV

[] เรือนจำ

[] อื่นๆ.....

๓.๒ การวินิจฉัย

[] Tuberculin skin test (TST)

[] Interferon Gamma Release Assay (IGRA)

๓.๓ ผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงต้องไม่

[] ตั้งครรภ์

[] กำลังให้นมบุตร

[] มีค่า AST หรือ ALT มากกว่า ๕ เท่าของค่าปกติสูงสุด

๔. รายละเอียดของยาที่เบิก

๔.๑ Isoniazid syrup ๒๐ mg/๕ ml

จำนวน.....ขวด

๔.๒ Isoniazid ๑๐๐ mg/tab

จำนวน.....เม็ด

๔.๓ Rifapentine ๑๕๐ mg/tab

จำนวน.....เม็ด

๕. ชื่อผู้ประสานงาน..... อีเมล.....เบอร์โทร.....

๖. ชื่อทีมงานที่รับผิดชอบหลัก

แพทย์.....อีเมล.....เบอร์โทร.....

เจ้าหน้าที่ TB Clinic.....อีเมล.....เบอร์โทร.....

เภสัชกร.....อีเมล.....เบอร์โทร.....

เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ.....อีเมล.....เบอร์โทร.....