IC

Pulmonary TB Screening

HN.....ชื่อ-สกุล.....**อายุ**.....**ปี วันที่คัดกรอง**.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
.....
เบอร์โทรศัพท์มือมือ.....**เบอร์โทรศัพท์บ้าน**.....
ประวัติการรักษาวัณโรค ( ) ไม่เคย ( ) เคย ปี.....กินยา ( ) ครบ .....เดือน. ( ) ไม่ครบ

อาการสงสัยวัณโรค	**มี**	**ไม่มี**
1. ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์	☐ (3 คะแนน)	☐ (0 คะแนน)
2. ไอเป็นเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา	☐ (3 คะแนน)	☐ (0 คะแนน)
3. ไอน้อยกว่า 2 สัปดาห์	☐ (2 คะแนน)	☐ (0 คะแนน)
4. น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุใน 1 เดือนที่ผ่านมา	☐ (1 คะแนน)	☐ (0 คะแนน)
5. มีไข้ทุกวันนาน 1 สัปดาห์ใน 1 เดือนที่ผ่านมา	☐ (1 คะแนน)	☐ (0 คะแนน)
6. เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา	☐ (1 คะแนน)	☐ (0 คะแนน)

หมายเหตุ: ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค คือ ผู้ที่มีคะแนนรวม เท่ากับ 3 คะแนนหรือตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป (≥ 3 คะแนน)
ให้ปฏิบัติดังนี้

1. **<u>จุดคัดกรองด่านหน้า</u>** OPD เวลา.....น.

☐ แจก Surgical Mask เพื่อป้องกันส่วนบุคคล ☐ แยกผู้ป่วยในโซนที่จัดไว้ หรือส่งไปคลินิกคัดกรองวัณโรค

2. **<u>คลินิกคัดกรองวัณโรค</u>** เวลา.....น.

☐ ส่ง Chest X-ray online พร้อมอ่าน ฟิล์ม เวลา.....น. ☐ โทรศัพท์แจ้ง X-ray (9148) ก่อนส่งผู้ป่วยไป X-Ray

☐ ส่ง Lab online ( ) AFB day 1 (เก็บ spot: ส่งตรวจทันที) ( ) AFB day 2 ( ) AFB day 3

☐ ผล AFB day 1 (spot).....

☐ ผล Chest X-ray .....

☐ พบแพทย์

3. <u>จุดคัดกรองด่านหน้า</u> ER เวลา.....น.

☐ แจก Surgical Mask เพื่อป้องกันส่วนบุคคล

☐ แยกผู้ป่วยในโซนที่จัดไว้

☐ ส่ง Chest X-ray online เวลา.....น.

☐ โทรศัพท์แจ้ง X-ray (9148) ก่อนส่งผู้ป่วยไป X-Ray

☐ พบแพทย์

☐ ผล Chest X-ray.....

☐ นัดส่ง AFB x 3 day ที่คลินิกโรคทางเดินหายใจ

4. **<u>คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย</u>**

☐ ความรู้เรื่องโรค

☐ แนะนำเรื่อง รับประทานยา และผลข้างเคียง

☐ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

☐ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

☐ การนอนหลับพักผ่อน

☐ การลงทะเบียนวัณโรคคลินิกโรคทางเดินหายใจ

☐ การส่ง COC