



Pulmonary TB Screening

HN.....ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี วันที่คัดกรอง.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....

ประวัติการรักษาวัดโรค () ไม่เคย () เคย ปี.....กินยา () ครบเดือน. () ไม่ครบ

อาการสงสัยวัณโรค	มี	ไม่มี
1. ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> (3 คะแนน)	<input type="checkbox"/> (0 คะแนน)
2. ไอเป็นเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> (3 คะแนน)	<input type="checkbox"/> (0 คะแนน)
3. ไอน้อยกว่า 2 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> (2 คะแนน)	<input type="checkbox"/> (0 คะแนน)
4. น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุใน 1 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> (1 คะแนน)	<input type="checkbox"/> (0 คะแนน)
5. มีไข้ทุกวันนาน 1 สัปดาห์ใน 1 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> (1 คะแนน)	<input type="checkbox"/> (0 คะแนน)
6. เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> (1 คะแนน)	<input type="checkbox"/> (0 คะแนน)

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

1. จุดคัดกรองด้านหน้า OPD เวลา.....น.

- แจก Surgical Mask เพื่อป้องกันส่วนบุคคล
- แยกผู้ป่วยในโซนที่จัดไว้ หรือส่งไปคลินิกคัดกรองวัณโรค

2. คลินิกคัดกรองวัณโรค เวลา.....น.

- ส่ง Chest X-ray online พร้อมอ่านฟิล์ม 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. จุดคัดกรองด้านหน้า 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. คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย

- ความรู้เรื่องโรค
- แนะนำเรื่อง รับประทานยา และผลข้างเคียง
- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค
- การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
- การนอนหลับพักผ่อน
- การลงทะเบียนวัณโรคคลินิกโรคทางเดินหายใจ
- การส่ง COC