

แนวทางการส่งต่อเพื่อคัดกรองผู้สัมผัสส่วนโรคของโรงพยาบาลมหาสารคาม

1. คลินิกวัณโรค/งานพยาบาลชุมชน รพ.มหาสารคาม ส่งข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนให้ รพ.สต.ที่รับผิดชอบ

12	63107070001600936128	สาอาจ ธรรม	51/8	P	Transfer	TB 27	ม.13 ค.แพ่ง	11/10/2562	กำลัง	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	0	DOT
		พิจิตติก			In		อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม	วันนัด 29/12/2562	รักษา	มหาสารคาม	โกสุมพิสัย		UnAssign
13	63107070001500210299	ฉัตรชัย บุญคง	31	EP	New	TB 30	บ้านน้ำจัน ม.06 ค.บัว	11/10/2562	กำลัง	โรงพยาบาล	โรงพยาบาลสง	0	DOT
							คือ อ.เมืองมหาสารคาม จ.มหาสารคาม โทร. 082-1191403	วันนัด 20/12/2562	รักษา	มหาสารคาม	เสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกบัวคือ		UnAssign
14	63107070001400803599	อนันต์ อันพระ	47/11	P	New	TB 74	ม.10 ค.แก้ง อ.เมือง	11/10/2562	กำลัง	โรงพยาบาล	โรงพยาบาลสง	0	DOT
							มหาสารคาม จ.มหาสารคาม โทร. 0887374370	วันนัด 10/11/2562	รักษา	มหาสารคาม	เสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้ง		UnAssign
15	63107070001300927715	สมศรี แคนดิ	73	P	Transfer	TB 4	ม.12 ค.หนองตุ อ.นาตุ	10/10/2562	กำลัง	โรงพยาบาล	โรงพยาบาลนาตุ	0	DOT
					In		จ.มหาสารคาม โทร. 0972825400	วันนัด 01/12/2562	รักษา	มหาสารคาม			UnAssign
16	63107070001200454808	วารี พลบำรุง	29/9	P	New	TB 66	ม.11 ค.เขื่อน	10/10/2562	กำลัง	โรงพยาบาล	โรงพยาบาลสง	22	DOT
							อ.โกสุมพิสัย จ.มหาสารคาม โทร. 095-6563227		รักษา	มหาสารคาม	เสริมสุขภาพตำบลบ้านเขื่อน		UnAssign
17	63107070001100171252	รุ่งอรุณ คุณพรม	32	EP	New	TB 10	ม.10 ค.ตลาด อ.เมือง	07/10/2562	กำลัง	โรงพยาบาล	โรงพยาบาลสง	7	DOT
							มหาสารคาม จ.มหาสารคาม โทร. 0880325982	วันนัด 18/10/2562	รักษา	มหาสารคาม	เสริมสุขภาพตำบลบ้านลาด		UnAssign
18	63107070001000500955	ธนวัฒน์ อัมพา	51/4	P	New	TB 85	ม.03 ค.โคกก่อ อ.เมือง	09/10/2562	กำลัง	โรงพยาบาล	โรงพยาบาลสง	0	DOT
							มหาสารคาม จ.มหาสารคาม โทร. 083-3478924	วันนัด 29/10/2562	รักษา	มหาสารคาม	เสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกก่อ		UnAssign
19	63107070000900010676	เนาว์ เรืองสมบัติ	74	P	New	TB 14	ม.01 ค.ตลาดพัฒนา	09/10/2562	กำลัง	โรงพยาบาล	โรงพยาบาลสง	0	DOT

2. รพ.สต.ที่รับผิดชอบตรวจสอบข้อมูลพร้อมลงเยี่ยมบ้านและคัดกรองผู้สัมผัสส่วนโรคร่วมบ้าน
3. กรอกรายชื่อผู้สัมผัสส่วนโรคร่วมบ้านในแบบฟอร์มการตรวจผู้สัมผัสส่วนโรค (ICF 4)

รหัส/TB No _____

แบบฟอร์มการตรวจผู้สัมผัสส่วนโรคเฉพาะพบเชื้อ (ICF 4)

เลขที่คัดกรอง.....

ชื่อผู้ป่วย(Index case).....วัน/เดือน/ปี(เกิด).....อายุ.....ปี HN..... ประเภทผู้ป่วย ☐ New ☐ R ☐ TAF ☐ TAD ☐ อื่นๆ

ที่อยู่.....เบอร์โทร.....วันเริ่มรักษา.....

โรงพยาบาล.....จำนวนผู้สัมผัส.....คนผู้คัดกรอง.....วันที่.....

ลำดับ	ผู้สัมผัส	เพศ/อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและลักษณะการสัมผัส	ข้อบ่งชี้ที่สงสัยว่าป่วยเป็นวัณโรค		ตรวจเสมหะ	ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ		ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก	สรุปผล
				อาการทางคลินิก <small>(มีหรือไม่มีไข้/เหงื่อ/น้ำหนักลด)</small>	โรคประจำตัว		ผลเสมหะ AFB	ผล GeneXpert		
	10- - - - - ชื่อ..... นามสกุล..... น้ำหนัก.....กก. ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย เมื่อปี พ.ศ.	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	<input type="checkbox"/> ร่วมบ้าน <input type="checkbox"/> ใกล้ชิดอื่นๆ ระบุ..... อายุ.....ปี	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด <input type="checkbox"/> ใช้เครื่องไม่สะอาด ร่วมกับน้ำหนักลด <input type="checkbox"/> ใช้เครื่องไม่สะอาด ร่วมกับเหงื่อออกผิดปกติ ตอนกลางคืน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ภูมิคุ้มกันบกพร่อง <input type="checkbox"/> เบาหวาน <input type="checkbox"/> มะเร็ง <input type="checkbox"/> กินยากดภูมิคุ้มกัน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง <input type="checkbox"/> FBS sm <input type="checkbox"/> GeneXpert การตรวจ TST <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> ทำ การอ่านผล <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos	ผล 2/ค/ป Lab No.	ผล 2/ค/ป Lab No.	<input type="checkbox"/> MTB/RR+ <input type="checkbox"/> MTB/RR- <input type="checkbox"/> MTB not detected อื่นๆ..... วันที่.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ <input type="checkbox"/> นodule การ ป่วยเป็นวัณโรค รักษาที่..... <input type="checkbox"/> LTBI อื่นๆ.....
	10- - - - - ชื่อ..... นามสกุล..... น้ำหนัก.....กก. ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย เมื่อปี พ.ศ.	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	<input type="checkbox"/> ร่วมบ้าน <input type="checkbox"/> ใกล้ชิดอื่นๆ ระบุ..... อายุ.....ปี	<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด <input type="checkbox"/> ใช้เครื่องไม่สะอาด ร่วมกับน้ำหนักลด <input type="checkbox"/> ใช้เครื่องไม่สะอาด ร่วมกับเหงื่อออกผิดปกติ ตอนกลางคืน	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ภูมิคุ้มกันบกพร่อง <input type="checkbox"/> เบาหวาน <input type="checkbox"/> มะเร็ง <input type="checkbox"/> กินยากดภูมิคุ้มกัน <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ไม่ส่ง <input type="checkbox"/> FBS sm <input type="checkbox"/> GeneXpert การตรวจ TST <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> ทำ การอ่านผล <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Pos	ผล 2/ค/ป Lab No.	ผล 2/ค/ป Lab No.	<input type="checkbox"/> MTB/RR+ <input type="checkbox"/> MTB/RR- <input type="checkbox"/> MTB not detected อื่นๆ..... วันที่.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ <input type="checkbox"/> นodule การ ป่วยเป็นวัณโรค รักษาที่..... <input type="checkbox"/> LTBI อื่นๆ.....

4. นำรายชื่อผู้สัมผัสส่วนโรคร่วมบ้านในแบบฟอร์มการตรวจผู้สัมผัสส่วนโรค (ICF 4) ลงข้อมูลใน TBCM Case Management

