

## แบบคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

หน่วยบริการ..... อำเภอบางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์  
ดำเนินการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.ประเภทกลุ่มเสี่ยง.....

2.ข้อมูลทั่วไป ผู้รับการคัดกรอง

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี บัตรประชาชน.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....อำเภอบางสะพานน้อย

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวัณโรค  พ่อ  แม่  บุตร  พี่/น้อง  เพื่อนบ้าน  อื่นๆ.....

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วยวัณโรค.....วันที่ขึ้นทะเบียนการรักษา.....

TB NO.....ชนิดผู้ป่วยวัณโรค  วัณโรคปอดเสมหะบวก  วัณโรคปอดเสมหะลบ  วัณโรคนอกปอด

### อาการสงสัยวัณโรค

อาการ	ใช่ (คะแนน)	ไม่ใช่ (คะแนน)
• มีอาการไอ		
- ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์	3	0
- ไอเป็นเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา	3	0
- ไอน้อยกว่า 2 สัปดาห์	2	0
• น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุใน 1 เดือนที่ผ่านมา	1	0
• มีไข้ทุกวันนาน 1 สัปดาห์ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา	1	0
• เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืนภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา	1	0
ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค คือ ผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป		

ผลการคัดกรองเบื้องต้น  คะแนนรวม < 3 คะแนน (ไม่ต้องส่งต่อ)

คะแนนรวมตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป (ส่งต่อ วันที่.....)

ถ้าผู้รับการคัดกรองมีคะแนนรวมตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป ให้ผู้รับการคัดกรองเดินทางมาโรงพยาบาลบางสะพานน้อย ด้วยตนเองพร้อมนำสำเนาแบบคัดกรอง เพื่อส่ง CXR ตรวจสอบเสมหะ ที่โรงพยาบาลบางสะพานน้อย

#### สรุปผลการตรวจคัดกรอง

สงสัยวัณโรคปอด ส่ง CXR ผล CXR เข้าได้กับวัณโรค ส่งตรวจเสมหะ

ภาพรังสีทรวงอกไม่เข้ากับวัณโรค ผล AFB (-ve)

ไม่มีอาการเข้าได้กับวัณโรค แต่เฝ้าระวัง

แพทย์วินิจฉัยเป็นวัณโรคและให้การรักษาวัณโรค

อื่นๆ.....

ในกรณีส่งตรวจเสมหะ สรุปผลการตรวจเสมหะ

พบเชื้อ AFB (+ve)  ไม่พบเชื้อ AFB (-ve)

อสม. ผู้ตรวจ.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ.....