**แบบคัดกรองวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง**

ชื่อ-สกุล\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_อายุ\_\_\_\_\_\_\_ปี เลข ID 🞏-🞏🞏🞏🞏-🞏🞏🞏🞏🞏-🞏🞏-🞏

บ้านเลขที่\_\_\_\_\_\_\_หมู่\_\_\_\_\_\_\_ชื่อบ้าน\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ตำบล\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_อำเภอ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

วันที่คัดกรอง\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ชื่อ-สกุลผู้สัมภาษณ์\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **คำอธิบาย** โปรดเลือกประเภทกลุ่มเสี่ยง **ในโรงพยาบาล** ( ) กลุ่มโรคเรื้อรัง ( ) DM ( ) COPD ( ) HIV/Aids ( ) CKD  ( ) มะเร็ง  ( ) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข  ( ) อื่นๆ......................................................  **ในชุมชน ( รพ./รพ.สต.)** ( ) กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ( ) กลุ่มติดสังคม ( ) กลุ่มติดบ้าน ( ) กลุ่มติดเตียง  ( ) กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค(ย้อนหลัง 2 ปี)  ( ) ผู้พิการ  ( ) ต่างด้าว   ( ) อื่นๆ (ระบุ)..................................................................  **ส่วนที่ 1 คัดกรองอาการสงสัยวัณโรคปอด**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **อาการ** | | **ใส่เครื่องหมาย √ ในวงเล็บ** | | | **ใช่(คะแนน)** | **ไม่ใช่(คะแนน)** | | 1 | มีอาการไอ |  |  | |  | -ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์ | 3 คะแนน (............) | 0 คะแนน (............) | |  | -ไอเป็นเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา | 3 คะแนน (............) | 0 คะแนน (............) | |  | -ไอน้อยกว่า 2 สัปดาห์ | 2 คะแนน (............) | 0 คะแนน (............) | | 2 | น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุใน 1 เดือนที่ผ่านมา | 1 คะแนน (............) | 0 คะแนน (............) | | 3 | มีไข้ทุกวันนาน 1 สัปดาห์ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา | 1 คะแนน (............) | 0 คะแนน (............) | | 4 | เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืนภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา | 1 คะแนน (............) | 0 คะแนน (............) |     ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค คือ ผู้ที่มี**คะแนนรวม > 3 คะแนน** **ให้ส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรค** | |
| **ส่วนที่ 2 การตรวจวินิจฉัยวัณโรค** สถานที่ส่งตรวจ.......................................................................  **1. ผลเสมหะ**  วันที่ส่งเสมหะ ครั้งที่ 1 :…………./……………../…………… .( spot / correct) 🞏 Positive 🞏 Negative  วันที่ส่งเสมหะ ครั้งที่ 2 :…………./……………../……………….( spot / correct) 🞏 Positive 🞏 Negative  วันที่ส่งเสมหะ ครั้งที่ 3 :…………./……………../……………….( spot / correct) 🞏 Positive 🞏 Negative  🞏 ไม่ได้ส่งเสมหะตรวจเพราะ......................................................................................................................  **2. ผลเอกซเรย์ปอด** : 🞏 วัณโรคปอด 🞏 โรคปอดอื่นๆ  🞏 ปกติ 🞏 ไม่ได้เอกซเรย์ เพราะ............................................................ | |
| **ส่วนที่ 3 : ผลการวินิจฉัย** 🞏 **ป่วยเป็นวัณโรค รักษาที่.............................................** 🞏 **ไม่ป่วยเป็นวัณโรค** | |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |