

ส่วนที่ 1 (สำหรับโรงพยาบาลที่ส่งตรวจ)

1.1 คลินิกวัณโรค-ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ป่วย นามสกุล อายุ เพศ

โรงพยาบาล HN HCODE

เลขที่บัตรประชาชน TB No

สิทธิการรักษา UC สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ
 สิทธิอื่นๆ(ระบุ) ไม่มีสิทธิใดๆ

วันที่เก็บตัวอย่างส่งตรวจ

ชนิดของตัวอย่างส่งตรวจ เสมหะ (Sputum) เชื้อที่เพาะขึ้นจากเสมหะ อื่นๆ (ระบุ)

ประเภทการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย New Relapse TAF TALF TI Others

1.2 คลินิกวัณโรค-ข้อบ่งชี้การส่งตรวจ กรุณาทำเครื่องหมาย

<input type="checkbox"/> วินิจฉัยวัณโรค	วันที่ส่งตรวจ	<input type="checkbox"/> AFB smear	<input type="checkbox"/> Xpert (Molecular)
ประเภทกลุ่มที่ส่งตรวจ		<input type="checkbox"/> FLD-LPA (Molecular)	<input type="checkbox"/> SLD-LPA (Molecular)
<input type="checkbox"/> วินิจฉัยวัณโรคคอตีบ	วันที่ส่งตรวจ	<input type="checkbox"/> Culture	<input type="checkbox"/> Phenotypic FLD-DST
เดือนที่รับประทานยา first line		<input type="checkbox"/> Phenotypic SLD-DST	<input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)
ติดตามระหว่างการรักษา	วันที่ส่งตรวจ	<input type="checkbox"/> AFB smear	<input type="checkbox"/> Culture (เพาะเลี้ยงเชื้อ)
<input type="checkbox"/> วัณโรค เดือนที่		<input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ)	
<input type="checkbox"/> วัณโรคคอตีบ เดือนที่			

ผู้ส่งตรวจ : เบอร์ติดต่อ :

1.3 ผลการตรวจ AFB smear จากห้องปฏิบัติการชั้นสุดโรงพยาบาลที่ส่งตรวจ

วันที่เก็บ (สิ่งส่งตรวจ) วันที่ตรวจ LAB Serial No:

ผลการตรวจ AFB smear Negative 1-9 cells 1+ 2+ 3+ Not done

ชื่อเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการชั้นสุด : เบอร์ติดต่อ :

หมายเหตุ ไม่ต้องหยุดยาก่อนเก็บเสมหะส่งตรวจ ให้ใช้สิ่งส่งตรวจที่มีผลบวกมากที่สุด 1-2 ตัวอย่าง(ปริมาตร 2-5 cc)

ส่วนที่ 2 สำหรับหน่วยงานที่รับตรวจ

Molecular LPA Real time PCR หน่วยตรวจ

วันที่รับตัวอย่าง LAB number

สภาพของตัวอย่าง ตัวอย่างอยู่ในสภาพดี ตัวอย่างหกเลอะเทอะ ปริมาตรของตัวอย่าง (โปรตระกูล)

ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

Xpert MTB/RIF วันที่รับตัวอย่าง LAB number หน่วยตรวจ

สภาพของตัวอย่าง ตัวอย่างอยู่ในสภาพดี ตัวอย่างหกเลอะเทอะ ปริมาตรของตัวอย่าง (โปรตระกูล)

ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

Culture วันที่รับตัวอย่าง LAB number หน่วยตรวจ

สภาพของตัวอย่าง ตัวอย่างอยู่ในสภาพดี ตัวอย่างหกเลอะเทอะ ปริมาตรของตัวอย่าง (โปรตระกูล)

ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

DST FLD วันที่รับตัวอย่าง LAB number หน่วยตรวจ

SLD วันที่รับตัวอย่าง LAB number หน่วยตรวจ

สภาพของตัวอย่าง ตัวอย่างอยู่ในสภาพดี ตัวอย่างหกเลอะเทอะ ปริมาตรของตัวอย่าง (โปรตระกูล)

ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

ลงชื่อผู้รับตัวอย่าง วันที่

ใบขอส่งตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงด้วยวิธี IGRA

Request-TPT

ส่วนที่ 1 (สำหรับโรงพยาบาลที่ส่งตรวจ)

1.1 คลินิกวัณโรค-ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ป่วย นามสกุล อายุ เพศ

โรงพยาบาล HN HCODE

เลขที่บัตรประชาชน Contact NO

สิทธิการรักษา UC สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิแรงงานข้ามชาติที่มีบัตรประกันสุขภาพ
 สิทธิอื่นๆ(ระบุ) ไม่มีสิทธิใดๆ

วันที่เก็บตัวอย่างส่งตรวจ

ชนิดของตัวอย่างส่ง Lithium Heparinized Blood เวลาเจาะเลือด

1.2 การวินิจฉัยเบื้องต้น

ลักษณะอาการเบื้องต้นของผู้สัมผัส กลุ่ม

เสียง : ผู้สัมผัสวัณโรค

ความเสี่ยง : ผู้สัมผัสใกล้ชิด (นอกบ้าน)**

ระยะเวลาสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ชั่วโมง/วัน เป็นเวลานาน ปี เดือน

เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนหรือไม่ เคย ไม่เคยโรคประจำตัว/โรคร่วม ไม่มี มี B24 อื่น ๆ ระบุปัจจุบันได้รับยากดภูมิ หรือยาในกลุ่ม steroid หรือไม่ ได้รับ ไม่ได้รับ

1.3 ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค (Index Case)

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี เดือน เพศ ชาย หญิง

เลขที่บัตรประชาชน 3860100587469

อวัยวะที่เป็นโรค PTB EPTB ระบุ วันที่เริ่มรักษา 20220815ประเภทขึ้นทะเบียนผู้ป่วย New Relapse TAF TALF TI Othersผลตรวจเสมหะ AFB Neg|Neg|Neg LAMP Xpert MTB/RIF MTB not detected LPA Real-time PCR Cultureจำนวนผู้สัมผัสร่วมบ้าน อายุน้อยกว่า 5 ปี คน อายุ 5-18 ปี คน อายุ 18 ปีขึ้นไป คน

ผู้ส่งตรวจ :

เบอร์ติดต่อ :

ส่วนที่ 2 สำหรับหน่วยงานที่รับตรวจ

 IGRA วันที่รับตัวอย่าง เวลา LAB number

หน่วยตรวจ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัด

 ปฏิเสธส่งตรวจเพราะ ปริมาตรเลือดไม่เพียงพอ Blood clot ส่งเลือดเกิน ชั่วโมง อื่น ๆ ระบุ

ลงชื่อผู้รับตัวอย่าง วันที่

หมายเหตุ : วิธีการเก็บและส่งส่งตรวจ กรุณาโทรแจ้งหน่วยรับตรวจล่วงหน้าก่อนเจาะเลือด อย่างน้อย 3 วัน

1. เจาะเลือดให้ไหลตลอดเก็บเลือดจุกเขี้ยว (Lithium Heparinized Blood) โดยเก็บเลือดปริมาณ 5-6 ml จำนวน 1 หลอด

ห้ามใช้สารกันเลือดแข็งชนิดอื่น

2. คว่ำหายหลอดเก็บเลือดหลาย ๆ ครั้งทันที เพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือด **วางที่อุณหภูมิห้อง ห้ามแช่เย็น**

3. ส่งตัวอย่างเลือดบรรจุใส่กล่องโฟมหรือกระติกที่มีน้ำแข็งหรือ ice pack ที่อุณหภูมิ 2-8 C ทันที หรือภายใน 48 ชั่วโมง

ห้ามแช่แข็ง

4. กรุณาลงทะเบียนผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคในระบบ NTIP ทุกรายและแนบหลักฐานการลงทะเบียนมาพร้อมใบขอส่งตรวจ