

## แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคติดต่อหลายขนาน (STR ๐๑ )

STR/...../.....

ชื่อหน่วยงาน..... จังหวัด.....

## ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ HN.....  
 ว.ด.ป เกิด..... อายุ.....ปี เพศ □ ชาย □ หญิง สัญชาติ □ ไทย □ ไม่ใช่คนไทย ระบุ.....  
 สถานภาพสมรส..... อาชีพ..... จำนวนผู้อาศัยร่วมบ้าน.....คน โทรศัพท์.....  
 ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

## ๒. ประเภทผู้ป่วย

๒.๑  New case ๒.๒  Previously Treatment case ระบุ.....

## ๓. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

FL- LPA  Conventional DST (Phenotypic) Molecular DST (Genotypic) Xpert (RR) LPA (MDR)SL - LPA FQ  Sense  ResistantAG  Sense  Resistant

## ๔. ยาและขนาดยา

๑. Kanamycin ขนาดยาที่ใช้.....mg.

๕. Isoniazid ขนาดยาที่ใช้.....mg.

๒. Moxifloxacin ขนาดยาที่ใช้.....mg.

๖. Pyrazinamide ขนาดยาที่ใช้.....mg.

๓. Clofazimine ขนาดยาที่ใช้.....mg.

๗. Prothionamide ขนาดยาที่ใช้.....mg.

๔. Ethambutol ขนาดยาที่ใช้.....mg.

## ๕. แนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลและภาคีเครือข่าย (Care plan)

กิจกรรม	หน่วยงาน/ ตำแหน่ง	ผู้รับผิดชอบ		
		ชื่อ	หมายเลขมือถือ	อีเมลล์
แพทย์ผู้ดูแลรักษา	แพทย์			
ดูแลเรื่องยาและการเฝ้าระวังเชิงรุก ด้านความปลอดภัยจากการใช้ยา (Active Pharmacovigilance)	เภสัชกร			
ทีมผู้ประสานงาน ติดตามความ ก้าวหน้า (คลินิกวัณโรค/ เวชกรรมสังคม/เวชปฏิบัติครอบครัว)	คลินิกวัณโรค			
	เวชกรรมสังคม			
	เวชปฏิบัติครอบครัว			
สถานที่ที่ฉีดยา				
สถานที่ที่ทำ DOT สำหรับยากิน				
ผู้สนับสนุน ดูแลต่อเนื่อง	จนท.สาธารณสุข			
	อสม.			
	ผู้นำ/แกนนำชุมชน			
	VOT			