

## แบบคัดกรองผู้มีอาการสงสัยวัณโรคปอด

หน่วยงานที่คัดกรอง.....จังหวัด.....

ชื่อ-นามสกุล..... อายุ.....ปี.....เดือน

เพศ (ตามบัตรประชาชน)  หญิง  ชาย

เลขที่บัตรประชาชน .....

ที่อยู่ปัจจุบัน .....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

สัญชาติ  ไทย  พม่า  เขมร  ลาว  อื่นๆ (ระบุ.....)มีประวัติกำลังรักษา หรือเคยรักษาวัณโรค  มี  ไม่มีมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค  มี  ไม่มี

## ส่วนที่ 1 :คัดกรองสัมภาษณ์ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค

วันที่คัดกรอง...../...../.....

เลขที่คัดกรอง.....

กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปีขึ้นไป)

อาการสงสัยวัณโรค มี ไม่มี1. ไอผิดปกติ ที่อธิบายสาเหตุไม่ได้\*  2. ไข้ ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา  3. น้ำหนักตัวลดลงอย่างน้อย 5 % ของน้ำหนักเดิม ใน 1  
เดือน  4. มีเหงื่อออกผิดปกติกลางคืน ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ใน 1  
เดือน  หมายเหตุ : \*หากพบ ใอนานกว่า 2 สัปดาห์หรือไอเป็นเลือด เพียงข้อเดียว ให้พิจารณาตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาวัณโรค  
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ใหญ่ที่มีอาการดังกล่าวตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ให้ทำการตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาวัณโรค

กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเด็ก (อายุ 0- 15 ปี)

อาการสงสัยวัณโรค มี ไม่มี1. ไอผิดปกติ (โดยเฉพาะนานกว่า 2 สัปดาห์)  2. ใ้นานกว่า 1 สัปดาห์ที่ไม่มีสาเหตุอื่น  3. น้ำหนักตัวลดลงหรือน้ำหนักไม่ขึ้นตามเกณฑ์\*  4. มีประวัติสัมผัสวัณโรคปอด  

หมายเหตุ : ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเด็กที่มีอาการดังกล่าวตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป ให้ทำการตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาวัณโรค

**ส่วนที่ 2 : การตรวจวินิจฉัยวัณโรค**

**สถานที่ส่งตรวจ :** .....

1. ผลเอกซเรย์ปอด:  ปกติ  วัณโรคปอด  โรคปอดอื่นๆ  
 ไม่ได้เอกซเรย์ เพราะ.....
2. ส่งตรวจเสมหะ  XpertMTB/RIF วันที่.....  
 AFB smear ครั้งที่ 1 วันที่..... (spot / collect)  
ครั้งที่ 2 วันที่..... (spot / collect)  
 ไม่ได้ส่งตรวจ เพราะ .....
- 2.1 ผลตรวจ XpertMTB/RIF วันที่ได้ผลตรวจ.....  
 MTB detected  RR detected  RR not detected  
 MTB not detected  อื่นๆ.....
- 2.2. ผลเสมหะ (AFB smear) : ครั้งที่ 1 (spot / collect) วันที่ได้ผลตรวจ.....  ไม่พบเชื้อ  พบเชื้อ  
ครั้งที่ 2 (spot / collect) วันที่ได้ผลตรวจ.....  ไม่พบเชื้อ  พบเชื้อ
- สรุป : ผลการวินิจฉัย**  ไม่เป็นวัณโรค  ป่วยเป็นวัณโรค รักษาที่.....