**แบบฟอร์มขอรับการสนับสนุนยาสำหรับผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง   
Drug request form for Latent TB Infection**

Latent TB-01

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

ชื่อโรงพยาบาล…………………………………....……………. จังหวัด……...……………วันที่ …….......………………

1. ขึ้นทะเบียน LTBI ใน NTIP online แล้ว [ ] ใช่ *(โปรดแนบหลักฐาน การลงทะเบียน\*)*  
2. ชื่อผู้ประสงค์จะกินยา…………………………………...อายุ............ปี น้ำหนัก..............กก. HN……………………………….

อาชีพ.....................................หน่วยงาน.......................................

3. ข้อมูลผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง   
3.1 มีผลการตรวจที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง [ ] ใช่ *(โปรดแนบหลักฐานผลการตรวจ\*\*)*  
3.2 ประเภทประชากรกลุ่มเสี่ยง [ ] เด็กผู้สัมผัสวัณโรค [ ] B24 [ ] เรือนจำ  
 [ ] เจ้าหน้าสาธารณสุข HCWs อาชีพ.....................................หน่วยงาน.......................................   
 [ ] อื่นๆ..................................................   
3.2 การวินินิจฉัย [ ] Tuberculin skin test (TST) [ ] Interferon Gamma Release Assay (IGRA)   
3.3 ผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงต้องไม่ [ ] ตั้งครรภ์ [ ] กำลังให้นมบุตร [ ] มีค่า AST หรือ ALT มากกว่า 5 เท่าของค่าปกติสูงสุด

4. รายละเอียดของการเบิกยา

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ชื่อยา | ความแรง | จำนวน (เม็ด) |
| Isoniazid | 100 mg/tab | \_\_\_\_\_เม็ด/ครั้ง x 12 สัปดาห์ = เม็ด |
| Rifapentine | 150 mg/tab | \_\_\_\_\_เม็ด/ครั้ง x 12 สัปดาห์ = เม็ด |
| Isoniazid/Rifapentine | 300/300 mg/tab | \_\_\_\_\_เม็ด/ครั้ง x 12 สัปดาห์ = เม็ด |

5. ชื่อผู้ประสานงาน…………………….......……….......……… อีเมล……………………..………เบอร์โทร………………………

6. ชื่อทีมงานที่รับผิดชอบหลัก

แพทย์……………………...........................................……..…อีเมล……………………..………เบอร์โทร………………………  
 เจ้าหน้าที่ TB Clinic.......................................................อีเมล……………………..………เบอร์โทร………………………   
 เภสัชกร…………………………………………………...............…อีเมล……………………..………เบอร์โทร………………………  
 เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ…………….……….....……..........…อีเมล……………………..………เบอร์โทร………………………

**เอกสารประกอบการเบิก**

\* แนบหลักฐานการขึ้นทะเบียน LTBI ใน NTIP online โดยท่านผู้ส่งข้อมูลเพื่อเบิกยาลงประวัติการรักษาวัณโรคระยะแผงในโปรแกรมก่อน หลังจากนั้น โปรด capture หน้าจอดังกล่าวแนบเป็นหลักฐานด้วย

\*\* กรณีที่มีการตอบผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบว่า ผลเป็นบวกหรือในแนวเดียวกัน ให้สำเนาเอกสารดังกล่าวแนบเป็นหลักฐานด้วย

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***ส่งมาที่ กองวัณโรค เลขที่ 116 ถนนสุดประเสริฐ (ฝั่งขวา) แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม กทม. 10120  
โทรศัพท์ : 02-212-2279 ต่อ 1131 แฟกซ์ : 02-212-1408***

Updated: 14/07/2564