

แบบฟอร์มส่งตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค และทดสอบความไวของเชื้อต่อยาต้านวัณโรค (NHSOLABTB05)

ส่วนที่ 1 (สำหรับโรงพยาบาลที่ส่งตรวจ)

1.1 คลินิกการโรค

1.1.1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อผู้ป่วย _____ นามสกุล _____ อายุ _____ เพศ _____

โรงพยาบาล _____ HN _____ HCODE _____ TB No _____

เลขที่บัตรประชาชน _____

สิทธิการรักษา ☐ UC ☐ สิทธิข้าราชการ ☐ สิทธิประกันสังคม ☐ สิทธิต่างด้าว ☐ สิทธิอื่นๆ

ชนิดของตัวอย่าง ☐ เสมหะ (Sputum) ☐ เชื้อที่เพาะขึ้นจากเสมหะ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

1.1.2 ช่องว่างการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย : (ตรวจได้ไม่เกิน 1 ครั้งต่อ course การรักษา)

กรุณาทำเครื่องหมาย X ในช่องว่างสำหรับเลือกประเภทผู้ป่วยโรคที่ต้องการส่งตรวจวินิจฉัยและเทคนิคในการตรวจ

1.1.2 ก สำหรับผู้ป่วยทั่วไป (ที่ไม่อยู่ในโครงการกองทุนโลก ด้านวัณโรค GF-NFM)

- Re-treatment ผู้ป่วยเคยรักษามาก่อนเกินกว่า 1 เดือน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยประเภท Relapse หรือ Treatment After Default (TAD)

ส่งตรวจ ☐ Culture (เพาะเลี้ยงเชื้อ) ☐ DST ☐ Molecular (เฉพาะเสมหะบว)

- On treatment ผู้ป่วยแนวใหม่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา คือ ผู้ป่วยที่ยังมีผลเสมหะเป็นบวกหลังการรักษา 3 เดือน

ส่งตรวจ ☐ Culture (เพาะเลี้ยงเชื้อ) ☐ DST ☐ Molecular (เฉพาะเสมหะบว)

- Pre treatment ผู้ป่วยใหม่กลุ่มเสี่ยงโรคติดต่อหลายขนาน

- กรณีเป็นผู้ป่วยมีประวัติสัมผัส MDR-TB (house hold contact MDR-TB)

ส่งตรวจ ☐ Culture (เพาะเลี้ยงเชื้อ) ☐ DST ☐ Molecular (เฉพาะเสมหะบว)

- กรณีเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อไวรัส HIV มีค่านกบพร่อง

ส่งตรวจ ☐ Culture (เพาะเลี้ยงเชื้อ) ☐ DST ☐ Molecular (เฉพาะเสมหะบว)

- กรณีเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

ส่งตรวจ ☐ Culture (เพาะเลี้ยงเชื้อ) ☐ DST

1.1.2 ข สำหรับผู้ป่วยในโครงการกองทุนโลก ด้านวัณโรค (GF-NFM)

- ส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วย Gene Xpert ในกลุ่ม

☐ B24 ☐ DM ☐ House Hold contact M+ ☐ House Hold contact MDR-TB ☐ Prisoner ☐ Migrant

☐ ผู้ป่วยโรคติดต่อ ☐ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ☐ ผู้สูงอายุ ☐ พิเศษส่งตรวจโรคแต่ผลเสมหะเป็นลบ

- ส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วย Line Probe Assay (LPA) ในกลุ่ม

☐ Re-Treatment : ☐ Relapse ☐ TAD ☐ Failure

☐ สิ้นเดือนที่ 3 ผลเสมหะบว

☐ PRe-Treatment : ☐ Contact MDR-TB ☐ Prisoner ☐ Migrant

☐ ผล Gene Xpert คือ Rifampicin

1.1.3 ช่องว่างการส่งตรวจเพื่อติดตามการรักษาผู้ป่วย MDR-TB : (ตรวจ F/U Culture ได้ไม่เกิน 16 ครั้งต่อ course การรักษา)

กรุณาทำเครื่องหมาย X ในช่องว่างสำหรับเลือกประเภทผู้ป่วยโรคที่ต้องการส่งตรวจวินิจฉัยและเทคนิคในการตรวจ

☐ ตรวจเพื่อติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อ (Follow up Culture) ครั้งที่

ผู้ส่งตรวจ : _____ เบอร์ติดต่อ : _____

1.2 ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาล

วันที่เก็บ (ส่งตรวจ) _____ วันที่ตรวจ _____ LAB Serial No: _____ วันที่ส่งตรวจ _____

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

ชื่อเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ : _____ เบอร์ติดต่อ : _____

หมายเหตุ ไม่ต้องหยุดยา ก่อนเก็บเสมหะส่งตรวจ ให้ไปส่งตรวจที่มีผลบวกมากที่สุด 1-2 ตัวอย่าง (ปริมาตร 2-5 cc)

ส่วนที่ 2 สำหรับหน่วยตรวจ

หน่วยตรวจ _____

วันที่รับตัวอย่าง _____ ผู้รับตัวอย่าง _____ Culture number _____

สภาพของตัวอย่าง ☐ ตัวอย่างอยู่ในสภาพดี ☐ ตัวอย่างหกเลอะเทอะ ☐ ปริมาตรของตัวอย่าง (โปรดระบุ) _____

หมายเหตุ กรณีเสมหะไม่ได้คุณภาพ ให้เก็บเสมหะส่งตรวจใหม่เร็วที่สุดไม่เกิน 1 สัปดาห์