**แบบฟอร์มคัดกรองอาการสงสัยวัณโรค..วัน/เดือน/ปี......................................**

🞎 Contact TB

index case

ชื่อ..................

🞎 ไม่ contact TB

**HN……………………ชื่อ-สกลุ...........................................คลินิก/หน่วยงาน..................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **อาการ** | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| **ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์ขึ้นไป** | **3** | 0 |
| **ไอเป็นเลือดใน 1 เดือน ที่ผ่านมา** | **3** | 0 |
| ไอน้อยกว่า 2 สัปดาห์ | 2 | 0 |
| น้ำหนักลดโดยไม่ทรายสาเหตุใน> 5% ใน1เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลด.........กก. | 1 | 0  Mask |
| มีไข้ต่ำๆ เรื้อรังเกิน 1 สัปดาห์ | 1 | 0 |
| 1 เดือนที่ผ่านมา มีไข้ทุกวันนาน 1 สัปดาห์ | 1 | 0 |
| เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน จนหมอนหรือเสื้อเปียก ภายใน 1เดือนที่ผ่านมา | 1 | 0  แยก Pt. |
| บุคคลใกล้ชิด/บุคคลในครอบครัวป่วยเป็นวัณโรคปอดอาศัยร่วมบ้านใน 6เดือนที่ผ่านมา | 1 |  |
| ท่านเคยป่วยเป็นวัณโรคปอด ประวัติเสพสิ่งเสพติด หรือเป็นผู้ต้องขังหรือไม่ :กลุ่มเสี่ยง |  |  |
| รวมคะแนน |  |  |

**มีคะแนน ≥ 3** ให้**เก็บเสมหะตรวจ** + **CXR** ลงชื่อ …………… IC + งานควบคุมโรค 2561 (ปรับปรุง)

**แบบฟอร์มคัดกรองอาการสงสัยวัณโรค..วัน/เดือน/ปี......................................**

🞎 Contact TB

index case

ชื่อ..................

🞎 ไม่ contact TB

**HN……………………ชื่อ-สกลุ...........................................คลินิก/หน่วยงาน..................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **อาการ** | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| **ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์ขึ้นไป** | **3** | 0 |
| **ไอเป็นเลือดใน 1 เดือน ที่ผ่านมา** | **3** | 0 |
| ไอน้อยกว่า 2 สัปดาห์ | 2 | 0 |
| น้ำหนักลดโดยไม่ทรายสาเหตุใน> 5% ใน1เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลด.........กก. | 1 | 0  Mask |
| มีไข้ต่ำๆ เรื้อรังเกิน 1 สัปดาห์ | 1 | 0 |
| 1 เดือนที่ผ่านมา มีไข้ทุกวันนาน 1 สัปดาห์ | 1 | 0 |
| เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน จนหมอนหรือเสื้อเปียก ภายใน 1เดือนที่ผ่านมา | 1 | 0  แยก Pt. |
| บุคคลใกล้ชิด/บุคคลในครอบครัวป่วยเป็นวัณโรคปอดอาศัยร่วมบ้านใน 6เดือนที่ผ่านมา | 1 |  |
| ท่านเคยป่วยเป็นวัณโรค ประวัติเสพสิ่งเสพติด หรือเป็นผู้ต้องขังหรือไม่ : กลุ่มเสี่ยง |  |  |
| รวมคะแนน |  |  |

**มีคะแนน ≥ 3** ให้**เก็บเสมหะตรวจ** + **CXR** ลงชื่อ …………… IC + งานควบคุมโรค 2561(ปรับปรุง)

**แบบฟอร์มคัดกรองอาการสงสัยวัณโรค..วัน/เดือน/ปี......................................**

🞎 Contact TB

index case

ชื่อ..................

🞎 ไม่ contact TB

**HN……………………ชื่อ-สกลุ...........................................คลินิก/หน่วยงาน..................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **อาการ** | **ใช่** | **ไม่ใช่** |
| **ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์ขึ้นไป** | **3** | 0 |
| **ไอเป็นเลือดใน 1 เดือน ที่ผ่านมา** | **3** | 0 |
| ไอน้อยกว่า 2 สัปดาห์ | 2 | 0 |
| น้ำหนักลดโดยไม่ทรายสาเหตุใน> 5% ใน1เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลด.........กก. | 1 | 0  Mask |
| มีไข้ต่ำๆ เรื้อรังเกิน 1 สัปดาห์ | 1 | 0 |
| 1 เดือนที่ผ่านมา มีไข้ทุกวันนาน 1 สัปดาห์ | 1 | 0 |
| เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน จนหมอนหรือเสื้อเปียก ภายใน 1เดือนที่ผ่านมา | 1 | 0  แยก Pt. |
| บุคคลใกล้ชิด/บุคคลในครอบครัวป่วยเป็นวัณโรคปอดอาศัยร่วมบ้านใน 6เดือนที่ผ่านมา | 1 |  |
| ท่านเคยป่วยเป็นวัณโรคปอด ประวัติเสพสิ่งเสพติด หรือเป็นผู้ต้องขังหรือไม่ :กลุ่มเสี่ยง |  |  |
| รวมคะแนน |  |  |

**มีคะแนน ≥ 3** ให้**เก็บเสมหะตรวจ** + **CXR** ลงชื่อ …………… IC + งานควบคุมโรค 2561(ปรับปรุง)