



Form TB09: แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค (TB patient referral form)

TB No.....

โรงพยาบาล/สถานที่รักษา ที่ส่งต่อผู้ป่วย (Name of Referring Hospital/ Agency)

โรงพยาบาล/สถานที่รักษา ที่รับรักษาต่อ (Name of Accepting hospital/Agency)

ชื่อผู้ป่วย (Patient Name)..... เพศ(Sex) ☐ ชาย (Male) ☐ หญิง (Female)

อายุ(Age)..... ปี (years) สัญชาติ (Nationality)..... โทรศัพท์ (Telephone).....

เลขที่บัตรประชาชน (Identification Card)..... เลขที่หนังสือเดินทาง(Passport No.)

ที่อยู่ปัจจุบัน (Present Address):

โรคร่วม (Co-morbidities).....

1. การตรวจวินิจฉัยวัณโรค

(Tuberculosis diagnosis)

☐ วัณโรคปอด (Pulmonary) ☐ วัณโรคนอกปอด (Extra Pulmonary) (โปรดระบุ: Please specify).....☐ วัณโรคปอดและวัณโรคนอกปอด (Pulmonary TB and Extra Pulmonary TB) (โปรดระบุ: Please specify).....

2. การตรวจวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา

(Diagnosis of drug-resistant

tuberculosis)

☐ วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ☐ วัณโรคดื้อยา Rifampicin (RR-TB)☐ วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre-XDR-TB) ☐ วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB)

3. การขึ้นทะเบียน (Registration)

☐ ผู้ป่วยใหม่ (New) ☐ ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ☐ ผู้ป่วยรักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว (Treatment after failure)☐ ผู้ป่วยรักษาซ้ำ ภายหลังขาดการรักษา (Treatment after loss to follow-up)☐ ผู้ป่วยอื่น ๆ (Other) ☐ ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (Not done)

4. ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

(Chest X-ray results)

☐ 1. ปกติ (Normal) ☐ 2. ผิดปกติ (Abnormal) ☐ ผิดปกติมีแผลโพรง (cavity) ☐ มีจุดแพร่กระจายทั่วปอด (Miliary Pattern)☐ 3. ไม่ทราบ/ไม่ได้ตรวจ (N/A) ☐ ผิดปกติ ไม่มีแผลโพรง (No cavity)

5. ผลการตรวจเสมหะ (sputum

examination results)

5.1 AFB (AFB smear) ☐ Positive (Please specify :SC1-9/1+/2+/3+)..... ☐ Negative ☐ ไม่ได้ตรวจ (Not done)5.2 LAMP TEST ☐ MTB detected ☐ MTB not detected ☐ ไม่ได้ตรวจ (Not done)5.3 Molecular MTB detected : Resistant ☐ R ☐ INH ☐ FLU ☐ Bdq ☐ Lzd☐ MTB not detected ☐ ไม่ได้ตรวจ (Not done)5.4 Culture ☐ MTB Growth ☐ NTM Growth ☐ NO Growth5.5 Other results ☐ done ☐ (Not done)

6. สูตรยา (Regimen)

☐ สูตรยารักษาวัณโรค (TB) (โปรดระบุ: Please specify dose of regimen).....☐ สูตรยารักษาวัณโรคดื้อยา (DR-TB) (โปรดระบุ: Please specify dose of regimen).....

7. วันที่เริ่มรักษา (Start on treatment at date) ได้รับยาไปแล้วตั้งแต่เริ่มรักษาสืบจนถึงวันที่ (To receive drug from the start of treatment to date)

จำนวนยาที่ได้รับไปแล้ว (The drug has already receive) เดือน (Months) วัน (Days)

หมายเหตุ (Remark)

ลงชื่อ (Signature)

(.....)

วันที่ (Date)

เมื่อได้รับแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค (TB 09) เรียบร้อยแล้ว โปรดนำส่งกลับมายังที่ (The TB 09 form has already received, please send this form back to the contacts address below)

ช่องทางการติดต่อประสานการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค (Address/contact of sender)

อีเมลล์ (Email) ระบุ

เบอร์โทร (Mobile) ระบุ