

ตัวอย่างลำดับเอกสารการเบิกยา Latent TB



ที่ นศ [REDACTED]

โรงพยาบาล [REDACTED] ช
อ.เมือง จังห [REDACTED]
80000

10 มีนาคม 2563

เรื่อง ขอสนับสนุนยารักษาวัณโรค สำหรับผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

เรียน **ผู้อำนวยการกองวัณโรค**

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มขอรับการสนับสนุนยาสำหรับผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง จำนวน 2 ฉบับ
(Drug request form for Latent and active TB infection)

ตามที่สำนักวัณโรคได้ให้โรงพยาบาลค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนยา สำหรับผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงนั้น ขณะนี้ทางโรงพยาบาล [REDACTED] พบผู้ติดเชื้อวัณโรค ระยะแฝง จำนวน 2 ราย ดังนี้

1. น [REDACTED]
2. น [REDACTED]

ทางโรงพยาบาล [REDACTED] จึงขอสนับสนุนยาดังกล่าว เนื่องจากยาบางรายการ ยังไม่มี สำรอง ตามแบบฟอร์มขอรับการสนับสนุนยาสำหรับผู้ติดเชื้อวัณโรคในระยะแฝง (Drug request form for Latent and active TB infection) พร้อมใบติดตามผลการตรวจด้วยวิธี T-spot TB ดังเอกสารแนบท้าย จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

[REDACTED]

นายแพทย์ชำนาญการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล [REDACTED] ช

งานเภสัชกรรม (คลังยา)

โทร ๐๗๕- [REDACTED]

แบบฟอร์มขอรับการสนับสนุนยาสำหรับผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง
Drug request form for Latent TB Infection

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

1. ขึ้นทะเบียน LTBI ใน NTIP online แล้ว ใช่ (โปรดแนบหลักฐาน การลงทะเบียน*)
2. ชื่อผู้ประสงค์จะกินยา.....อายุ.....ปี ภูมิลำเนา.....กก.
HN..... อาชีพ.....หน่วยงาน.....
3. ข้อมูลผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง
3.1 มีผลการตรวจที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ใช่ (โปรดแนบหลักฐานผลการตรวจ**)
3.2 ประเภทประชากรกลุ่มเสี่ยง เด็กผู้สัมผัสวัณโรค B24 เรือนจำ
 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข HCWs อาชีพ.....หน่วยงาน.....
 อื่นๆ.....
3.2 การวินิจฉัย 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

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 โดยท่านผู้ส่งข้อมูลเพื่อเบิกยาลงประวัติการรักษาวัณโรคระยะแฝงในโปรแกรมก่อน หลังจากนั้น โปรด capture หน้าจอดังกล่าวแนบเป็นหลักฐานด้วย

** กรณีที่มีการตอบผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบว่า ผลเป็นบวกหรือในแนวเดียวกัน ให้สำเนาเอกสารดังกล่าวแนบเป็นหลักฐานด้วย



ใบรายงานผลการตรวจการติดเชื้อวัณโรคด้วยวิธี T-spot TB
 หน่วยงาน: 113 กรมควบคุมโรค (กรุงเทพฯ) สาขา: 113 กรมควบคุมโรค (กรุงเทพฯ) โทร: 02-211-2338 ต่อ: 1214

Order Number/Block

Zero-TB-0074

ข้อมูลผู้รับการตรวจ

ชาย หญิง

เพศ ชาย

หญิง

HN

102801

วันที่รับส่งตรวจ: 28 มกราคม 2563

เวลา: 10:30 น.

แพทย์ผู้ตรวจ

T-SPOT TB

Antigen (IGRA)

ผลการตรวจ

ผลการตรวจ: ติดเชื้อวัณโรค

ประวัติการตรวจ

ประวัติ: ไม่มีประวัติ ตรวจวัณโรคด้วยวิธี T-SPOT TB เมื่อ 3.11.2011

ผลการตรวจ

Interpretation	IGRA (Negative control)	IGRA (Tuberculin)	IGRA (Positive control)
Positive	≤ 10 spots	≥ 8 spots	≥ 20 spots
Indeterminate	≤ 10 spots	5-7 or 7 spots	≥ 20 spots
Negative	≤ 10 spots	< 4 spots	< 20 spots
Indeterminate	> 10 spots	Any	Any number of spots
	≤ 10 spots	< 4 spots	< 20 spots

หมายเหตุ

- Positive: เมื่อ (Positive control) (Positive control) (Positive control) ≥ 8 spots และ (Tuberculin) (Tuberculin) (Tuberculin) ≥ 8 spots และ (Positive control) (Positive control) (Positive control) ≥ 20 spots
- Indeterminate: เมื่อ (Positive control) (Positive control) (Positive control) ≤ 10 spots และ (Tuberculin) (Tuberculin) (Tuberculin) 5-7 or 7 spots และ (Positive control) (Positive control) (Positive control) ≥ 20 spots
- Negative: เมื่อ (Positive control) (Positive control) (Positive control) ≤ 10 spots และ (Tuberculin) (Tuberculin) (Tuberculin) < 4 spots และ (Positive control) (Positive control) (Positive control) < 20 spots
- Indeterminate: กรณีที่ผลตรวจไม่ชัดเจน (Indeterminate) (Indeterminate) (Indeterminate) ≤ 10 spots หรือผลตรวจไม่ชัดเจน (Indeterminate) (Indeterminate) (Indeterminate) > 10 spots และผลตรวจไม่ชัดเจน (Indeterminate) (Indeterminate) (Indeterminate) < 4 spots หรือผลตรวจไม่ชัดเจน (Indeterminate) (Indeterminate) (Indeterminate) ≥ 20 spots

ตัวอย่างผลทางห้องปฏิบัติการ

ตัวอย่างหน้า NTIP

ค้นหาข้อมูลผู้สัมผัส/กลุ่มเสี่ยง | Case Finding Search

บัตรประชาชน ชื่อ-สกุล

รหัสคัดกรอง วันที่คัดกรอง 01/10/2562 06/03/2563

ผู้สัมผัส กลุ่มเสี่ยง TB ขึ้นทะเบียนแล้ว TB รอขึ้นทะเบียน

ลำดับ	วันที่คัดกรอง	รหัสคัดกรอง	บัตรประชาชน	ชื่อ-นามสกุล	อายุ(ปี/ด)	กลุ่มเสี่ยง	ความเสี่ยง	คะแนน	ผลวินิจฉัย	แก้ไข	ลบ
1	17/01/2563				65	ผู้สัมผัสสวนโรค	ผู้สัมผัสสวนโรค ร่วมบ้าน	ไม่สงสัยสวนโรค (คะแนน <3)	LTBI		

1 (ทั้งหมด : 1 รายการ)