



TB09

แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค (TB patient referral form)

โรงพยาบาล/สถานที่รักษา ที่ส่งต่อผู้ป่วย (Referring hospital/Agency)

โรงพยาบาล/สถานที่รักษา ที่รับรักษาต่อ (Accepting hospital/Agency)

ชื่อผู้ป่วย (Patient name) อายุ (Age) ปี (Years) เพศ (Sex) ชาย (M) หญิง (F)

ที่อยู่ (Address) เลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... ประเทศ.....

TB No.

1. การวินิจฉัย (Diagnosis) วัณโรคปอด (Pulmonary) วัณโรคนอกปอด (Extra Pulmonary)
2. การขึ้นทะเบียน (Registration) ใหม่ (New) กลับเป็นซ้ำ (Relapse)
- รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว (TAF) รักษาซ้ำภายหลังขาดยา (TAD)
- รับโอน (Transfer In) อื่นๆ (Other) ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (Not done)
3. ผลการเอกซเรย์ (CXR result) ปกติ (Normal) ผิดปกติ มีแผลโพรง (Abnormal-Cavity)
- ผิดปกติ ไม่มีแผลโพรง (Abnormal-Non cavity) ไม่ได้ตรวจ (Not done)
4. ผลการตรวจเสมหะ (AFB result) พบเชื้อ (Positive)..... ไม่พบเชื้อ (Negative) ไม่ได้ตรวจ (Not done)
5. ระเบียบยา (Regimen) สูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ (New patient regimen)
- สูตรยารักษาซ้ำด้วยยาวัณโรคแนวที่ 1 (Re-treatment regimen with rst-time drugs)
- สูตรยาวัณโรคคือยาหลายขนาน (MDR regimen)
- ขนาดยาที่ได้รับ (Dose of regimen).....
-
-
- อื่นๆ (Other) ยังไม่ได้รักษา (Untreated)

6. เริ่มรักษาเมื่อ (Start on treatment at date)/...../.....

7. ได้รับยาไปแล้วตั้งแต่เริ่มรักษาถึงวันที่ (To receive drug from the start of treatment to date)/...../.....

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

หมายเหตุ (Remark)

เมื่อได้รับแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค (TB 09) เรียบร้อยแล้ว โปรดสำเนาแจ้งกลับมาที่ (The TB 09 form has already received, please send this form back to the contacts address below) ช่องทางติดต่อผู้ประสานการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค (Address contact of sender)

โทรสาร (Fax) (ระบุ)

อีเมลล์ (Email) (ระบุ).....

ลงชื่อ (Signature).....

(.....)

วันที่ (Date)/...../.....

✂-----

แบบฟอร์มการตอบรับผู้ป่วยวัณโรค (TB Patient transferral form)

โรงพยาบาล/สถานที่รักษา ที่รับรักษาต่อ (Hospital/Health care unit of transferral)

ชื่อผู้ป่วย (Patient name) อายุ (Age) ปี (Years) เพศ (Sex) ชาย (M) หญิง (F)

วันที่ส่งต่อ (Date of referral)/...../..... วันที่รับรักษา (Date of transferral)/...../.....

District TB No.

หมายเหตุ (Remark) ลงชื่อ (Signature).....

..... (.....)

วันที่ (Date)/...../.....