**ทะเบียนผู้สงสัยป่วยเป็นวัณโรค**

**(TB Suspects Book)**

**ศูนย์บริการสาธารณสุข...............................**

**เริ่มวันที่........................เดือน......................พ.ศ...............**

 **ถึงวันที่.........................เดือน........................พ.ศ..................**

**วัตถุประสงค์ของทะเบียนฉบับนี้**

1. **เพื่อทราบจำนวนผู้สงสัยว่าป่วยเป็นวัณโรครายไตรมาส**
2. **เพื่อประเมิน “ความล่าช้า” ของการส่งตรวจและทราบผลตรวจเสมหะ**
3. **เพื่อคำนวณ Positive rate ของ TB Suspects จากการตรวจด้วยวิธี direct smear (เป้าหมายของ Positive rate ร้อยละ 8 -12 )**

 **คำย่อ**

 **วดป วันเดือนปีที่ลงทะเบียนใน TB Suspects book**

**ลำดับที่ เรียงลำดับจำนวนผู้ป่วยที่สงสัยเป็นวัณโรค**

**อายุ เป็นปี**

**อาการ** เช่น - ไอเกิน 2 สัปดาห์ ไอมีเสมหะปนเลือด

 - ไข้โดยเฉพาะตอนเย็นหรือกลางคืน

 - เหงื่อออกมากตอนกลางคืน

 - น้ำหนักลด ≥ 5 % ของน้ำหนักเดิมในเวลา 1 เดือน

 - เสียงแหบ

**TB Suspects Book**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| วดป. | ลำดับที่ | **ชื่อ-สกุล** | อายุ | **อาการ** | **หมายเหตุ** |
| ไข้ | ไอ | นน.ลด | เหงื่อออก | ไอเป็นเลือด | เสียงแหบ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ศบส……………………………………………………………….วดป........................................................................ชื่อ-สกุล…………………………………………………………..คัดกรองวัณโรค (TB Suspects)🞏 ไข้ บ่ายถึงค่ำ🞏 ไอ มากกว่า 2 สัปดาห์🞏 เหงื่อออกมากตอนกลางคืน🞏 น้ำหนักลด> 5% ของน้ำหนักเดิมในา 1-2 เดือน🞏 ไอมีเสมหะปนเลือด 🞏 เสียงแหบ |  | ศบส……………………………………………………………….วดป........................................................................ชื่อ-สกุล…………………………………………………………..คัดกรองวัณโรค (TB Suspects)🞏 ไข้ บ่ายถึงค่ำ🞏 ไอ มากกว่า 2 สัปดาห์🞏 เหงื่อออกมากตอนกลางคืน🞏 น้ำหนักลด> 5% ของน้ำหนักเดิมในา 1-2 เดือน🞏 ไอมีเสมหะปนเลือด 🞏 เสียงแหบ |
|  |  |  |
| ศบส……………………………………………………………….วดป........................................................................ชื่อ-สกุล…………………………………………………………..คัดกรองวัณโรค (TB Suspects)🞏 ไข้ บ่ายถึงค่ำ🞏 ไอ มากกว่า 2 สัปดาห์🞏 เหงื่อออกมากตอนกลางคืน🞏 น้ำหนักลด> 5% ของน้ำหนักเดิมในา 1-2 เดือน🞏 ไอมีเสมหะปนเลือด 🞏 เสียงแหบ |  | ศบส……………………………………………………………….วดป........................................................................ชื่อ-สกุล…………………………………………………………..คัดกรองวัณโรค (TB Suspects)🞏 ไข้ บ่ายถึงค่ำ🞏 ไอ มากกว่า 2 สัปดาห์🞏 เหงื่อออกมากตอนกลางคืน🞏 น้ำหนักลด> 5% ของน้ำหนักเดิมในา 1-2 เดือน🞏 ไอมีเสมหะปนเลือด 🞏 เสียงแหบ |
|  |  |  |
| ศบส……………………………………………………………….วดป........................................................................ชื่อ-สกุล…………………………………………………………..คัดกรองวัณโรค (TB Suspects)🞏 ไข้ บ่ายถึงค่ำ🞏 ไอ มากกว่า 2 สัปดาห์🞏 เหงื่อออกมากตอนกลางคืน🞏 น้ำหนักลด> 5% ของน้ำหนักเดิมในา 1-2 เดือน🞏 ไอมีเสมหะปนเลือด 🞏 เสียงแหบ |  | ศบส……………………………………………………………….วดป........................................................................ชื่อ-สกุล…………………………………………………………..คัดกรองวัณโรค (TB Suspects)🞏 ไข้ บ่ายถึงค่ำ🞏 ไอ มากกว่า 2 สัปดาห์🞏 เหงื่อออกมากตอนกลางคืน🞏 น้ำหนักลด> 5% ของน้ำหนักเดิมในา 1-2 เดือน🞏 ไอมีเสมหะปนเลือด 🞏 เสียงแหบ |
|  |  |  |
| ศบส……………………………………………………………….วดป........................................................................ชื่อ-สกุล…………………………………………………………..คัดกรองวัณโรค (TB Suspects)🞏 ไข้ บ่ายถึงค่ำ🞏 ไอ มากกว่า 2 สัปดาห์🞏 เหงื่อออกมากตอนกลางคืน🞏 น้ำหนักลด> 5% ของน้ำหนักเดิมในา 1-2 เดือน🞏 ไอมีเสมหะปนเลือด 🞏 เสียงแหบ |  | ศบส……………………………………………………………….วดป........................................................................ชื่อ-สกุล…………………………………………………………..คัดกรองวัณโรค (TB Suspects)🞏 ไข้ บ่ายถึงค่ำ🞏 ไอ มากกว่า 2 สัปดาห์🞏 เหงื่อออกมากตอนกลางคืน🞏 น้ำหนักลด> 5% ของน้ำหนักเดิมในา 1-2 เดือน🞏 ไอมีเสมหะปนเลือด 🞏 เสียงแหบ |