

แบบฟอร์ม (Treatment Card) ผู้ป่วยที่รักษาแบบ MDR-TB

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|---|--|--------------------------|--|
| ชื่อ..... | | อายุ..... ปี ที่อยู่..... | | อำเภอ..... จังหวัด..... | | MDR-TB No. /25..... | |
| HN..... | | ส่งมาจาก รพ. (อำเภอ)..... | | วันที่ขึ้นทะเบียนรักษา..... | | | |
| เหตุผลที่ขึ้นทะเบียน MDR-TB | | <input type="checkbox"/> 1. สงสัย MDR TB <input type="checkbox"/> ล้มเหลว ยาสูตร CAT 1 | | <input type="checkbox"/> ล้มเหลว ยาสูตร CAT 2 <input type="checkbox"/> ล้มเหลว ยาสูตรอื่น ๆ | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 2. ผล C/S เป็น MDR-TB | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 3. อื่น ๆ (ระบุเหตุผล)..... | | | | | |
| ผล C/S : วันที่ส่ง C/S..... | | วันที่ทราบผล C/S..... | | ผล <input type="checkbox"/> MDR TB <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ MDR-TB | | | |
| : ผล Sensitivity (ระบุ) ดื้อยา..... | | ไวต่อยา..... | | | | | |
| สูตรยาที่ใช้ | | <input type="checkbox"/> 2KOPEthiZ/16OPEthiZ <input type="checkbox"/> 2KOPEZ/16OPEZ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Kanamycin ขนาดยา..... <input type="checkbox"/> PZA ขนาดยา..... <input type="checkbox"/> P ขนาดยา..... | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Ofloxacin ขนาดยา..... <input type="checkbox"/> Ethionamide ขนาดยา..... <input type="checkbox"/> E ขนาดยา..... | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Cycloserine ขนาดยา..... <input type="checkbox"/> Streptomycin ขนาดยา..... | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... | | | | | |

| ครั้งที่/วันที่ | สูตรยา | ผลเสมหะ | | ผลข้างเคียง (ระบุ) | อาการตอนเริ่มรักษา (ถาม Pt และแพทย์ ประเมิน) | น้ำหนัก (กิโลกรัม) | อื่น ๆ เช่น ผล Lab LFT, BUN/Creatinine | หมายเหตุ วันนัดครั้งต่อไป อื่น ๆ |
|-----------------|--|--------------------|-----------------|--------------------|---|--------------------|--|----------------------------------|
| | | Collect (+ หรือ -) | spot (+ หรือ -) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตร 2 KOPEthiZ/16OPEthiZ <input type="checkbox"/> สูตร 2 KOPEZ/16 OPEZ <input type="checkbox"/> สูตรอื่น ๆ ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด <input type="checkbox"/> ทอบน้อย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตรเดิม <input type="checkbox"/> ปรับลดยา/เพิ่มยา ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตรเดิม <input type="checkbox"/> ปรับลดยา/เพิ่มยา ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตรเดิม <input type="checkbox"/> ปรับลดยา/เพิ่มยา ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตรเดิม <input type="checkbox"/> ปรับลดยา/เพิ่มยา ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตรเดิม <input type="checkbox"/> ปรับลดยา/เพิ่มยา ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตรเดิม <input type="checkbox"/> ปรับลดยา/เพิ่มยา ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |

| ครั้งที่/วันที่ | สูตรยา | ผลเสมหะ | | ผลข้างเคียง (ระบุ) | อาการตอนเริ่มรักษา (ถาม Pt และแพทย์ ประเมิน) | น้ำหนัก (กิโลกรัม) | อื่น ๆ เช่น ผล Lab LFT, BUN/Creatinine | หมายเหตุ วันนัดครั้งต่อไป อื่น ๆ |
|-----------------|---|-----------------------|--------------------|-----------------------|---|-----------------------|---|--|
| | | Collect (+ หรือ -) | spot (+ หรือ x) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตรเดิม <input type="checkbox"/> ปรับลดยา/ เพิ่มยา ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตรเดิม <input type="checkbox"/> ปรับลดยา/ เพิ่มยา ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตรเดิม <input type="checkbox"/> ปรับลดยา/ เพิ่มยา ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตรเดิม <input type="checkbox"/> ปรับลดยา/ เพิ่มยา ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตรเดิม <input type="checkbox"/> ปรับลดยา/ เพิ่มยา ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตรเดิม <input type="checkbox"/> ปรับลดยา/ เพิ่มยา ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตรเดิม <input type="checkbox"/> ปรับลดยา/ เพิ่มยา ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตรเดิม <input type="checkbox"/> ปรับลดยา/ เพิ่มยา ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตรเดิม <input type="checkbox"/> ปรับลดยา/ เพิ่มยา ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |
| | <input type="checkbox"/> สูตรเดิม <input type="checkbox"/> ปรับลดยา/ เพิ่มยา ระบุ..... | | | | <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ไม่ดีขึ้น <input type="checkbox"/> คงเดิม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... | | | |

แบบประเมินการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR-TB)

เครือข่าย จังหวัด.....

| ลำดับ | ที่อยู่ (อำเภอ) | MDR-TB No. | ชื่อผู้ป่วย | วันที่ขึ้นทะเบียน MDR-TB | ผล C/S ตอนเริ่มต้น | สูตรยาตอนเริ่มต้น (ขนาด) | ผลสัมฤทธิ์ DS/Culture | | | | ผลการรักษา |
|-------|-----------------|------------|-------------|--------------------------|---|---|--------------------------|------------------|-------------------|------------------|---|
| | | | | | | | หลังฉีดยาครบ (2-6 เดือน) | รักษาครบ 6 เดือน | รักษาครบ 12 เดือน | รักษาครบ 1½-2 ปี | |
| | | | | | วันที่ส่ง วันที่รายงานผล <input type="checkbox"/> MDR-TB <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ MDR <input type="checkbox"/> NTM | KANA..... Oflox..... PAS..... Ethi..... PZA..... EMB..... Cs..... อื่น ๆ | | | | | <input type="checkbox"/> success <input type="checkbox"/> failure <input type="checkbox"/> Default <input type="checkbox"/> Die <input type="checkbox"/> T.O. |
| | | | | | วันที่ส่ง วันที่รายงานผล <input type="checkbox"/> MDR-TB <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ MDR <input type="checkbox"/> NTM | KANA..... Oflox..... PAS..... Ethi..... PZA..... EMB..... Cs..... อื่น ๆ | | | | | <input type="checkbox"/> success <input type="checkbox"/> failure <input type="checkbox"/> Default <input type="checkbox"/> Die <input type="checkbox"/> T.O. |