



กรมควบคุมโรค
กองโรคเฝ้าระวัง

การบริหารจัดการค้นหาและรักษาการติดเชื้อ

วัณโรคระยะแฝง

สำหรับผู้สัมผัสวัณโรค





กรมควบคุมโรค
กองชั้วนโรค

การบริหารจัดการค้นหาและรักษาการติดเชื้

วัณโรคระยะแฝง

สำหรับพั้วสัมพันธ์วัณโรค



การบริหารจัดการค้นหาและรักษาการติดเชื้อ วัณโรคระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสวัณโรค

ISBN : 978-616-11-4370-1

พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2563

จำนวน 500 เล่ม

จัดพิมพ์โดย กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์ กรุงเทพฯ





คำนำ

ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง ทั้งวัณโรคทั่วไป (TB) วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) และวัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย (TB/HIV) โดยในปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติปัญหาวัณโรค มีเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจึงได้กำหนดแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564 ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีมาตรการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง เน้นดำเนินการในกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กองวัณโรค จึงได้ดำเนินการจัดทำเอกสารการบริหารจัดการค้นหาและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสวัณโรคขึ้น ซึ่งได้นำเนื้อหาจาก คำแนะนำเรื่องการวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Latent Tuberculosis Infection) แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาวัณโรคในเด็ก พ.ศ. 2561 และ WHO consolidated guidelines on Tuberculosis : Module 1 : Prevention นำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานบริการสาธารณสุขและบริบทของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการบริหารจัดการค้นหาและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสวัณโรค ทำให้ผู้สัมผัสได้รับการคัดกรองวัณโรค ตรวจหาการติดเชื้อและได้รับการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงมากขึ้น สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการควบคุมวัณโรคและเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากร ภายในปี พ.ศ. 2578 ของประเทศไทยต่อไป

กองวัณโรค





สารบัญ

คำนำ	C
สารบัญ	E
บทนำ	1
คำจำกัดความ	2
การทดสอบการติดเชื้อไวรัสระยะแฝง	3
การวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อไวรัสระยะแฝงสำหรับผู้ ผู้สัมผัสไวรัสโรค	4-5
- การวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อไวรัสระยะแฝงสำหรับเด็กที่ สัมผัสไวรัสโรค	
- การวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อไวรัสระยะแฝงสำหรับผู้ใหญ่ที่ สัมผัสไวรัสโรค	
ยาและสูตรยารักษาการติดเชื้อไวรัสระยะแฝง	6-7
- สูตรยารักษาการติดเชื้อไวรัสระยะแฝง	
- อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	
การรักษาการติดเชื้อไวรัสระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสไวรัสโรค ดื้อยาหลายขนาน	8
การติดตามและประเมินผลการรักษาการติดเชื้อไวรัสระยะแฝง	9
การบริหารจัดการค้นหาและรักษาการติดเชื้อไวรัสระยะแฝง สำหรับผู้สัมผัสไวรัสโรค	10-16
ภาคผนวก	17-28



▶ บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยทั่วโลกคาดประมาณว่า 1 ใน 4 ของประชากรติดเชื้อวัณโรค โดยปี พ.ศ. 2560 คาดประมาณมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 10 ล้านคนและเสียชีวิต 1.5 ล้านคน (WHO, Global TB report 2019) เพื่อยุติปัญหาวัณโรคที่เกิดขึ้น ปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) เป็นกรอบการดำเนินงานให้กับประเทศสมาชิกโดยมีเป้าหมายที่สำคัญที่จะลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากร ภายในปี พ.ศ. 2578 โดยมาตรการที่สำคัญประการหนึ่งของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคคือ การรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

ประเทศไทยในฐานะสมาชิกองค์การอนามัยโลก ได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค โดยจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 - 2564 เป็นกรอบการดำเนินงานของประเทศ ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ในวันที่ 12 สิงหาคม 2560 และมีมาตรการการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงบรรจุในแผนปฏิบัติการดังกล่าว โดยการดำเนินงานนี้มุ่งค้นหาและนำผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่ระบบการรักษาที่ได้มาตรฐานอย่างรวดเร็ว รวมทั้งค้นหาการรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงเพื่อป้องกันการป่วยเป็นวัณโรคในอนาคต โดยเน้นการดำเนินงานสำหรับกลุ่มผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อวัณโรคและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เกิดการบูรณาการร่วมกันในการสร้างระบบสุขภาพด้านการป้องกันควบคุมวัณโรค เพื่อให้การดำเนินงานการค้นหา รักษาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อวัณโรคสำหรับกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยดำเนินไปอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ กองวัณโรคได้จัดการบริหารจัดการค้นหาและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อวัณโรค เพื่อเป็นแนวทางการทำงานต่อไป



คำจำกัดความ

ผู้ที่น่าจะเป็นวัณโรค (presumptive TB) หมายถึง ผู้ที่มีอาการหรืออาการแสดงเข้าได้กับวัณโรค เช่น ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์ ไอเป็นเลือด น้ำหนักลดผิดปกติ มีไข้ เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน เป็นต้น (เดิมเรียกว่า TB suspect)

ผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection : LTBI) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกาย แต่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสามารถต่อสู้กับเชื้อ สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อโรควัณโรคได้ ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ และไม่สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้

ผู้ป่วยวัณโรค (TB disease/Index case) หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อและติดเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกาย แต่ภูมิคุ้มกันไม่สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรคได้ เกิดพยาธิสภาพที่ทำให้ป่วยเป็นโรควัณโรค อาจมีอาการหรือไม่มีอาการก็ได้

การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (Tuberculosis Preventive Treatment : TPT) หมายถึง การให้การรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงเพื่อป้องกันการป่วยเป็นวัณโรคในอนาคต

ผู้สัมผัสวัณโรค (contacts of TB case) หมายถึงบุคคลที่สัมผัสกับผู้ป่วยที่แพร่เชื้อ (index case) สัมผัสวัณโรคจากการอยู่ร่วมกัน ทำงานด้วยกัน ซึ่งจะต้องได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรค ได้แก่

(1) **ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (household contact)** หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย ถิ่นนอนห้องเดียวกัน (household intimate) มีโอกาสรับและติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันแต่นอนแยกห้อง (household regular) ไม่นับรวมญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่นอกบ้านแต่ไปมาหาสู่เป็นครั้งคราว และนับระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยก็วันก็ได้ในช่วงระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา ตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยมีอาการหรือก่อนการวินิจฉัย

(2) **ผู้สัมผัสใกล้ชิด (close contact)** หมายถึงบุคคลที่ไม่ใช่ผู้อยู่อาศัยร่วมบ้านแต่อยู่ร่วมกันในพื้นที่เฉพาะ เช่น ทำงานที่เดียวกันในช่วงเวลานาน โดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาเฉลี่ยวันละ 8 ชั่วโมง หรือ 120 ชั่วโมง ใน 1 เดือน และนับระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยก็วันก็ได้ในช่วงระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา ตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยมีอาการหรือก่อนการวินิจฉัย

ผู้สัมผัสวัณโรคที่เป็นเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มีโอกาสสูงที่จะติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรค





การทดสอบการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

การตอบสนองด้านภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อเชื้อวัณโรคสามารถวัดปฏิกิริยาของร่างกายเมื่อได้รับสารกระตุ้น หรือวัดสารที่หลั่งออกมาจากเซลล์เมื่อได้รับการกระตุ้นด้วยเชื้อ

การทดสอบการติดเชื้อวัณโรค มี 2 วิธี

1. การทดสอบทางผิวหนังด้วยทูเบอร์คูลิน (Tuberculin skin test : TST) ซึ่งทำได้โดยการฉีดโปรตีนสกัดจากเชื้อวัณโรค เรียกว่า PPD (Purified protein derivative) ปริมาณ 0.1 มิลลิลิตร เข้าในชั้นผิวหนัง (Intradermal injection) บริเวณท้องแขน หลังจากนั้น 48 - 72 ชั่วโมง จะทำการวัดขนาดรอยนูนบริเวณที่ฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง

2. การทดสอบ Interferon-gamma release assays (IGRAs) คือ การตรวจเลือด เพื่อช่วยในการวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรค IGRA เป็นวิธีการตรวจสอบที่ใช้วัดปริมาณ Interferon-gamma (IFN- γ) เมื่อมีการติดเชื้อวัณโรคขึ้นในร่างกาย ความไวและความจำเพาะจะดีกว่าการทดสอบทูเบอร์คูลิน

การตรวจ IGRA จะช่วยลดผลการทดสอบที่เป็น “ผลบวกหลง” จากการทำทูเบอร์คูลิน ซึ่งการทดสอบการติดเชื้อวัณโรคทั้ง 2 วิธีนี้ ไม่สามารถบอกความแตกต่างระหว่างการติดเชื้อวัณโรคและการป่วยวัณโรคได้

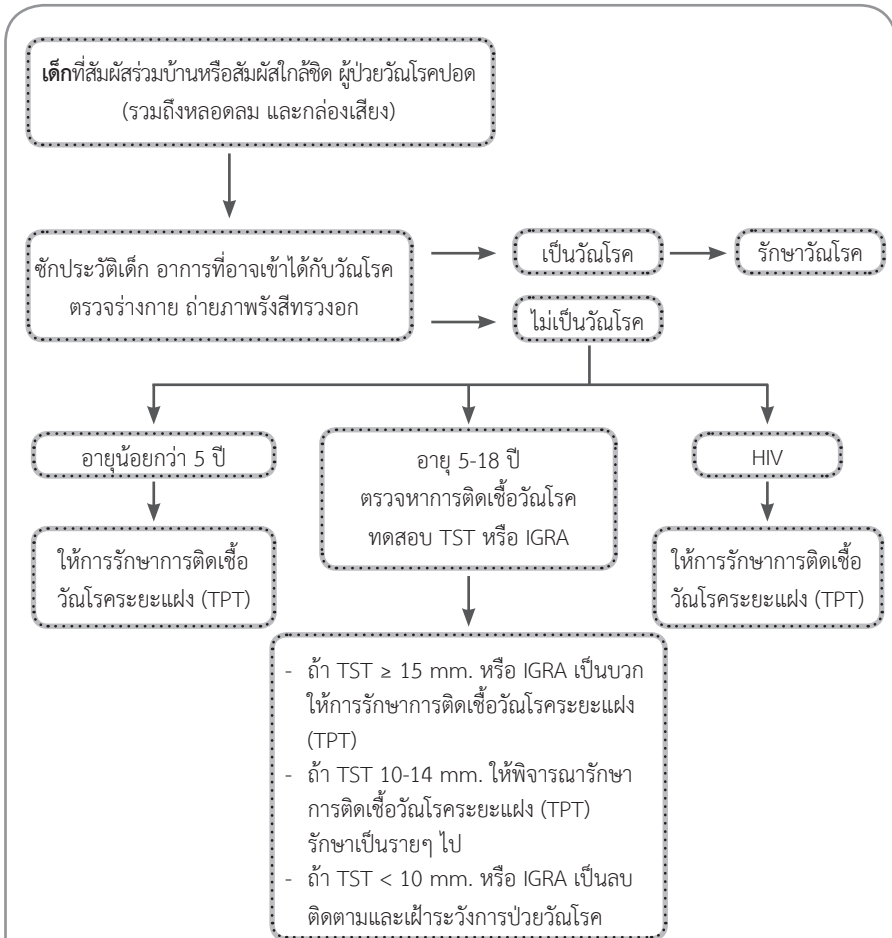
ปัจจุบันมีวิธีการตรวจ IGRAs ที่ได้รับการรับรองมี 2 วิธี

- 1) QuantiFERON -TB Gold Plus (QFT-Plus)
- 2) SPOT[®] TB test (T-spot)



การวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อวัณโรค ระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสวัณโรค

1. การวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับเด็กที่สัมผัสวัณโรค

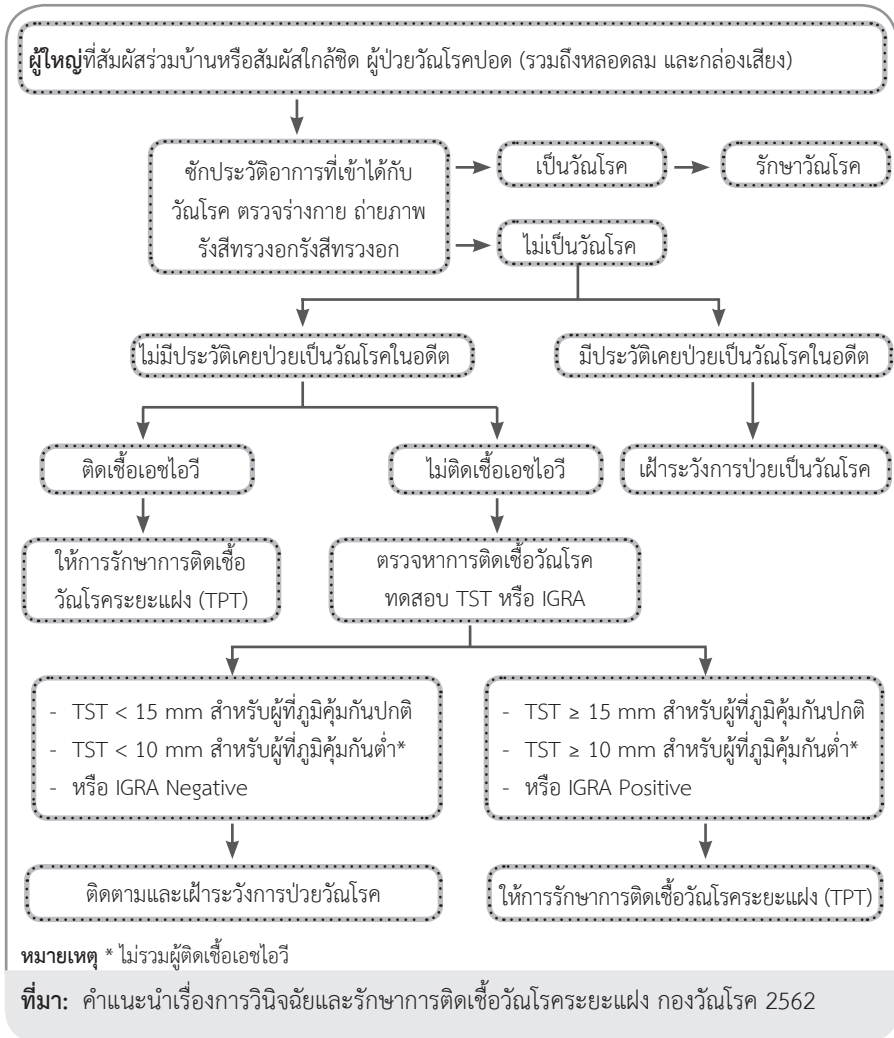


ที่มา: แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาวัณโรคในเด็ก พ.ศ.2562 กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข 2562



การวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อวัณโรค ระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสวัณโรค

2. การวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับผู้ใหญ่ที่สัมผัสวัณโรค





ยาและสูตรการรักษา

▶ การติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

สูตรยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

- ★ 3HP : Isoniazid + Rifapentine สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน (12 doses)
- ★ 1HP : Isoniazid + Rifapentine วันละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 1 เดือน (daily)
- ★ 4R : Rifampicin วันละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 4 เดือน
- ★ 3HR : Isoniazid + Rifampicin วันละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน
- ★ 6-9H: Isoniazid วันละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 6-9 เดือน

ตารางขนาดยาที่แนะนำใช้ในการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

สูตรยา	ขนาดยา			
	อายุ 2-14 ปี		อายุ 14 ปีขึ้นไป	
3 HP weekly (12 doses)	Isoniazid ขนาดตาม นน. 10-15 kg. = 300 mg. 16-23 kg. = 500 mg. 24-30 kg. = 600 mg. >30 kg. = 700 mg.	Rifapentine ขนาดตาม นน. 10-15 kg. = 300 mg. 16-23 kg. = 450 mg. 24-30 kg. = 600 mg. >30 kg. = 750 mg.	Isoniazid ≥30 kg. = 900 mg.	Rifapentine ≥ 30 kg. = 900 mg.
	1HP (daily) อายุ ≥ 13 ปี Isoniazid 300 mg. และ Rifapentine 600 mg			
สูตรยา	ขนาดยาต่อน้ำหนักตัวต่อวัน (mg/kg/day)			
4R	อายุ <10 ปี : Rifampicin 15 mg. (10-20 mg.)		อายุ ≥10 ปี : Rifampicin 10 mg.	
3HR	อายุ <10 ปี : Isoniazid 10 mg. (7-15 mg.) Rifampicin 15 mg. (10-20 mg.)		อายุ ≥10 ปี : Isoniazid 5 mg. Rifampicin 10 mg.	
6-9H	อายุ <10 ปี : Isoniazid 10 mg. (7-15 mg.)		อายุ ≥10 ปี : Isoniazid 5 mg.	

ที่มา : WHO consolidated guidelines on tuberculosis Module 1 :Prevention - Tuberculosis preventive treatment ; World Health Organization 2020



อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ตารางอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญจากยาที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

อาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ	ยาที่สงสัยว่าจะเกิดเป็นสาเหตุ	การดูแลรักษา
พิษต่อระบบประสาท (CNS toxicities) เช่น ง่วงซึม ปวดศีรษะ สับสน	H, R, RPT	หยุดใช้ยาที่สงสัย
พิษต่อตับ (hepatotoxicity) เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ตาเหลือง	H, R, RPT	จะเป็นสาเหตุและรีบปรึกษาแพทย์
อาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (flu-like syndromes) เช่น มีไข้สูง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น	R, RPT, H	
อาการแพ้อย่างรุนแรง (hypersensitivity) เช่น อาการผื่นคัน บวม หายใจลำบาก เป็นต้น	R, RPT, H	
อาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร (GI-discomfort) เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เป็นต้น	H, R, RPT	
ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia)	R, RPT	
ภาวะผิดปกติของเม็ดเลือด (hematologic abnormalities)	H	
อาการชาตามปลายมือปลายเท้า (peripheral neuropathy)	H	

หมายเหตุ: H: Isoniazid, R: Rifampicin, RPT: Rifapentine



การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง สำหรับผู้สัมผัสวัณโรคตัวยาหลายขนาน

กรณีสัมผัสกับวัณโรคตัวยาหลายขนาน (MDR-TB) วัณโรคตัวยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre-XDR-TB) หรือวัณโรคตัวยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ปัจจุบันยังไม่แนะนำให้ยาเพื่อป้องกัน (Secondary chemoprophylaxis) ให้ติดตามสังเกตอาการที่เข้าได้กับวัณโรคเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี เมื่อป่วยเป็นวัณโรค จึงให้การรักษาวัณโรค



การติดตามและประเมินผลการรักษา การติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

1. รักษาครบ หมายถึง ผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงได้รับการรักษาครบกำหนด
2. หยุดการรักษา หมายถึง ผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงออกจากการรักษา เนื่องจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ป่วยเป็นวัณโรค แพ้ยา ขาดยา เสียชีวิต

การติดตามและสนับสนุนการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

1. ผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงทุกราย ควรได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการติดเชื้อ การป่วยและการรักษา ซึ่งหากยินยอมรับการรักษาดังต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment : DOT) หรือเจ้าหน้าที่ดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่านอิเล็กทรอนิกส์ เช่น VOT (video observed treatment), mobile application ซึ่งหากรักษาด้วยยาสูตร 3 HP แนะนำให้มารับประทานยาที่หน่วยบริการสาธารณสุข
2. ผู้สัมผัสควรได้รับการชักประวัติอาการที่เข้าได้กับวัณโรคและถ่ายภาพรังสีทรวงอก ติดตามอย่างต่อเนื่อง ทุก 6 เดือน เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี ไม่ว่าจะได้รับการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงหรือไม่ก็ตาม

การประเมินผลการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

1. การประเมินผลการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ต้องติดตามผู้ที่ได้รับการรักษาว่า สามารถทานยาได้ครบระยะเวลาการรักษาและมีผลข้างเคียงจากยาหรือไม่ และรายงานผลการรักษาผ่านโปรแกรม NTIP นอกจากนี้ควรติดตามการดำเนินโรคจนป่วยเป็นวัณโรค ระหว่างการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงด้วย
2. ติดตามการป่วยเป็นวัณโรค หลังการรักษาครบ จนครบ 2 ปี



การบริหารจัดการค้นหาและรักษา



การติดตามวัณโรคระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสวัณโรค

1. วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อค้นหาและรักษาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรค
- 2) เพื่อค้นหาและรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรค
- 3) เพื่อเฝ้าระวังและติดตามผลการรักษาติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรค

2. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

3. ขั้นตอนดำเนินงาน

3.1 ค้นหาผู้สัมผัสวัณโรค

เมื่อพบผู้ป่วยวัณโรคที่อวัยวะซึ่งสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ เช่น ปอด หลอดลม กล่องเสียง เจ้าหน้าที่สอบถามข้อมูลเพื่อค้นหาผู้สัมผัสของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สัมผัสร่วมบ้าน

3.2 ขึ้นทะเบียนผู้สัมผัส/กลุ่มเสี่ยง

บันทึกข้อมูลการคัดกรองผู้สัมผัส/กลุ่มเสี่ยง ในโปรแกรม (National Tuberculosis Information Program: NTIP)

3.3 คัดกรองการป่วยเป็นวัณโรค

คัดกรองการป่วยเป็นวัณโรค โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและซักประวัติอาการที่เข้าได้กับวัณโรคแก่ผู้สัมผัสวัณโรคทุกราย

- ◆ หากผลถ่ายภาพรังสีทรวงอก**ผิดปกติ**เข้าได้กับวัณโรคหรือมีอาการสงสัยวัณโรคให้ส่งตรวจเสมหะ
- ◆ หากพบป่วยเป็นวัณโรคให้การรักษาวัณโรค
- ◆ หากผลถ่ายภาพรังสีทรวงอก**ปกติ** ไม่มีอาการ ปฏิบัติดังนี้



10

1. อายุ < 5 ปี : รักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงทุกราย (โดยไม่จำเป็นต้องตรวจหาการติดเชื้อ)
2. อายุ ≥ 5 ปี และผู้ใหญ่ : แนะนำตรวจหาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงด้วยวิธี IGRA หรือ TST โดยให้คำแนะนำและลงนามในเอกสารยินยอมตรวจหาการติดเชื้อวัณโรค
หมายเหตุ : หนังสือแสดงความยินยอมตรวจหาการติดเชื้อวัณโรคและหนังสือรับทราบยินยอมเพื่อกินยารักษา เพิ่มเติมส่วนภาคผนวก

3.4 การวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

การตรวจหาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงด้วยวิธี IGRA

1. การประสานรายละเอียดการดำเนินงาน และวันเจาะเลือดที่กลุ่มพัฒนาวิชาการ กองวัณโรค (คุณกัญญาวิร์ พิฑูรทรัพย์) โทร 02- 211-2279 ต่อ 1241 หรือ 096-6651465 โดยการส่งตรวจในแต่ละครั้งขอให้แนบหมายผู้รับการตรวจไม่ต่ำกว่า 10 ราย
2. การนัดหมายเพื่อยืนยันการรับเลือดในแต่ละครั้งประสานกลุ่มปฏิบัติการอ้างอิงชั้นสูดวัณโรคแห่งชาติ กองวัณโรค (คุณธน นรรัตน์) โทร 02-211-2279 ต่อ 1104 หรือ 085-9888827
3. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเจาะเลือดภายในเวลา 12.00 น. โดยเจาะเลือดใส่หลอดเก็บเลือดจุกสีเขียว Lithium heparinized blood เก็บเลือดปริมาณ 4-6 ml จำนวน 1 หลอด *ห้ามใช้สารกันเลือดแข็งชนิดอื่น ๆ*
4. ผสมเลือดให้เข้ากับสารกันเลือดแข็ง โดยคว่ำหางหลอดเก็บเลือดหลายครั้งทันทีเพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือด หลังจากนั้นเก็บที่อุณหภูมิห้อง *ห้ามแช่เย็นโดยเด็ดขาด* และเจ้าหน้าที่รับตัวอย่างจะมารับเลือดภายในเวลา 13.00 น.
5. ส่งตัวอย่างเลือดพร้อมใบขอส่งตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคด้วยวิธี IGRA ให้กับเจ้าหน้าที่รับตัวอย่าง
6. กองวัณโรคดำเนินการตรวจ IGRA ตามขั้นตอนที่กำหนดตามมาตรฐาน
7. กองวัณโรคจะแจ้งผลการตรวจหาเชื้อวัณโรคตามชื่อและที่อยู่ของเจ้าหน้าที่ส่งตรวจที่ระบุในใบขอส่งตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคด้วยวิธี IGRA ภายใน 7-10 วัน หลังจากได้รับตัวอย่างเลือด

แผนปฏิบัติการส่งตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจหาการติดเชื้อวัณโรคด้วยวิธี IGRA

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลประสานกลุ่มพัฒนาวิชาการ กองวัณโรค
โทร 02-2122279 ต่อ 1241 หรือ 096-6651465
นัดผู้สัมผัสที่ผ่านการคัดกรองและไม่ป่วยเป็นวัณโรคมาเจาะเลือด
เพื่อตรวจหาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง
****กำหนดวันเจาะเลือดในวันจันทร์และอังคารเท่านั้น****



เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลประสานเจ้าหน้าที่ LAB กองวัณโรค
เพื่อนัดหมายการรับเลือด
โทร 02-211-2279 ต่อ 1104 หรือ 085-9888827



เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเจาะเลือดพร้อมส่งภายในเวลา 12.00 น. ของวันที่นัดหมาย
เจ้าหน้าที่ขนส่งรับเลือดพร้อมใบขอส่งตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรค
ด้วยวิธี IGRA ไม่เกินเวลา 13.00 น. ในวันเดียวกัน



กองวัณโรคออกผลตรวจเลือดภายใน 7-10 วันหลังรับเลือด
และรายงานผลตรวจผ่านเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานของโรงพยาบาล

หมายเหตุ : หากมีข้อสงสัยหรือเกิดปัญหาในการรับ-ส่งเลือด
ประสานที่กลุ่มพัฒนาวิชาการ กองวัณโรค
(คุณกัญญาวีร์ พิฑูรทรัพย์) โทร 02- 211-2279 ต่อ 1241 หรือ 096-6651465

3.5 การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

การเบิกยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

1. กรณีเป็นผู้สัมผัสที่มีสิทธิ์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเบิกยา Isoniazid และ Rifampicin ได้ตามเงื่อนไขในสิทธิ์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อลงทะเบียนใน NTIP
2. กรณีที่ใช้ยา Rifapentine สามารถขอสนับสนุนได้จากกองวัณโรค โดยส่งเอกสารดังต่อไปนี้มายังกองวัณโรค
 - หนังสือราชการพร้อมแนบแบบฟอร์มขอรับการสนับสนุนยาสำหรับผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง
 - สำเนาการขึ้นทะเบียนผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในระบบ NTIP
 - รายงานผล LAB การตรวจคัดกรองผู้สัมผัส หรือรายงานผลการตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

3.6 การติดตามการรักษา

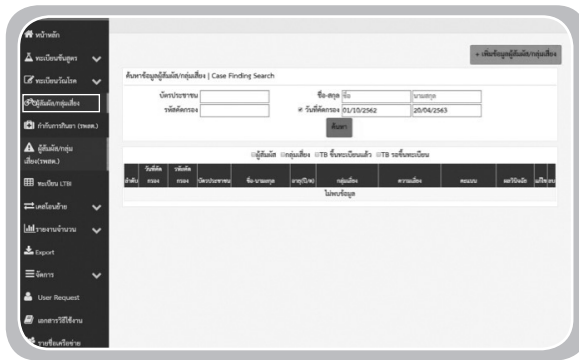
1. หากผู้ติดเชื้อยินยอมรักษารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ดูแลให้ได้รับประทานยาจนครบการรักษาและติดตามอาการหลังการรักษาจนครบ 2 ปีโดยบันทึกข้อมูลในระบบ NTIP
2. หากผู้ติดเชื้อไม่ยินยอมรับการรักษารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ติดตามถ่ายภาพรังสีทรวงอกและสอบถามอาการที่เข้าได้กับวัณโรค ทุก 6 เดือน จนครบ 2 ปี

4. การติดตามและประเมินผลการรักษารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในโปรแกรม NTIP

โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program: NTIP) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค การคัดกรองและการรักษาวัณโรคระยะแฝงแบบรายบุคคล และรายงานวัณโรค เพื่อการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการกำกับติดตามการรักษา การวิเคราะห์สถานการณ์ การประเมินผลการดำเนินงาน และวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ โดยมีแนวปฏิบัติ ดังนี้

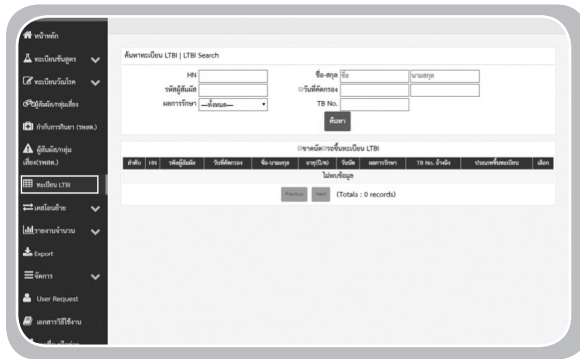
4.1 การรายงานข้อมูลการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัส/กลุ่มเสี่ยง และการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคระยะแฝงในโปรแกรม NTIP ดังนี้

1. การเริ่มต้นบันทึกข้อมูลการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัส/กลุ่มเสี่ยง ในโปรแกรม NTIP สำหรับโรงพยาบาลไปที่เมนู “ผู้สัมผัส/กลุ่มเสี่ยง” และสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปที่เมนู “ผู้สัมผัส/กลุ่มเสี่ยง (รพ.สต.)” เพื่อบันทึกข้อมูลการคัดกรองรายบุคคล

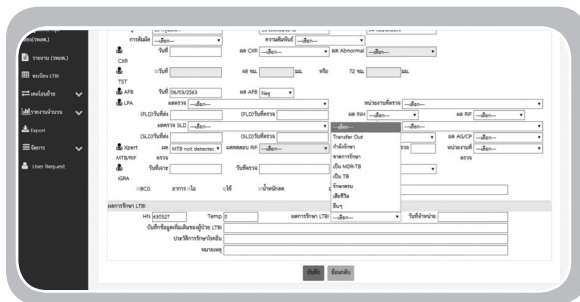


2. การบันทึกข้อมูลการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสให้ระบุ Index case ในผู้สัมผัสทุกราย
3. การบันทึกข้อมูลการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัส/กลุ่มเสี่ยง ให้ระบุผลการวินิจฉัยทุกรายเพื่อจำแนกผู้ป่วยวัณโรค และวัณโรคระยะแฝง ให้เข้าสู่ระบบการรักษาและติดตามป้องกันควบคุมวัณโรคที่รวดเร็ว
4. ผู้ที่ได้รับการคัดกรองที่มีผลการวินิจฉัยเป็นวัณโรค ข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกส่งไปรอขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคของโรงพยาบาลที่เมนู “หน้าหลัก” หัวข้อ “คัดกรองวินิจฉัยเป็น TB” โดยโรงพยาบาลสามารถขึ้นทะเบียนติดตามและรักษาวัณโรคได้

5. ผู้ที่ได้รับการคัดกรองที่มีผลการวินิจฉัยเป็นวัณโรคระยะแฝง ข้อมูลจะถูกส่งไปรอขึ้นทะเบียนรักษาที่เมนู “ทะเบียน TPT” โดยโรงพยาบาลสามารถขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคระยะแฝง และติดตามไปจนสิ้นสุดการรักษา



6. ทะเบียน TPT สามารถบันทึกข้อมูลการรักษา สูตรยาที่รักษา และผลการรักษา การรักษาของผู้ที่ขึ้นทะเบียนได้



4.2 การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานคัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัส/กลุ่มเสี่ยง และการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคระยะแฝงในโปรแกรม NTIP ดังนี้

1. ผู้สัมผัสวัณโรคควรได้รับการคัดกรองวัณโรคทุก 6 เดือนใน 2 ปีแรก
2. ผู้ป่วยที่มีโรคหรือมีภาวะเสี่ยงและประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง ควรได้รับการคัดกรองวัณโรคปอดด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกอย่างน้อยปีละครั้ง

3. การดูรายงานผลการดำเนินงาน เพื่อติดตามและประเมินผล ดังนี้

- ◆ ผู้ใช้งานทั่วไปสามารถดูรายงานผลการดำเนินงานคัดกรองวัณโรคได้จาก Dashboard ของโปรแกรม NTIP
- ◆ ผู้ใช้งานระดับ รพ.สต. สามารถดูรายงานการคัดกรองวัณโรคของหน่วยบริการแบบรายบุคคลได้จากเมนู “รายงาน (รพ.สต.)”
- ◆ ผู้ใช้งานระดับประเทศ/ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ / และ โรงพยาบาล ที่มีสิทธิ์การใช้งานโปรแกรม NTIP แบบดูข้อมูลรายจำนวน สามารถดูรายงานการคัดกรองและรักษาวัณโรคระยะแฝง ได้จากเมนู “รายงานจำนวนเลือกเมนู Data center” หัวข้อ “Case finding”
- ◆ ผู้ใช้งานระดับประเทศ/ สคร./ สสจ. และ รพ. ที่มีสิทธิ์การใช้งานโปรแกรม NTIP แบบดูข้อมูลรายบุคคล สามารถดูรายงานการคัดกรองและรักษาวัณโรคระยะแฝง เป็นข้อมูลแบบรายจำนวนและรายบุคคลได้จากเมนู “รายงานรายบุคคล เลือกเมนู Data center” หัวข้อ “Case finding” และเมนู “รายงานรายบุคคล” หัวข้อ “รายงานรวม case”



หากมีข้อสงสัยในการรายงานบันทึก NTIP สามารถเข้าไปศึกษาเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ NTIP (<https://tbcmthailand.net/uiform/Manual.asp>)



ภาคผนวก

1. หนังสือแสดงความยินยอมในการตรวจหาการติดเชื้อวัณโรค *
2. หนังสือรับทราบและยินยอม เพื่อกินยารักษาการติดเชื้อวัณโรค (เด็กอายุ 0 – 18 ปี) *
3. หนังสือรับทราบและยินยอม เพื่อกินยารักษาการติดเชื้อวัณโรค *
4. แบบฟอร์มขอรับการสนับสนุนยาสำหรับผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง **
5. ใบขอส่งตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคด้วยวิธี IGRA **
6. ทะเบียนการวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (LTBI Register) **
7. รายงานการคัดกรองและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงรายไตรมาส (LTBI Report) **
8. แบบฟอร์มบันทึกการกินยาและสังเกตอาการผิดปกติหลังการกินยา 3 HP เมื่อรักษาวัณโรคระยะแฝง **
9. แบบฟอร์มบันทึกการกินยาและสังเกตอาการผิดปกติหลังการกินยา 1 HP เมื่อรักษาวัณโรคระยะแฝง **
10. รายชื่อผู้ประสานงานการดำเนินงานค้นหาและรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

หมายเหตุ * แบบฟอร์มดังกล่าวสามารถใช้ได้ตามพิจารณาเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงาน

** แบบฟอร์มทางห้องปฏิบัติการบังคับใช้ทุกกรณี



สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่เว็บไซต์กองวัณโรค

(<https://www.tbthailand.org/>)

หนังสือแสดงความยินยอม
ในการตรวจหาการติดเชื้อวัณโรค

เอกสารฉบับนี้เป็นเอกสารแสดงถึงการแสดงความยินยอมของข้าพเจ้า หรือยินยอม
ให้บุคคลในอุปการะของข้าพเจ้าได้รับการตรวจหาการติดเชื้อวัณโรคด้วยวิธี

- () ทดสอบปฏิกิริยาทูเบอร์คูลิน (TST)
- () การตรวจหาการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อวัณโรค (IGRA)

ณ สถานพยาบาลแห่งนี้โดยก่อนรับการตรวจข้าพเจ้าได้รับการปรึกษาเกี่ยวกับ
ความรู้ ความสำคัญ และสิ่งที่ควรรู้ในการตรวจหาการติดเชื้อจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์
รวมถึงมีโอกาสซักถามจนเป็นที่พอใจแล้ว

ดังนั้น

- () ข้าพเจ้ามีความประสงค์รับการตรวจหาการติดเชื้อวัณโรค ณ สถานพยาบาลแห่งนี้
- () ข้าพเจ้ายินยอมให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว /.....

ซึ่งเป็นผู้มีอายุน้อยกว่า 18 ปี หรือผู้บกพร่องทางกายหรือจิตที่ทำให้ไม่สามารถใช้สิทธิ
ด้วยตนเองและอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า รับการตรวจหาการติดเชื้อวัณโรค ณ
สถานพยาบาลแห่งนี้

ลงนาม.....
(.....)

ลงนามผู้ให้คำปรึกษา

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

วันที่.....

หนังสือรับทราบและยินยอม เพื่อกินยารักษาการติดเชื้อวัณโรค (เด็กอายุ 0 - 18 ปี)

โรงพยาบาล.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี

ผู้ปกครองของ.....เกี่ยวข้องกับ.....

ยินยอมให้บุคคลในปกครองรับยารักษาการติดเชื้อวัณโรค

สูตรยาที่ได้รับ

- 3HP : INH.....mg. + RPT.....mg. weekly (3 months)
- 1HP : INH.....mg. + RPT.....mg. daily (1 month)
- 4R : RIF.....mg. daily
- 3HR : INH.....mg. + RIF.....mg. daily
- 6-9H : INH.....mg. daily

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า

1. ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายอย่างละเอียดจากเจ้าหน้าที่ถึงความหมายและความสำคัญของยา วิธีและระยะเวลาของการกินยา อาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประโยชน์และความเสี่ยงจากการกินยา ตามเอกสารแนะนำการใช้ยา
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลในปกครองกินยารักษาการติดเชื้อวัณโรคอย่างต่อเนื่องเต็มระยะเวลาของสูตรยา
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำกับกับการกินยา ต่อเนื่องจนครบกำหนดการกินยา
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลส่วนตัวด้านภาวะสุขภาพที่อาจมีผลต่อการกินยาของบุคคลในปกครอง แก่เจ้าหน้าที่ เช่น ภาวะตั้งครรภ์ โรคประจำตัว เป็นต้น

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบคำชี้แจงจากเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลแห่งนี้เกี่ยวกับยารักษาการติดเชื้อวัณโรค ตลอดจนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นรวมถึงวิธีการปฏิบัติ และข้าพเจ้ามีสิทธิขอคำปรึกษาการใช้ทางเลือกอื่นในการรักษาได้ตลอดเวลา โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ

ดังนั้น ข้าพเจ้า.....ผู้ปกครองของ.....

ยินยอมให้บุคคลในปกครองรับยารักษาการติดเชื้อวัณโรค ณ สถานพยาบาลแห่งนี้

ลงนาม.....ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่.....

ลงนาม.....เจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่.....

ลงนาม.....พยาน

(.....)

วันที่.....

Edited 29 APR 2020



หนังสือรับทราบและยินยอม เพื่อกินยารักษาการติดเชื้อวัณโรค

โรงพยาบาล.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี

สูตรยาที่ได้รับ

- 3HP : INH.....mg. + RPT.....mg. weekly (3 months)
- 1HP : INH.....mg. + RPT.....mg. daily (1 month)
- 4R : RIF.....mg. daily
- 3HR : INH.....mg. + RIF.....mg.
- 6-9H : INH.....mg. daily

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า

1. ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายอย่างละเอียดจากเจ้าหน้าที่ถึงความหมายและความสำคัญของยา วิธีและระยะเวลาของการกินยา อาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประโยชน์และความเสี่ยงจากการกินยา ตามเอกสารแนะนำการใช้ยา
2. ข้าพเจ้ายินยอมกินยารักษาการติดเชื้อวัณโรคอย่างต่อเนื่องเต็มระยะเวลาของสูตรยา
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำกับกับการกินยา ต่อเนื่องจนครบกำหนดการกินยา
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลส่วนตัวด้านภาวะสุขภาพที่อาจมีผลต่อการ กินยา แก่เจ้าหน้าที่ เช่น ภาวะ ตั้งครรภ์ โรคประจำตัว เป็นต้น

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบคำชี้แจงจากเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลแห่งนี้เกี่ยวกับยารักษาการติดเชื้อวัณโรค ตลอดจนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นรวมถึงวิธีการปฏิบัติ และข้าพเจ้ามีสิทธิจะขอคำปรึกษาการใช้ทางเลือกอื่นในการรักษาได้ตลอดเวลา โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญ

ดังนั้น ข้าพเจ้า.....ยินยอมโดยสมัครใจรับยารักษาการติดเชื้อวัณโรค ณ สถานพยาบาลแห่งนี้

ลงนาม.....ผู้กินยา

(.....)

วันที่.....

ลงนาม.....เจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่.....

ลงนาม.....พยาน

(.....)

วันที่.....

Edited 29 APR 2020

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 น้ำหนัก.....กก. HN.....
อาชีพ.....หน่วยงาน.....
3. ข้อมูลผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง
 - 3.1 มีผลการตรวจที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ใช่ (โปรดแนบหลักฐานผลการตรวจ**)
 - 3.2 ประเภทประชากรกลุ่มเสี่ยง เด็กผู้สัมผัสวัณโรค B24 เรือนจำ
 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข HCWs อาชีพ.....หน่วยงาน.....
 อื่นๆ.....
 - 3.3 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 โดยท่านผู้ส่งข้อมูลเพื่อเบิกยาของประวัติการรักษาวัณโรคระยะแฝงในโปรแกรมก่อน หลังจากนั้น โปรด capture หน้าจอดังกล่าวแนบเป็นหลักฐานด้วย
- ** กรณีที่มีการตอบผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการพบว่า ผลเป็นบวกหรือในแนวเดียวกัน ให้สำเนาเอกสารดังกล่าวแนบเป็นหลักฐานด้วย

ส่งมาที่ กองวัณโรค เลขที่ 116 ถนนสุทธประเสริฐ (ฝั่งขวา) แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม กทม. 10120
โทรศัพท์ : 02-212-2279 ต่อ 1131 แฟกซ์ : 02-212-1408





ใบขอส่งตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคด้วยวิธี IGRA
 กองวัณโรค เลขที่ 116 ถนนสุดประเสริฐ (ฝั่งขวา) แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม กทม. 12120
 โทรศัพท์ : 02-211-2138 ต่อ 1214

Order Number/Sticker

****กรุณารอกเอกสารให้ครบถ้วน ถูกต้อง****

ข้อมูลผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค (Contact Case)			
ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ปี	เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
รหัสบัตรประชาชน 13 หลัก <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>			HN
ลีทิจของการรักษา <input type="radio"/> ข้าราชการ <input type="radio"/> บัตรทอง/สปสช. <input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> ประกันชีวิต/ป่วย <input type="radio"/> อื่นๆ.....			
การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น			
ลักษณะอาการเบื้องต้นของผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค			
.....			
เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่ (Household Contact) <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่			
เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่ (Close Contact) <input type="radio"/> ใช่ ระบุสถานที่..... <input type="radio"/> ไม่ใช่			
ระยะเวลาสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค..... ชั่วโมง/วัน เป็นเวลานาน.....ปี.....เดือน			
เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนหรือไม่ <input type="radio"/> เคย <input type="radio"/> ไม่เคย			
โรคประจำตัว/โรคร่วม <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี <input type="checkbox"/> B24 <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....			
ปัจจุบันได้รับยากดภูมิคุ้มกัน หรือยาในกลุ่ม steroid หรือไม่ <input type="radio"/> ได้รับ <input type="radio"/> ไม่ได้รับ			
ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค (Index Case)			
ชื่อ-นามสกุล :		อายุ :	ปี เดือน
รหัสบัตรประชาชน 13 หลัก <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>		เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง	
อวัยวะที่เป็นวัณโรค <input type="radio"/> PTB <input type="radio"/> EPTB ระบุ.....		ประเภทผู้ป่วย <input type="radio"/> New <input type="radio"/> Relapse <input type="radio"/> อื่นๆ.....	
ผลเสมหะ <input type="radio"/> AFB..... <input type="radio"/> Xpert MTB/RIF..... <input type="radio"/> culture..... <input type="radio"/> อื่นๆ.....			
วันที่เริ่มรักษา.....			
จำนวนผู้สัมผัสร่วมบ้าน <input type="radio"/> อายุน้อยกว่า 5 ปี คน <input type="radio"/> อายุ 5-18 ปี คน <input type="radio"/> อายุ 18 ปีขึ้นไป คน			
ข้อมูลการส่งตรวจ			
โปรดเขียนตัวบรรจง	โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ		
	ที่อยู่		
	ชื่อ-นามสกุลแพทย์ผู้ส่งตรวจ		โทร.
	วันที่ส่งตรวจ	วันที่เก็บส่งตรวจ	เวลาที่เก็บส่งตรวจ
	ชื่อ-ที่อยู่ ของผู้ต้องการทราบผล		
	โทรศัพท์	โทรสาร	E-mail
สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการกองวัณโรค			
สิ่งส่งตรวจ <input type="radio"/> สภาพเหมาะสม <input type="radio"/> สภาพไม่เหมาะสม/อย่างไร		โทรสาร	ลายเซ็นเจ้าหน้าที่

วิธีการเก็บและส่งสิ่งส่งตรวจ กรุณาโทรแจ้งฝ่ายประสานรับส่งตัวอย่าง (081-2916114, 093-2265355 : คุณสายใจ) ล่วงหน้าก่อนจะเลือกอย่างน้อย 3 วัน

- เจาะเลือดให้ใส่หลอดเก็บเลือดถูกเขียว (Lithium Heparinized Blood) โดยเก็บเลือดปริมาณ 4-6 ml จำนวน 1 หลอด
ห้ามใช้สารกันเลือดแข็งชนิดอื่น
- คว่ำหงายหลอดเก็บเลือดหลายๆครั้งทันที เพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือด **วางที่อุณหภูมิห้อง ห้ามแช่เย็น**
- ส่งตัวอย่างเลือดบรรจุใส่กล่องโฟมหรือกระติกที่มีน้ำแข็งหรือ ice pack ที่อุณหภูมิ 18 - 25 oC ทันที หรือภายใน 24 ชั่วโมง ***ห้ามแช่แข็ง***
- เจ้าหน้าที่จะเข้าไปรับตัวอย่างเลือดในวันอังคาร ก่อนเวลา 13.00 น.
- กรุณาลงทะเบียนผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคในระบบ NTIP ทุกรายและแนบหลักฐานการลงทะเบียนมาพร้อมใบขอส่งตรวจ

V4 Edited 29 APR 2020

การสัมผัสร่วมบ้าน การสัมผัสใกล้ชิด
 ไม่ชัดเจน Index case

ทะเบียนการวินิจฉัยและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสวัณโรค

ชื่อ-สกุล..... ชื่อ-สกุลผู้ป่วย (Index case)..... เพศ ชาย หญิง ID..... HN..... โทร..... ประเภท PTB EPTB
 ไม่ชัดเจน Index case.....
 การวินิจฉัยเป็นอย่างไร New Relapse TAF TALF TI อื่นๆ..... วันที่เริ่มรักษา..... ผลสมเหตุสมผล AFB Molecular..... Culture..... อื่นๆ.....
 จำนวนผู้สัมผัสน้อยกว่า 5 ปี..... ราย จำนวนผู้สัมผัส > 5-18 ปี..... ราย จำนวนผู้สัมผัส > 18 ปี..... ราย จำนวนผู้สัมผัสที่ได้รับการตรวจวัณโรคแล้ว..... คน

No	ข้อมูลผู้รับการคัดกรอง	ผล CXR	ผล LAB	แนวทางการรักษา	ผลการรักษา	การติดตามผลการให้ TPT
1.	ชื่อ-สกุล..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง ID..... HN..... อายุ..... ปี น้าหนัก..... กก. โทร..... อาชีพ..... อภการ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีการสัมผัส TB ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวัณโรค <input type="checkbox"/> พ่อ/แม่ <input type="checkbox"/> สามี/ภรรยา <input type="checkbox"/> ลูก <input type="checkbox"/> อูติ <input type="checkbox"/> ที่ร่วมงาน <input type="checkbox"/> ที่เจอไม่รู้อะไร <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... เคยป่วยเป็นวัณโรคหรือไม่ <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> B24 <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	ครั้งที่ 1 วันที่..... <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ได้ TB <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ ครั้งที่ 2 วันที่..... <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ได้ TB <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ ครั้งที่ 3 วันที่..... <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ได้ TB <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ ครั้งที่ 4 วันที่..... <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ได้ TB <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้	AFB1.....วันที่..... AFB2.....วันที่..... Molecular..... IGRA.....วันที่..... <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Indeterminate TST..... วันที่อ่านผล.....	<input type="checkbox"/> รักษาวัณโรค <input type="checkbox"/> ติดตามอาการ CXR ทุก 6 เดือนครบ 2 ปี <input type="checkbox"/> ให้ยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง สูตรยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง <input type="checkbox"/> 3HP (weekly) <input type="checkbox"/> 1HP <input type="checkbox"/> 4R <input type="checkbox"/> 3HR <input type="checkbox"/> 6-9H	วันที่สัปดาห์..... <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> หยุดการรักษา เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> ป่วยเป็นวัณโรค <input type="checkbox"/> แพีย <input type="checkbox"/> ขาดยา/Loss to FU <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	ครั้งที่ 1 วันที่..... ผล..... ครั้งที่ 2 วันที่..... ผล..... ครั้งที่ 3 วันที่..... ผล..... ครั้งที่ 4 วันที่..... ผล.....
2.	ชื่อ-สกุล..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง ID..... HN..... อายุ..... ปี น้าหนัก..... กก. โทร..... อาชีพ..... อภการ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีการสัมผัส TB ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวัณโรค <input type="checkbox"/> พ่อ/แม่ <input type="checkbox"/> สามี/ภรรยา <input type="checkbox"/> ลูก <input type="checkbox"/> อูติ <input type="checkbox"/> ที่ร่วมงาน <input type="checkbox"/> ที่เจอไม่รู้อะไร <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... เคยป่วยเป็นวัณโรคหรือไม่ <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> B24 <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	ครั้งที่ 1 วันที่..... <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ได้ TB <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ ครั้งที่ 2 วันที่..... <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ได้ TB <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ ครั้งที่ 3 วันที่..... <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ได้ TB <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ ครั้งที่ 4 วันที่..... <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ได้ TB <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้	AFB1.....วันที่..... AFB2.....วันที่..... Molecular..... IGRA.....วันที่..... <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Indeterminate TST..... วันที่อ่านผล.....	<input type="checkbox"/> รักษาวัณโรค <input type="checkbox"/> ติดตามอาการ CXR ทุก 6 เดือนครบ 2 ปี <input type="checkbox"/> ให้ยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง สูตรยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง <input type="checkbox"/> 3HP (weekly) <input type="checkbox"/> 1HP <input type="checkbox"/> 4R <input type="checkbox"/> 3HR <input type="checkbox"/> 6-9H	วันที่สัปดาห์..... <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> หยุดการรักษา เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> ป่วยเป็นวัณโรค <input type="checkbox"/> แพีย <input type="checkbox"/> ขาดยา/Loss to FU <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	ครั้งที่ 1 วันที่..... ผล..... ครั้งที่ 2 วันที่..... ผล..... ครั้งที่ 3 วันที่..... ผล..... ครั้งที่ 4 วันที่..... ผล.....
3.	ชื่อ-สกุล..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง ID..... HN..... อายุ..... ปี น้าหนัก..... กก. โทร..... อาชีพ..... อภการ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีการสัมผัส TB ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวัณโรค <input type="checkbox"/> พ่อ/แม่ <input type="checkbox"/> สามี/ภรรยา <input type="checkbox"/> ลูก <input type="checkbox"/> อูติ <input type="checkbox"/> ที่ร่วมงาน <input type="checkbox"/> ที่เจอไม่รู้อะไร <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... เคยป่วยเป็นวัณโรคหรือไม่ <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> B24 <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	ครั้งที่ 1 วันที่..... <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ได้ TB <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ ครั้งที่ 2 วันที่..... <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ได้ TB <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ ครั้งที่ 3 วันที่..... <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ได้ TB <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ ครั้งที่ 4 วันที่..... <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้ได้ TB <input type="checkbox"/> มีคอดักซ้	AFB1.....วันที่..... AFB2.....วันที่..... Molecular..... IGRA.....วันที่..... <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Indeterminate TST..... วันที่อ่านผล.....	<input type="checkbox"/> รักษาวัณโรค <input type="checkbox"/> ติดตามอาการ CXR ทุก 6 เดือนครบ 2 ปี <input type="checkbox"/> ให้ยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง สูตรยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง <input type="checkbox"/> 3HP (weekly) <input type="checkbox"/> 1HP <input type="checkbox"/> 4R <input type="checkbox"/> 3HR <input type="checkbox"/> 6-9H	วันที่สัปดาห์..... <input type="checkbox"/> รักษาครบ <input type="checkbox"/> หยุดการรักษา เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> ป่วยเป็นวัณโรค <input type="checkbox"/> แพีย <input type="checkbox"/> ขาดยา/Loss to FU <input type="checkbox"/> เสียชีวิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	ครั้งที่ 1 วันที่..... ผล..... ครั้งที่ 2 วันที่..... ผล..... ครั้งที่ 3 วันที่..... ผล..... ครั้งที่ 4 วันที่..... ผล.....

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....ปีงบประมาณ.....ไตรมาส □1 ๓ค-๓ค □2 ๓ค-๓ค □3 เมษายน □4 กค-กย

รายงานผลการคัดกรองและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (LTBI Report)

ประเภท index case	จำนวน index cases ทั้งหมด	อายุผู้สัมผัส ร่วมบ้าน	จำนวนผู้สัมผัส ร่วมบ้าน ทั้งหมด	จำนวนผู้สัมผัส ร่วมบ้านที่มีผลเป็นบวก	ผลการคัดกรอง TB				ผลการรักษา									
					TST		IGRA		การรักษาคัดกรอง		ผลการรักษา							
					เป็น TB	ไม่เป็น TB	Pos* Neg**	Neg Border Indexer ไม่รักษา 3HP	1HP	4R	3HR	6-9H	รักษาครบ	กำลังรักษา	หยุดการรักษา***			
Index case PTB+		< 5 ปี																
		5-18 ปี																
		18 ปี ขึ้นไป																
Index case PTB-		< 5 ปี																
		5-18 ปี																
		18 ปี ขึ้นไป																

จำนวนผู้สัมผัสใกล้ชิดที่ได้รับการคัดกรองและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

ประเภท กลุ่มเสี่ยง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	จำนวน index cases ทั้งหมด	อายุผู้สัมผัส ใกล้ชิด	จำนวนผู้สัมผัส ใกล้ชิดทั้งหมด	ผลการคัดกรอง TB				ผลการรักษา									
				TST		IGRA		การรักษาคัดกรอง		ผลการรักษา							
				เป็น TB	ไม่เป็น TB	Pos* Neg**	Neg Border Indexer ไม่รักษา 3HP	1HP	4R	3HR	6-9H	รักษาครบ	กำลังรักษา	หยุดการรักษา***			
Index case PTB+		< 5 ปี															
		5-18 ปี															
		18 ปี ขึ้นไป															
Index case PTB-		< 5 ปี															
		5-18 ปี															
		18 ปี ขึ้นไป															

จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

ประเภท กลุ่มเสี่ยง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	จำนวน ผู้สัมผัสร่วมบ้านทั้งหมด	จำนวน ผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีผลเป็นบวก	ผลการคัดกรอง TB				ผลการรักษา										
			TST		IGRA		การรักษาคัดกรอง		ผลการรักษา								
			เป็น TB	ไม่เป็น TB	Pos* Neg**	Neg Border Indexer ไม่รักษา 3HP	1HP	4R	3HR	6-9H	รักษาครบ	กำลังรักษา	หยุดการรักษา***				
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี																	

หมายเหตุ

* TST Positive : TST ≥ 15 mm ในผู้ติดเชื้อกับปกติ ** TST Negative : TST < 15 mm ในผู้ไม่ติดเชื้อกับปกติ
 TST ≥ 10 mm ในผู้ติดเชื้อกับปกติ TST < 10 mm ในผู้ไม่ติดเชื้อกับปกติ
 TST ≥ 5 mm ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี TST < 5 mm ในผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

***หยุดการรักษา เช่น ป่วยเป็นวัณโรคเฉียบพลัน หรือเสียชีวิต

ชื่อ.....(ผู้ศึกษา) แผนก.....โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
 * * * โปรดส่งแบบฟอร์มนี้มาที่ กญ.อุษณิษย์ อิงเจริญ งานเภสัชกรรมฯ กองวินโรค e-mail: usanee.wng@gmail.com โทรหรือ ไลน์เบอร์ 0855662199

ตารางการใช้ยา 3 HP (Rifampentine + Isoniazid 12 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน)		สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 5	สัปดาห์ที่ 6
น้ำหนัก.....กิโลกรัม	ระยะเวลาในการทำงาน.....ปี	ว.ค.ป.....	ว.ค.ป.....	ว.ค.ป.....	ว.ค.ป.....	ว.ค.ป.....	ว.ค.ป.....
Isoniazid (100 mg).....เม็ด	รับประทาน 1 ครั้ง และ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ	ลงชื่อผู้กำกับ
Rifampentine (150 mg).....เม็ด	รับประทาน 1 ครั้ง						
ยาอื่นๆที่ท่านใช้อยู่.....							
อาการไม่พึงประสงค์อาการใช้ยามทุกครั้งที่ให้ผู้ป่วย							
มีไข้ (fever)		มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อ่อนล้า อ่อนเพลีย (fatigue)		มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดศีรษะ (headache)		มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปวดตามร่างกาย (muscle pain)		มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
คลื่นไส้ อาเจียน (nausea and vomiting)		มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ปลายประสาทอักเสบ ขาปลายมือ-ปลายเท้า (neuropathy)		มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ท้องเสีย (diarrhea)		มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ผื่นคัน (rash)		มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ตับอักเสบ (hepatotoxicity)		มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
อาการอื่นๆ (other).....		มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ยาที่กล่าวว่าเป็นสาเหตุของอาการครั้งนี้							
การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ในครั้งมี (ADR management)		มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
การรักษาไม่พึงประสงค์ในครั้งมี		มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
รักษาอาการไม่พึงประสงค์ในครั้งมี		มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	มี <input type="checkbox"/> ไม่มี

หมายเหตุ แจ้งปรึกษาเภสัชกรทันที ที่พบอาการผิดปกติ/อาการไม่พึงประสงค์จากยา

แบบฟอร์มบันทึกการกินยาและสังเกตอาการผิดปกติหลังการกินยา 1 HP เพื่อรักษาวัณโรคระยะแฝง

ชื่อ..... (ผู้กินยา) โรงพยาบาล..... จังหวัด.....
 *โปรดส่งแบบฟอร์มนี้มาที่ ภาควิชาอายุรศาสตร์ กรมฯ กองวัณโรค e-mail: usamee.uns@gmail.com โทรหรือไลน์เบอร์ 0855662199

ตารางบันทึกการใช้ยา 1 HP (Rifapentine + Isoniazid) ระยะเวลา 1 เดือน						
น้ำหนัก.....กิโลกรัม ระยะเวลาในการกินยา.....ปี	วคป.....	วคป.....	วคป.....	วคป.....	วคป.....	วคป.....
Isoniazid (100 mg) 3 เม็ด หรือ 300 mg 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง และ Rifapentine (150 mg) 4 เม็ด วันละ 1 ครั้ง	ลงชื่อผู้กำกับ.....	ลงชื่อผู้กำกับ.....	ลงชื่อผู้กำกับ.....	ลงชื่อผู้กำกับ.....	ลงชื่อผู้กำกับ.....	ลงชื่อผู้กำกับ.....
ยาอื่นที่ท่านใช้.....						
อาการเบื้องต้นหลังการใช้อาามฤทธิ์ที่ผู้ใช้ป่วย						
มีไข้ (fever)	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี
อ่อนล้า อ่อนเพลีย (fatigue)	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี
ปวดศีรษะ (headache)	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี
ปวดตามร่างกาย (muscle pain)	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี
คลื่นไส้ อาเจียน (nausea and vomiting)	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี
ปลายประสาทอักเสบ ปลายมือ-ปลายเท้า (neuropathy)	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี
ท้องเสีย (diarrhea)	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี
คันคัน (rash)	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี
ตัวอักเสบ (hepatotoxicity)	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี
อาการอื่นๆ (other).....	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี	□มี □ไม่มี
ยาที่คิดว่ามีส่วนของอาการครั้งนี้						
การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ในครั้งนี (ADR management)	□หยุดยา.....	□หยุดยา.....	□หยุดยา.....	□หยุดยา.....	□หยุดยา.....	□หยุดยา.....
	□กินยาต่อ	□กินยาต่อ	□กินยาต่อ	□กินยาต่อ	□กินยาต่อ	□กินยาต่อ
รักษาอาการไม่พึงประสงค์ในครั้งนี โปรดระบุ						

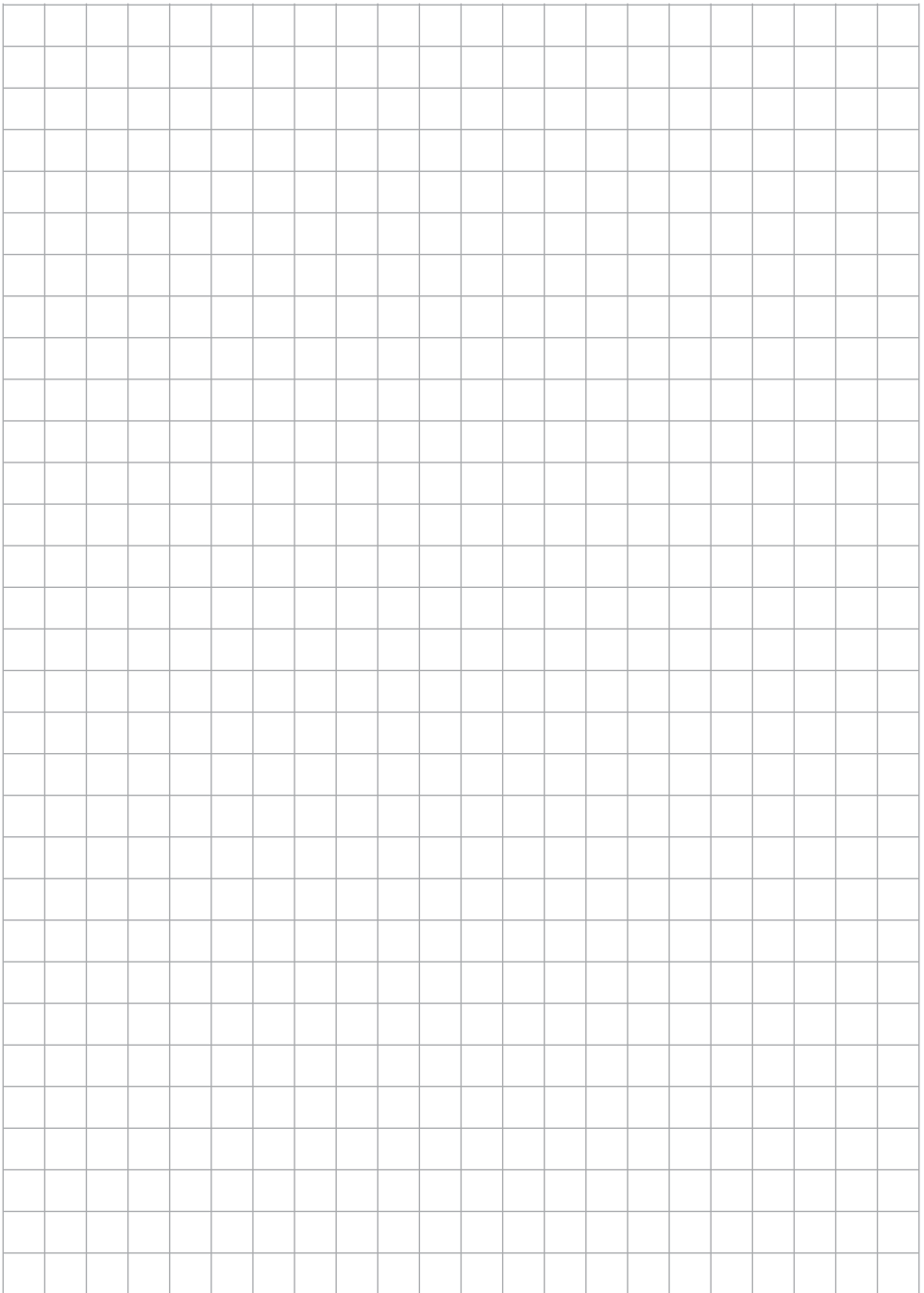
ชื่อยาหยุด แจ้งปรึกษาเภสัชกรทันที ที่พบอาการผิดปกติอาการไม่พึงประสงค์จากยา

รายชื่อผู้ประสานงาน
การดำเนินงานค้นหาและรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงสำหรับผู้สัมผัสวัณโรค

กองวัณโรค

หน่วยงาน	ชื่อผู้ประสานงาน งานวัณโรค	โทรศัพท์	Email
กลุ่มพัฒนาวิชาการ	นางวรรณเพ็ญ จิตต์วิวัฒน์	02-2112224 ต่อ 1003	wanp@hotmail.com
	นางสาวกัญญาวีร์ พิทุรทรัพย์	096-6651465	mimai_yawee@ outlook.co.th
	นางสาวณัฐราวดี ทิพย์ประสงค์	093-8866377	nattipcadet@gmail. com
กลุ่มปฏิบัติการอ้างอิง ชั้นสูตร วัณโรคแห่งชาติ	นางสาวสายใจ สมิทธิการ	02-2112224 ต่อ 1001	sajaitb@hotmail.com
	นายธน นรรัตน์	085-9888827	jibmttb@hotmail.com
กลุ่มเภสัชกรรมและ คลังยาชาติ	ภญ. ปิริยา เหรียญไตรรัตน์	02-2112224 ต่อ 1121	Piriya_Ji8@hotmail. com
	ภญ. อุษณีย์ อึ้งเจริญ	02-2112224 ต่อ 1123	usanee.ung@gmail. com
โครงการกองทุนโลก ด้านวัณโรค	นางสาววัลยา สิทธิ	0 2212 2279 ต่อ 1555	w_sitti@yahoo.com
	นางสาววราภรณ์ จำปาไตร	080-7274279	Am_530112265176@ hotmail.com

ที่อยู่ : กองวัณโรค 116 ถ.สุดประเสริฐ (ฝั่งขวา) แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม กทม. 10120
โทรศัพท์ 02-2112224, 02-2122279 โทรสาร 02-2125935, 02-2121408







กรมควบคุมโรค
กองวิจัยโรค

การบริหารจัดการค้นหาและรักษาการติดเชื้อ

วัณโรคระยะแฝง สำหรับผู้ที่สัมผัสวัณโรค