

แบบคัดกรองโรคติดเชื้อสำคัญและอาการที่เฝ้าระวังในผู้ป่วย Admit รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วันที่...../...../..... ชื่อ-สกุล..... HN..... AN..... อายุ..... ปี น้ำหนัก..... กก.
ส่วนสูง..... ซม. Dx..... โรคประจำตัว.....

<p>1.ประวัติและการสงสัยวัณโรค</p> <p>1.1 ท่านมีประวัติเคยรักษาวัณโรคปอด <input type="checkbox"/> มี (3) <input type="checkbox"/> ไม่มี (0) ข้ามไปทำข้อ 1.4</p> <p>1.2 ท่านรักษาวัณโรคครบหรือไม่ <input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ</p> <p>1.3 ท่านรักษาวัณโรคที่ไหน ระบุ.....</p> <p>1.4 มีคนในครอบครัวเป็นหรือเคยเป็นวัณโรค <input type="checkbox"/> มี (2) <input type="checkbox"/> ไม่มี (0)</p> <p>1.5 มีอาการไอ (ตอบข้อ 3.1-3.3 ข้อใดข้อหนึ่ง) 1) ไอทุกวัน เกิน 2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มี (3) <input type="checkbox"/> ไม่มี (0) 2) ไอเป็นเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> มี (3) <input type="checkbox"/> ไม่มี (0)</p> <p>1.6 ไอน้อยกว่า 2 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> มี (2) <input type="checkbox"/> ไม่มี (0)</p> <p>1.7 น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุใน 1 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> มี (1) <input type="checkbox"/> ไม่มี (0)</p> <p>1.8 มีไข้ทุกวัน นาน 1 สัปดาห์ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> มี (1) <input type="checkbox"/> ไม่มี (0)</p> <p>1.9 เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน <input type="checkbox"/> มี (1) <input type="checkbox"/> ไม่มี (0)</p> <p style="text-align: right;">รวม คะแนน</p>	<p>2.อาการของระบบทางเดินหายใจ</p> <p>2.1 ใน 1 สัปดาห์ท่านมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่ 1. ไข้ <input type="checkbox"/> 2. อ่อน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. ปวดเมื่อยตามตัว/ครึ่งเนื้อครึ่งตัว <input type="checkbox"/> 4. ไอ <input type="checkbox"/> 5. ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> 6. คัดจมูกมีน้ำมูก <input type="checkbox"/> 7. เจ็บคอ <input type="checkbox"/> 8. ระบุ.....</p> <p>2. ในวันนี้ท่านมีอาการตามข้อ 2.1 หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี ได้แก่..... <input type="checkbox"/> ไม่มี</p>
<p>สรุปผลคัดกรอง</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการสงสัยวัณโรคปอด (คะแนนรวม ≥ 3)</p> <p>ส่ง CXR และ ส่งตรวจเสมหะ</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการสงสัยวัณโรค (คะแนนรวม 1-2) ส่งตรวจ CXR</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีอาการสงสัยวัณโรค (0) แต่เฝ้าระวัง</p> <p>หมายเหตุ**</p> <p>*คะแนน ≥ 3 ให้ผู้ป่วยใส่ surgical mask และจัดให้อยู่โซนแยกผู้ป่วย</p> <p>เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ</p> <p>*คะแนน 1-2 คะแนน ส่งผู้ป่วย CXR ตามปกติ</p> <p>คะแนน 0 หรือผล CXR ปกติ ให้ส่งตรวจตามปกติ</p> <p>**กรณีผู้ป่วยอาการทางจิตไม่คงที่ ให้แยกเพื่อรอพบจิตแพทย์ในโซนแยกโรค</p> <p>* ข้อ 1-4 ให้ซักถามผู้ป่วยและญาติด้วย</p>	<p>3.สுகใส ทืด</p> <p>3.1 เคยเป็นสுகใส <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p>3.2 มีอาการใช้หวัด ไอ น้ำมูก หายใจเหนื่อยกว่าปกติหรือไม่ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ใช่</p> <p>3.3 ใน 7 วันที่ผ่านมา ท่านมีผื่นขึ้นตามร่างกายหรือไม่ มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/></p> <p>4.ตาแดง (ระยะเวลา 7 วัน)</p> <p>4.1 ท่านมีการระคายเคืองตา/ตาแดง มีขี้ตามากกว่าปกติหรือไม่ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> มี</p> <p>4.2 ท่านมีประวัติสัมผัสผู้ป่วยตาแดงในครอบครัว/ชุมชนหรือไม่ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5.ไข้เลือดออก</p> <p>5.1 มีไข้เฉียบพลัน ไข้สูงลอย 2-7 วัน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>5.2 มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปวดกระบอกตา มี <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5.3 มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>5.4 มีผื่น จุดเลือดออก เลือดกำเดาออก อาเจียนเป็นเลือด มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/></p> <p>หมายเหตุ หากมีอาการในข้อใดข้อหนึ่ง ให้แยกตรวจในบริเวณที่กำหนด และให้บริการแบบ Fast-track</p>
<p>การส่งต่อข้อมูลภาวะแทรกซ้อนทางกายและการเฝ้าระวังอื่นๆแก่ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p>	
<p style="text-align: center;">ลงชื่อ...../ตำแหน่ง..... ผู้คัดกรอง</p>	