



แบบฟอร์มส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านวัณโรค

กลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
143 ถ.ศรีดอนไชย ต.ช้างคลาน อ. เมือง จ.เชียงใหม่ 50100 โทร. 053- 276 364 ต่อ 108 แฟกซ์ 053-273 590

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล..... โรงพยาบาล..... HN.....
อายุ.....เพศ..... TB No. ID
สิทธิการรักษา ☐ UC ☐ ข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ ต่างด้าวมีประกัน ☐ อื่นๆ ระบุ.....
ชนิดตัวอย่าง ☐ เสมหะ ☐ ขวดเพาะเชื้อจาก..... ☐ Li-heparin Blood ☐ อื่นๆ ระบุ.....
วันที่เก็บตัวอย่าง.....วันที่ส่งตรวจ สคร..... ผลการตรวจ AFB ☐ Negative ☐ Positive grading..... ☐ Not done
ชื่อเจ้าหน้าที่ส่งตรวจ.....โทร.....อีเมลล์ส่งผล.....แพทย์ผู้ส่งตรวจ.....

① คัดกรองวัณโรค หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ป่วยคนไทยทุกสิทธิ หรือผู้ป่วยไร้สิทธิ

กลุ่มผู้ป่วย	เงื่อนไขต้องครบทุกข้อ	เลือกการทดสอบเพียงข้อเดียว
วินิจฉัยวัณโรค 7 กลุ่มเสี่ยง (ไม่เกิน 1 ครั้ง / คน / ปีงบประมาณ) หน่วยคัดกรองต้องลงข้อมูลคัดกรองและผลการคัดกรองภายใน NTIP	☐ ตัวอย่างเสมหะ ☐ ลงข้อมูลผู้สัมผัส/กลุ่มเสี่ยงใน NTIP ☐ CXR ผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค	☐ Xpert MTB/RIF ☐ RT-PCR MTB/MDR-TB

② ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) หรือผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐบาลที่ไร้สิทธิ

กลุ่มผู้ป่วย	เงื่อนไขต้องครบทุกข้อ	เลือกการทดสอบเพียงข้อเดียว
วินิจฉัยวัณโรคต่อยา (ตรวจฟรีได้ 1 ครั้งต่อคอร์สการรักษา) กลุ่ม Pre-treatment ☐ Contact RR-TB/MDR-TB กลุ่ม Re-treatment ☐ Relapse ☐ TAF ☐ TALE กลุ่ม On-treatment ☐ รักษาหลังสิ้นเดือนที่ 2 หรือเดือนที่..... เสมหะ AFB +	☐ ตัวอย่างเสมหะ ☐ มีเลข TB No ใน NTIP	☐ LPA MTB/MDR-TB + C/S (แนะนำ AFB +) ☐ RT-PCR MTB/MDR-TB + C/S ☐ Xpert MTB/RIF + C/S
กลุ่มขึ้นทะเบียนรักษาใหม่แล้ว แต่ยังไม่มีการทดสอบความไวต่อยา กลุ่ม Pre-treatment ☐ ผู้ป่วยรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาแล้ว ☐ TB-LAMP Detected ยังไม่มีผลต่อยา ☐ ผล Xpert Rifampicin Indeterminate	☐ ตัวอย่างเสมหะ ☐ มีเลข TB No ใน NTIP	☐ Xpert MTB/RIF ☐ RT-PCR MTB/MDR-TB ☐ LPA MTB/MDR-TB (แนะนำ AFB +)
กลุ่มขึ้นทะเบียนรักษาแล้ว มีผลต่อยา ☐ มีผลคือ Rifampicin (RR+) ☐ มีผลคือ Isoniazid (Hr)	☐ ตัวอย่างเสมหะ ☐ มีเลข TB No ใน NTIP	☐ LPA MTB/XDR-TB + C/S ☐ Xpert MTB/XDR-TB + C/S
ติดตามการรักษาวัณโรคต่อยา (RR/MDR-TB) (ตรวจฟรีได้ 16 ครั้ง/คอร์ส) เดือนที่.....	☐ ตัวอย่างเสมหะ	☐ Culture

③ ผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์ ยินยอมชำระค่าตรวจ เบิกได้จากสิทธิผู้ป่วย * ค่าตรวจ คิดตามอัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562

วัตถุประสงค์การตรวจ ☐ เพื่อวินิจฉัย ☐ ติดตามการรักษา เดือนที่ ☐ อื่นๆ ระบุ

รายการ (รหัสกรมบัญชีกลาง)	เวลาดำเนินการ	ค่าตรวจ (บาท) *
☐ Culture/DST (C/S) (35103, 36036)	4-10 สัปดาห์	600
☐ Xpert MTB/RIF (36018)	1 วันทำการ	1,100
☐ Line probe assay for MTB/MDR-TB (36019)	7-14 วัน	1,800
☐ Line probe assay for mycobacterial species identification (36022)	7-14 วัน	1,800
☐ Real time PCR for NTM/MTB/MDR-TB (36019)	7-14 วัน	2,000
☐ Interferon-Gamma Release Assays (IGRAs) (35250) Li-heparin Blood 6 ml. ส่งภายใน 48 ชั่วโมง อุณหภูมิ 2-8 °C	7 วัน	2,300

สำหรับห้องปฏิบัติการ สคร.1 เชียงใหม่ วันที่รับตัวอย่าง..... ผู้รับตัวอย่าง..... LSN.....

☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน ข้อมูลเพิ่มเติม

☐ ปฏิเสธ ผู้รับแจ้ง วันที่..... ผู้แจ้ง เลข NC