

แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี รักษาวัณโรคระยะแฝง (TPT)

วันที่บันทึกข้อมูล:

HN:

ชื่อ-นามสกุล:

NAP ID (ถ้ามี):

HN:

ชื่อ-นามสกุล:

เพศ:

☐ชาย☐หญิง

วันเกิด:

วัน/เดือน/ปี
02/05/2566

สัญชาติ:

☐ไทย☐ต่างด้าว/ไร้สัญชาติ

ผู้บันทึก:

หมายเลขประจำตัวประชาชน/พาสปอร์ต:

เบอร์โทรศัพท์:

สิทธิการรักษา:

☐ข้าราชการ☐บัตรทอง/สปสช.☐ประกันสังคม/ประกันสังคมต่างด้าว☐ประกันชีวิต/สุขภาพ☐ต่างด้าว/ไร้สิทธิ☐อื่นๆ: _____

กลุ่มประชากร (เลือกได้หลายข้อ):

☐ หญิงข้ามเพศ (TG)☐ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)☐ พนักงานบริการ (SW)☐ ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)☐ ผู้ต้องขัง (Prisoner)☐ ติดเชื้อจากแม่สู่ลูก☐ หญิงระหว่างตั้งครรภ์☐ ประชากรทั่วไป☐ อื่นๆ: _____

วันที่เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีครั้งสุดท้าย:

□□/□□/□□□□

ประเภทของการเริ่มยา TPT

☐ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ (กินยา ARV ≤ 12 m)☐ ผู้ติดเชื้อรายเก่า (กินยา ARV>12 m)☐ ผู้ป่วยขาดยา > 90 วัน☐ CD4 < 200 cells/mm³☐ HIV Viral Load > 1,000 copies/ml☐ ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง☐ ESRD☐ DM

วันที่ตรวจ CD4 ครั้งสุดท้าย (ไม่เกิน 6 เดือน):

□□/□□/□□□□

ระดับ CD4:

cells/mm³

% CD4:

%

เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคหรือไม่ (Close Contact)

เงื่อนไข: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

เคยได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝงมาก่อนหรือไม่:

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนหรือไม่:

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

มีอาการของวัณโรคหรือไม่:

☐ ใช่ไม่ทราบสาเหตุ☐ น้ำหนักลด ≥ 5% ใน 1 เดือน☐ ไอ ≥ 2 สัปดาห์☐ มีเหงื่อออกตอนกลางคืน ≥ 3 สัปดาห์

วันที่ตรวจเอกซเรย์ปอด:

□□/□□/□□□□

ผลตรวจเอกซเรย์ปอด:

☐ เข้าได้กับวัณโรค☐ ปกติ/ไม่ใช่วัณโรค

วันที่เก็บส่งตรวจ IGRA:

□□/□□/□□□□

วิธีการตรวจ IGRA:

☐ T-Spot.TB☐ QuantiFERON-TB Gold Plus

ผลการตรวจ IGRA:

☐ Negative☐ Positive☐ Indeterminate☐ Borderline

วันเริ่มยา TPT:

□□/□□/□□□□

สูตรยา TPT:

☐ 3HP☐ 1HP☐ 6H☐ 9H☐ 3HR☐ 4R☐ H+B6+CPT (Q-TIB)☐ อื่นๆ: _____

วันที่หยุดยา TPT:

□□/□□/□□□□

Subject ID (หากเข้าร่วม HIV-NAT 255/LTBI Study):

Initials (หากเข้าร่วม HIV-NAT 255/LTBI Study):

ประจำเดือนครั้งสุดท้าย LMP

□□/□□/□□□□

ผู้ป่วยกินยา TPT จนครบหรือไม่ (ตามตาราง 5.3 แสดงจำนวน Doses และระยะเวลา):

☐ ครบ☐ ไม่ครบ เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา☐ ไม่ครบ เนื่องจาก Adherence ไม่ดี☐ ไม่ครบ เนื่องจากป่วยเป็นวัณโรคระหว่างการรักษา TPT☐ ไม่ครบ เนื่องจากสาเหตุอื่นๆ: _____☐ ไม่ครบ เนื่องจากมีผลข้างเคียงจากยา โดยตรวจพบผลข้างเคียงครั้งแรกในวันที่: _____

(โปรดระบุผลข้างเคียงจากยาด้านล่างเลือกได้หลายข้อ)

☐ ตัวอักเสบจากยา☐ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน☐ ขาดตามปลายมือ ปลายเท้า☐ เหนื่อย เพลีย หรือ มีอาการคล้ายไข้หวัด☐ มีไข้ > 39 C☐ ผื่นแดง หรือมีตุ่มพอง มีไข้เลือด หรือผื่นหนังบวม ลื่นบวม เยื่อเมือกบวมแดงหรือหลุดลอก หรืออาการทางผิวหนังอื่นๆ☐ สีของสารคัดหลั่ง เช่น ปัสสาวะ น้ำอสุจิ เปลี่ยนไป☐ ผลข้างเคียงจากยาอื่นๆ: _____☐ ไม่ทราบ/ติดตามผู้ป่วยไม่ได้

การติดตามผู้ป่วยหลังการรักษา TPT 1 ปี: ☐ ปกติ☐ มีประวัติป่วยเป็นวัณโรคหลังการรักษา TPT☐ ผู้ป่วยเสียชีวิต (จากทุกสาเหตุ)☐ ไม่ทราบ/ติดตามผู้ป่วยไม่ได้

Table 5.3: Preventive TB treatment completion

	80% of recommended doses (days)	Extended time for treatment completion (days) (treatment duration +33% additional time)
6H (daily)	146	239
3HR (daily)	68	120
3HP (weekly)	11*	120
4R (daily)	96	160
1HP (daily)	23	40

a 90% of recommended number of doses