

แบบคัดกรองประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี โรงพยาบาลบ้านหลวง

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ HN. _____

ชื่อ-สกุล _____ เพศ ชาย หญิง อายุ _____ ปีประเภทกลุ่มเสี่ยง

1. กลุ่มผู้มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
2. กลุ่มผู้เคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ
3. กลุ่มผู้เคยกินปลาเกล็ดขาวดิบ เช่น ก้อยปลา ลาบปลาดิบ ปลาต้ม ปลาจ่อม
4. กลุ่มผู้เคยกินปลาร้าดิบ
5. กลุ่มผู้มีญาติสายตรง (เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย บิดา มารดา พี่น้องร่วมสายโลหิต) เป็นมะเร็งท่อน้ำดี

กรุณาเช็ ลงในช่องที่ตรงกับอาการ ดังนี้

ลำดับ	อาการและอาการแสดงจากการซักประวัติ	ไม่มี	มี (คะแนน)
1.	ใช้สูงตอนกลางคืน ไม่ทราบสาเหตุ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (1 คะแนน)
2.	ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (3 คะแนน)
3.	ปวดท้องใต้ชายโครงขวาไปไหล่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (1 คะแนน)
4.	คันตามผิวหนัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (1 คะแนน)
5.	ผอม เพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด [$> 5\%$ ใน 6 เดือน]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (2 คะแนน)
6.	อุจจาระสีซีด ปัสสาวะสีเข้ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (3 คะแนน)
เกณฑ์สำหรับผู้ที่ต้องเก็บอุจจาระตรวจ คือ ผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 2 (≥ 2)			
เกณฑ์สำหรับผู้ที่ต้องอัลตราซาวด์ คือ ผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 3 (≥ 3)			รวม _____ คะแนน

สรุปผลการคัดกรอง

- () สงสัย คะแนน ≥ 3 ให้ ส่งตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ในตับ อัลตราซาวด์ และ ส่งพบแพทย์
- () สงสัย คะแนน ≥ 2 ให้ ส่งตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ในตับ และ ส่งพบแพทย์
- () สงสัย คะแนน 0-1 ส่งผู้ป่วยตรวจตามปกติ

ผลการตรวจ

Stool for parasite : _____

U/S upper abdomen : _____

Refer for U/S, CT วันเดือนปี _____ / _____ / _____ ลงชื่อ _____ ผู้คัดกรอง

หมายเหตุ _____