

## แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลผู้มารับบริการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (Targeted Ultrasound)

วัน/เดือน/ปี.....

หน่วยงาน .....อำเภอ.....จังหวัด.....

หมายเลขบัตรประชาชน.....

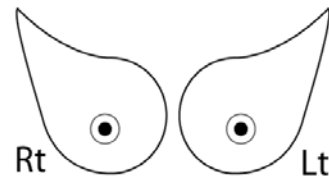
ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ..... ปี

ที่อยู่.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

## 1. ผลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผลการตรวจผิดปกติ

 ก้อน ขนาด..... ซม. อื่นๆ .....

## 2. การตรวจจากเครื่องอัลตราซาวด์

 ผลการตรวจปกติ ผลการตรวจผิดปกติ Cyst ขนาดก้อน..... ซม. Solid ขนาดก้อน..... ซม. ลักษณะของก้อน ราบเรียบ ลักษณะของก้อน สงสัยผิดปกติ

## 3. สรุปผลการตรวจอัลตราซาวด์

 1.Benign 2.Intermediate 3.Suspicious malignant

## 4. ผลการดำเนินการหลังจากพบสิ่งผิดปกติ

 ส่งต่อ ระบบปกติ ส่งต่อ ระบบช่องทางด่วน Fast Track ( Mammogram/Ultrasound) อื่นๆ .....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

## แนวทางการส่งช่องทางด่วน (Fast Track Mammogram/Ultrasound) รพ.ราชบุรี

ผลการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ที่พบว่า ลักษณะก้อน สงสัยผิดปกติ สรุปลได้ 3 กรณี คือ

1. Benign
2. Intermediate
3. Suspicious malignant

### หลักการปฏิบัติดังนี้

1. การส่งช่องทางด่วน (Fast Track Mammogram/Ultrasound) เมื่อผลอัลตราซาวด์ อยู่ในกรณีพบผิดปกติ ข้อ 2. Intermediate และข้อ 3. Suspicious malignant
2. ในกรณีที่เข้า Criteria ข้อ 2. Intermediate และข้อ 3. Suspicious malignant ให้โรงพยาบาลที่ตรวจผู้ป่วยทำการโทรนัดที่แผนก X-ray ของรพ.ราชบุรี หมายเลขภายใน โทร 1396 หน้าห้อง NO.20 โดยต้องมีเอกสาร 2 อย่าง เพื่อเป็นการยืนยันว่าเป็น Fast Track จริง ดังนี้
  - 2.1 แบบบันทึกตามแบบฟอร์มการทำ Target breast US
  - 2.2 ใบส่งต่อ (Refer)
3. พิมพ์รายงาน ระบุข้อความ 

Fast track Breast Cancer
-----------------------------

 บริเวณมุมด้านซ้ายล่างของแบบฟอร์ม Form Target breast US
4. ถ้าเป็นผู้รับบริการใหม่ (ทำบัตร OPD Card และตรวจสอบสิทธิ ก่อนเข้ารับการตรวจ Mammogram/Ultrasound)
5. แต่ละโรงพยาบาลรวบรวมเก็บข้อมูลรายเดือนในแบบ Form Target breast US summary ส่งให้ผู้รับผิดชอบงานของจังหวัดเพื่อส่งให้ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี
6. จังหวัดเป้าหมายของการดำเนินงาน ปี 2558 คือจังหวัดราชบุรีและจังหวัดสมุทรสงคราม
7. เครื่อง Mobile Ultrasound จะ Stand by ไว้ที่ รพ.วัดเพลง /รพ.นภากัลย์  
แต่ละโรงพยาบาลที่มีแผนการใช้เครื่อง Ultrasound ในแต่ละเดือน กรุณาทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวัดเพลง/ โรงพยาบาลนภากัลย์ เพื่อยืมเครื่อง Mobile ultrasound มาใช้ในการปฏิบัติงาน
8. คู่มือละเอียดของโครงการได้ที่ <http://www.hpc4.go.th/bse>  
หัวข้อข่าว 21 พ.ค. 58 การอบรม Target breast Ultrasound ให้แก่ แพทย์/พยาบาล/นักรังสีการแพทย์ ที่โรงพยาบาลราชบุรี

.....

## แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลผู้มารับบริการการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ (Targeted Ultrasound)

เดือน.....

หน่วยงาน .....อำเภอ.....จังหวัด.....

1.จำนวนผู้มารับบริการที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ มีจำนวน ..... ราย

2. ผลการตรวจจากเครื่องอัลตราซาวด์

2.1 ปกติ จำนวน ..... ราย

2.2 ผิดปกติ จำนวน ..... ราย

1) Cyst จำนวน ..... ราย

2) เป็นก้อน (Solid) จำนวน ..... ราย

○ลักษณะของก้อน ราบเรียบ จำนวน ..... ราย

○ลักษณะของก้อน สงสัยผิดปกติ จำนวน ..... ราย

3. จำนวนที่ผลผิดปกติได้ส่งต่อโรงพยาบาลประจำจังหวัด จำนวน ..... ราย

4. จำนวนที่ผลผิดปกติได้ตรวจเพิ่มเติมด้วยเครื่องแมมโมแกรม จำนวน ..... ราย

5. จำนวนที่ผลผิดปกติได้ตรวจเพิ่มเติมด้วยการเจาะชิ้นเนื้อ จำนวน ..... ราย

6. กรณีที่ผ่าตัด ผลเป็นมะเร็งเต้านม จำนวน ..... ราย

7. อื่นๆ .....

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

