

แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลผู้มารับบริการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์

วัน/เดือน/ปี.....

หน่วยงานอำเภอ.....จังหวัด.....

หมายเลขบัตรประชาชน.....

ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ..... ปี

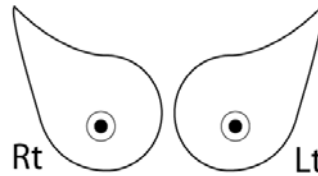
ที่อยู่.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

1. ผลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผลการตรวจผิดปกติ

- ก้อน ขนาด..... ซม.
- อื่นๆ



2. ผลการตรวจจากเครื่องอัลตราซาวด์

- ผลการตรวจปกติ
- ผลการตรวจผิดปกติ..... คน
- Cysts ขนาด..... ซม.
- เป็นก้อน ขนาด..... ซม.
- ลักษณะของก้อน ราบเรียบ
- ลักษณะของก้อน สงสัยผิดปกติ
- ผลการดำเนินการหลังจากหลังพบสิ่งผิดปกติ

.....

.....

.....

.....

แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลผู้มารับบริการการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์

เดือน.....

หน่วยงานอำเภอ.....จังหวัด.....

จำนวนผู้มารับบริการที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ มีจำนวน ราย

ผลการตรวจจากเครื่องอัลตราซาวด์

 ผลการตรวจปกติ จำนวน ราย ผลการตรวจผิดปกติ จำนวน ราย Cysts จำนวน ราย เป็นก้อน จำนวน ราย ลักษณะของก้อน ราบเรียบ จำนวน ราย ลักษณะของก้อน สงสัยผิดปกติ จำนวน ราย

จากผลผิดปกติได้ดำเนินการส่งต่อโรงพยาบาลประจำจังหวัด จำนวน ราย

ทำการตรวจเพิ่มเติมด้วยเครื่องแมมโมแกรม จำนวน ราย

ทำการตรวจเพิ่มเติมด้วยการเจาะชิ้นเนื้อ จำนวน ราย

กรณีผ่าตัด ผลเป็นมะเร็งเต้านม จำนวน ราย

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

หมายเลขโทรศัพท์.....