

แบบรายงานผลการตรวจ FIT Test

ชื่อ ศูนย์แพทย์ / รพ.สต. / รพช. / รพท.

ชื่อ - นามสกุล ผู้รับการคัดกรองฯ.....เพศ.....อายุ.....ปี

วันที่เก็บอุจจาระ.....วันที่ได้รับสิ่งส่งตรวจ.....

วันที่รายงานผล.....

การแปลผลทดสอบ FIT Test

“ผลบวก”

ตรวจพบเลือดแฝงในตัวอย่างอุจจาระ ที่ค่า ≥ 100 ng/mL มีความผิดปกติ

ข้อควรปฏิบัติ

พบแพทย์ นัดทำการส่องกล้อง เพื่อหาสาเหตุและรักษาต่อไป

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

หมายเหตุ ส่งพร้อมใบ Refer

.....
ส่วนของเจ้าหน้าที่ รพช. / รพท. / รพศ.

แจ้งผล และให้คำแนะนำ

ประสานกับ โรงพยาบาล.....หน่วย.....

ตามข้อตกลงของโครงการฯ เพื่อส่งต่อไปทำ Colonoscopy

ส่งพร้อมใบ Refer

ลงใน Program Thai Refer

.....
แบบการติดตามผลการนัดทำ Colonoscopy (ส่งกลับคืน รพ.สต./หน่วยที่ส่งต่อ)

- วันที่.....เตรียมลำไส้

- วันที่.....ไปโรงพยาบาล ติดต่อกับ.....เพื่อรับการส่องกล้อง

- ชื่อเจ้าหน้าที่ รพ. ผู้ให้วันนัด ตรวจลำไส้.....

หมายเหตุ 1. ให้ปฏิบัติตัวในการเตรียมตรวจ ตามคำแนะนำ และเอกสารที่ให้

2. หากมีข้อสงสัย ต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม สามารถติดต่อสอบถามได้ที่.....

โทร.....

3. หากท่านไม่สามารถไปตามนัดได้ หรือต้องการเลื่อนนัด กรุณาติดต่อที่.....

โทร.....

และแจ้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทราบด้วย.....ด้วยความขอบคุณ