



ที่ ศก ๐๐๓๒.๐๑๓/๒ ๑๙๙

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ  
ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษณ์ ศก ๓๓๐๐๐

๑๐ มกราคม ๒๕๖๒

เรื่อง แนวทางการดำเนินงานมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เป้าคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	จำนวน	๑	ฉบับ
	๒. แนวทางการดำเนินงานมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	จำนวน	๑	ชุด
	๓. แบบฟอร์มรายงาน cassk 1, cassk 2, cassk 3	จำนวน	๑	ชุด
	๔. แบบฟอร์มอัลตราซาวด์มะเร็งท่อน้ำดี (CASCAP)	จำนวน	๑	ชุด

ด้วย กระทรวงสาธารณสุข นำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘ แนวทางการขับเคลื่อนผ่านโครงการรณรงค์กำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวขึ้นครองราชครบ ๗๐ ปี ในปี ๒๕๕๙ พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษาครบ ๘๔ พรรษา

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงขอส่งแนวทางการดำเนินงานมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ แก่ผู้รับผิดชอบงานดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี และรายงานข้อมูลให้แก่จังหวัดต่อไป เอกสารรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)รักษาราชการแทน  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

โทร ๐ ๔๕๖๑ ๖๐๔๐ -๖ ต่อ ๑๐๙

โทรสาร ๐ ๔๕๖๑ ๖๐๔๒

เป้าการคัดกรองมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี ด้วยวิธีอัลตราซาวด์ จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2562

ลำดับที่	อำเภอ	เป้าอัลตราซาวด์
1	เมืองศรีสะเกษ	1,400
2	ยางชุมน้อย	650
3	กันทรารมย์	1,300
4	กันทรลักษ์	1,600
5	ขุขันธ์	1,300
6	ไพรบึง	350
7	ปรางค์กู่	1000
8	ขุนหาญ	850
9	ราษีไศล	730
10	อุทุมพรพิสัย	910
11	บึงบูรพ์	250
12	ห้วยทับทัน	750
13	โนนคูณ	350
14	ศรีรัตนะ	950
15	น้ำเกลี้ยง	204
16	วังหิน	550
17	ภูสิงห์	635
18	เมืองจันทร์	250
19	เบญจลักษ์	750
20	พยุห์	320
21	โพธิ์ศรีสุวรรณ	350
22	ศิลาลาด	340
รวม		15,789

**แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี  
จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2562**

ประเด็นยุทธศาสตร์ (STRATEGIC ISSUE)

ยุทธศาสตร์ทศวรรษการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559 - 2568

**1. ตัวชี้วัดการดำเนินงาน**

- 1.1 คัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตราซาวด์เป้าหมายร้อยละ 100
- 1.2 ผลตรวจคัดกรองมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดีผิดปกติได้รับการรักษาต่อ ร้อยละ 100
- 1.3 อัตราตายในผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี ไม่เกิน 25.6 ต่อแสนประชากร
- 1.4 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี ที่ได้รับการรักษา
  - ด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
  - ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
  - ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

**2. วัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน**

- 2.1 เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช และถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา
- 2.2 ลดอัตราป่วยในประชากรกลุ่มเสี่ยงมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี
- 2.3 ลดอัตราตายในผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี
- 2.4 เพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรก

**3. กลวิธีในการดำเนินงาน**

- 3.1 สํารวจประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี
  - กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ร่วมกับมีอาการดังต่อไปนี้ข้อใดข้อหนึ่ง
  - เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ในตับ *Opisthorchis viverrini* (OV) หรือ
  - มีบุคคลในครอบครัวที่มีประวัติเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี โดยนับสายตรง ๓ ชั้น ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูกของผู้เสียชีวิต
  - ป่วยเป็น case Hepatitis B หรือ Chronic Active Hepatitis-B
  - ผู้ป่วยกลุ่ม Alcoholic หรือ Cirrhosis
- 3.2 ตรวจอัลตราซาวด์กลุ่มเสี่ยงมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี

### 3.3 การลงบันทึกในฐานข้อมูล 43 แพ้ม โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

- รหัสการวินิจฉัย Z128: Specific screening for CA
- อัลตราซาวด์ รหัสหัตถการการตรวจบันทึกใน 43 แพ้มโรงพยาบาล หัตถการ 8876 หรือบันทึกใน 43 แพ้มในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัตถการ 9270700
- กรณีผลการตรวจอัลตราซาวด์ พบสิ่งผิดปกติ บันทึก ดังนี้
  - PPF = R932 Abnormal finding on diagnosis imagine of Liver
  - Fatty Liver = K760
  - Cirrhosis = K746
  - Liver mass = D376 (mass hepatic)
  - Dilated duct = K831 bile duct obstruction
  - Gall bladder thickening = K819 cholecystitisunspecified
  - Gall stone = K802
  - Ascitic = R18
  - อื่น ๆ Jaundice = R17, CA Liver = C22, CHCA = C22.1

3.4 หากพบผิดปกติได้แก่ Liver mass หรือ Dilate Duct ให้ส่งต่อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ หรือ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อรับการวินิจฉัย รักษา

3.5 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี

3.6 จัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี

3.7 ดูแล รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี

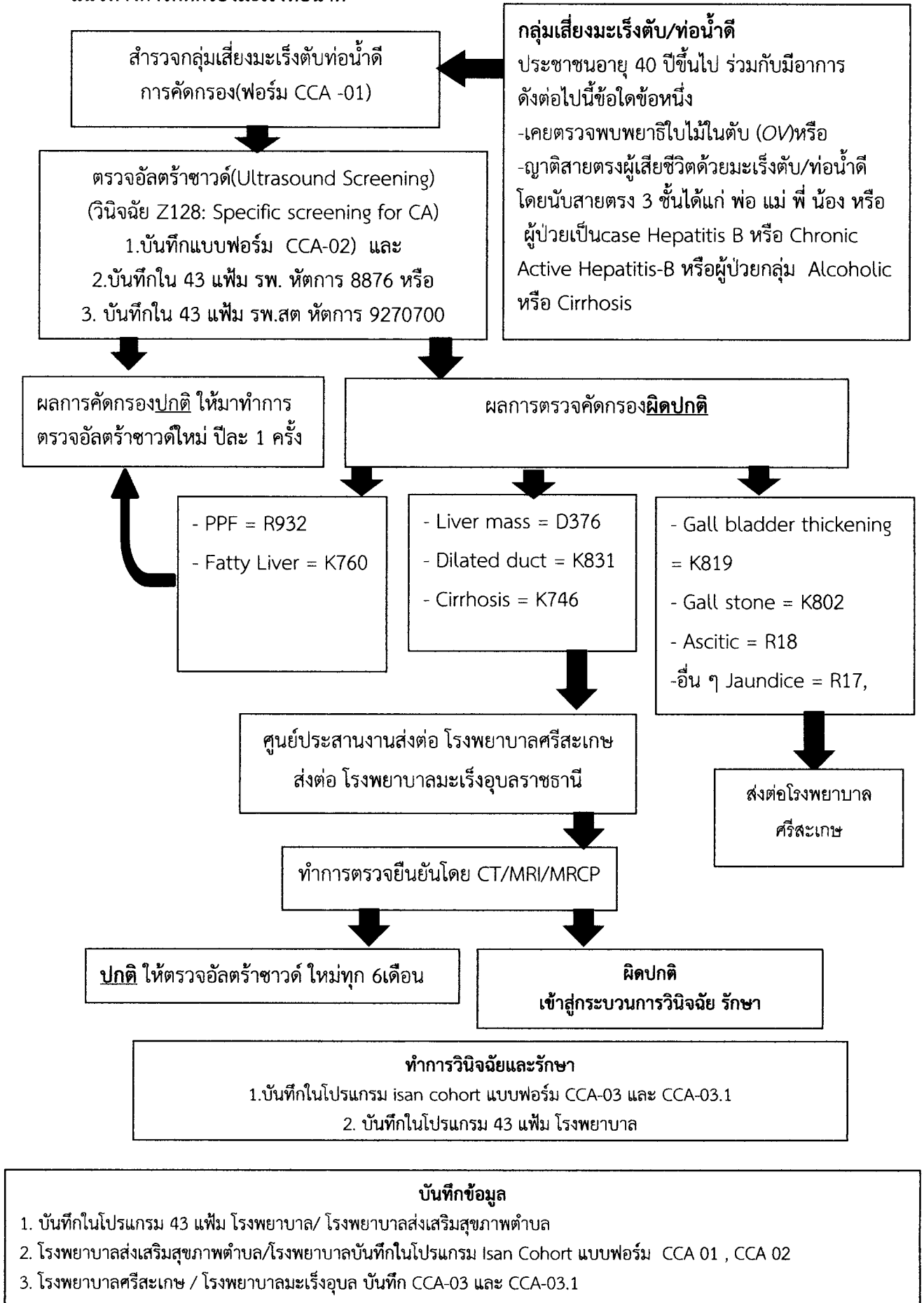
3.8 ดูแลระดับประคองผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี ระยะสุดท้าย

### 4. ระยะเวลาในการดำเนินงาน

วันที่ 1 กันยายน 2561 – 31 ตุลาคม 2562

## 5. Flowchart

### แนวทางการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี



แบบรายงานประจำเดือน “การตรวจคัดกรองมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษ

(แบบ cassk 1)

อำเภอ..... จังหวัดศรีสะเกษ

ไตรมาสที่ 1 ปี 2560 (ต.ค.-ธ.ค.2561)     ไตรมาสที่ 2 ปี 2562(ม.ค.-มี.ค.2562)     ไตรมาสที่ 3 ปี 2562 (เม.ย.-มิ.ย.2562)     ไตรมาสที่ 4 ปี 2560 (ก.ค.- ก.ย.60)

กิจกรรม	ผลการดำเนินงานสะสม ( ต.ค. 2561 ถึง ก.ย. 2562)				
	ตรวจอัลตราซาวด์ (คน)	ปกติ (คน)	ผิดปกติ (คน)	ส่งต่อ (คน)	ป่วย (คน)
1 ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปและเคยตรวจพบพยาธิใบไม้ในตับ (เป้าหมาย.....คน)					
2 อายุ 40 ปี และมีบุคคลในครอบครัวที่มีประวัติเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับ/ มะเร็งท่อน้ำดี โดยนับสายตรง ๓ ชั้นใต้แก้ม พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก ของผู้เสียชีวิต (เป้าหมาย.....คน)					
3. อายุ 40 ปี และเป็นcase Hepatitis B หรือ Chronic Active Hep-B (เป้าหมาย.....คน)					
4. อายุ 40 ปี และเป็นผู้ป่วยกลุ่ม Alcoholic หรือ Cirrhosis (เป้าหมาย.....คน)					
<b>รวม.....ราย</b>					

แบบรายงานตามโครงการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2562

ประจำเดือน..... ถึง..... อำเภอ..... จังหวัดศรีสะเกษ

รายการ	ผลงาน (ราย)
เป้าหมาย	
ผลงาน	
ร้อยละ	
Liver	
1.1) Parenchymal Echo	
- normal	
- abnormal	
PPF	
- PPF1	
- PPF2	
- PPF3	
<b>Fatty Liver</b>	
- Mild	
- Moderrate	
- Severe	
- Focal Fatty Liver	
<b>Cirrhosis</b>	
Parenchymal change 1	
Parenchymal change 2	
Parenchymal change 3	
Parenchymal change 4	
Dilate Duct	
<b>Liver Mass</b>	
- Single Mass	
- Multiple Mass	
- High ECHO.....cm	
Location Rt	
Location Lt	
- Low ECHO.....cm	
Location Rt	
Location Lt	

แบบรายงานตามโครงการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2562  
 ประจำเดือน..... ถึง..... อำเภอ..... จังหวัดศรีสะเกษ

รายการ	ผลงาน (ราย)
- Mix ECHO.....cm	
Location Rt	
Location Lt	
<b>Dilated Duct</b>	
- Right Lobe	
- Left Lobe	
- CBD	
Gall Blader	
- Normal	
- Wall Thickening	
.....mm	
Focal	
Diffuse	
- Gall Stone	
< 0.5 cm	
> 0.5 cm	
- Gall bladder polype	
Other Finding	
- Ascitis	
<b>รวม ผิดปกติ</b>	
<b>พบผู้ป่วย</b>	
- อื่น ๆ ระบุ.....	
Renal Stone	
Renal cyst	
Polycystic kidney	
splenomegaly	

ผู้ส่งรายงาน.....

( )

ตำแหน่ง

วันที่



ผลการส่งผู้มีอาการสงสัย ตามโครงการคัดกรองมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี

(แบบ Cassk3)

จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2562

ไตรมาส 1-4 หน่วยงาน.....อำเภอ..... จังหวัดศรีสะเกษ

ที่	ชื่อ-สกุล ผู้มีอาการสงสัยมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี	เลขบัตรประจำตัวประชาชน	ผลอัลตราซาวด์	ส่งต่อไปที่ โรงพยาบาล	ผลการส่งต่อ (DX)

ผู้ส่งรายงาน.....  
 ( ..... )  
 ตำแหน่ง  
 วันที่



# CASCAP Quick Guide (กรณีทั่วไป)



ขั้นตอนเข้าใช้งานอย่างย่อสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข  
**CASCAP: นวัตกรรมเพื่อชาวอีสาน เพื่อร่วมต้านมะเร็งท่อน้ำดี**

1. เข้าไปที่ [www.cascap.in.th](http://www.cascap.in.th)
2. สมัครสมาชิก แล้ว Login เข้าใช้งาน CASCAP Tools หนึ่งหน่วยบริการสามารถมีสมาชิก (บุคลากร) ได้มากกว่าหนึ่งท่าน

## ขั้นตอนข้อมูลพื้นฐาน (รพ.สต.)

3. ให้ออกแบบฟอร์มข้อมูลส่วนบุคคลในใบทำบัตร
  4. คีย์เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลักจากใบทำบัตร ลงใน CASCAP Tools เพื่อสืบค้นข้อมูลว่า เป็นอาสาสมัครรายใหม่หรือรายเก่า เพื่อได้เลขรหัสหน่วยบริการ (Site ID) และรหัสกลุ่มเสี่ยง (Participant ID หรือ PID) สำหรับไว้บันทึกในแบบฟอร์ม **CCA-01** ถึง **05**
  5. บันทึกรหัสหน่วยบริการ (Site ID) และรหัสกลุ่มเสี่ยง (PID) ลงในแบบฟอร์ม **CCA-01** แล้วเขียนแนบกับ ใบทำบัตร
  6. กรณีเป็นอาสาสมัครรายใหม่ ให้ขอรับคำยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยอ่านคำชี้แจงให้อาสาสมัครฟัง → ขอรับคำยินยอมเข้าร่วมโครงการ → ลงชื่อและลงวันที่ทั้ง 2 ชุด → มอบให้อาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุดเพื่อนำกลับบ้าน ส่วนอีกชุดนั้นให้เจ้าหน้าที่เก็บเข้าแฟ้มแบบยินยอมอาสาสมัคร เก็บรักษาเป็นความลับไว้ที่หน่วยบริการนั้นๆ
  7. สัมภาษณ์อาสาสมัครโดยใช้ **CCA-01** และนัดให้อาสาสมัครไปรับการตรวจอัลตราซาวด์ที่โรงพยาบาลชุมชน
  8. นำเข้าข้อมูลจาก **CCA-01** เข้าสู่ CASCAP Tools โดยอาจคีย์ด้วยมือ หรือ scan เข้าก็ได้หากมีเครื่องสแกนเนอร์
  9. อัปเดตภาพแบบยินยอมอาสาสมัคร เข้าสู่ CASCAP Tools โดยอาจเป็นภาพที่ถ่ายด้วยกล้องหรือเครื่องสแกนเนอร์ก็ได้
- \*หากต้องการให้ส่วนกลางดำเนินการตามข้อ 8-9 ให้กับท่าน โปรดนำส่ง ใบยินยอม และ CCA-01 ไปยังศูนย์อำนวยการโครงการ CASCAP ตามที่อยู่ด้านล่าง*

10. เตรียมเอกสารก่อนการตรวจอัลตราซาวด์
  - 10.1 ให้ออกแบบฟอร์มข้อมูลส่วนบุคคลใน ใบทำบัตร
  - 10.2 คีย์เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลักจากใบทำบัตร ลงใน CASCAP Tools ที่ [www.cascap.in.th](http://www.cascap.in.th) เพื่อสืบค้นข้อมูลว่า เป็นอาสาสมัครรายใหม่ หรือรายเก่า
  - 10.3 กรณีเป็นอาสาสมัครรายใหม่ ให้ดำเนินการตามข้อ 5-9 ในกรณีที่เป็นการนำรายเก่าที่มาจากกรณีการนัดหมายในข้อ 11.1 และ 11.2 ให้ดำเนินการตามข้อ 10.4
  - 10.4 บันทึกรหัสหน่วยบริการ (Site ID) และรหัสกลุ่มเสี่ยง (PID) ลงในแบบฟอร์ม **CCA-02** แล้วเขียนแนบกับ ใบทำบัตร
11. คณะทำงานตรวจอัลตราซาวด์ บันทึกข้อมูลลง **CCA-02** และดำเนินการขึ้นต่อไปตามผลการตรวจอัลตราซาวด์ดังนี้
  - 11.1 ผลตรวจปกติ ให้นัดหมาย 12 เดือน โดยเขียนลงส่วนท้ายใบทำบัตร แล้วฉีกส่วนท้ายให้อาสาสมัครนำกลับบ้านได้
  - 11.2 ผลตรวจผิดปกติ(+)พบ PDF ให้นัดหมาย 6 เดือน โดยเขียนลงส่วนท้ายใบทำบัตร แล้วฉีกส่วนท้ายให้อาสาสมัครนำกลับบ้านได้
  - 11.3 ผลตรวจพบการเป็นโรคลิ้นที่ไม่ไข่มะเร็งท่อน้ำดี ให้เขียนใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการวินิจฉัยเพิ่มเติมและรักษาตามสิทธิ์
  - 11.4 ผลตรวจพบ หรือสงสัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ให้ส่งตรวจยืนยันด้วยการทำ CT/MRI ยิง รพ.ศูนย์ ที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายของ รพช. นั้นๆ

## ขั้นตอนข้อมูลพื้นฐาน (รพ.ศูนย์)

13. เตรียมเอกสารก่อนการตรวจรักษา
  - 13.1 ให้ผู้ป่วยลงข้อมูลส่วนบุคคลใน ใบทำบัตร
  - 13.2 คีย์เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลักจากใบทำบัตร ลงใน CASCAP Tools ที่ [www.cascap.in.th](http://www.cascap.in.th) เพื่อสืบค้นข้อมูลว่าเป็นรายใหม่หรือรายเก่า กรณีเป็นรายใหม่ ให้ดำเนินการตามข้อ 5-9 เพื่อให้ได้ แบบยินยอมอาสาสมัคร และ **CCA-01**
  - 13.3 บันทึกรหัสหน่วยบริการ (Site ID) และรหัสกลุ่มเสี่ยง (PID) ลงในแบบฟอร์ม **CCA-02.1, CCA-03** และ **CCA-04**
14. คณะทำงานตรวจรักษา บันทึกข้อมูลลง **CCA-02.1, CCA-03, CCA-04**
15. คีย์ข้อมูลจาก **CCA-02.1, CCA-03, CCA-04** เข้าสู่ CASCAP Tools (หรือส่งฟอร์มต่างๆ ไปตามที่อยู่ด้านล่างให้ส่วนกลางนำเข้า)
16. กรณีที่ CT/MRI ให้ผล negative ให้นัดหมายตรวจอัลตราซาวด์ ที่ รพช. ที่ดูแล ในอีก 6 เดือน โดยเขียนลงส่วนท้ายใบทำบัตร แล้วฉีกส่วนท้ายให้อาสาสมัครนำกลับบ้านได้

17. ติดตามผู้ป่วย โดยบันทึกข้อมูลลง **CCA-05** ที่เวลา 3 เดือนแรกหลังการผ่าตัด จากนั้น ติดตามทุก 6 เดือน เป็นเวลา 5 ปี หากเกิน 1 ปี ผู้ป่วยไม่มาโรงพยาบาล ให้ติดตาม เพื่อให้ทราบสถานะผู้ป่วย

เรียกดูรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูล real time ที่ [www.cascap.in.th](http://www.cascap.in.th)



## ใบทำบัตร



แบบกรอกข้อมูลเพื่อทำบัตรเข้ารับการตรวจอัลตราซาวด์  
โครงการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแห่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. ผู้ร่วมโครงการเคยทำบัตรที่โรงพยาบาลนี้  ไม่เคย  เคยทำเมื่อปี พ.ศ. 25.....  
เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย .....
2. ชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ (นาย, นาง, น.ส.) ..... นามสกุล .....
3. เพศ  ชาย  หญิง
4. เกิดวันที่ ..... / ..... / .....
5. เลขบัตรประจำตัวประชาชน  -  -  -
6. ที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก เลขที่ ..... ถนน ..... ซอย ..... หมู่ที่ .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์บ้าน .....  
โทรศัพท์มือถือ .....
7. สถานภาพ  โสด  คู่  หม้าย  แยกกันอยู่  หย่า  พระสงฆ์  แม่ชี  สามเณร
8. อาชีพ ..... สถานที่ทำงาน .....
9. สัญชาติ ..... เชื้อชาติ ..... ศาสนา ..... ระดับการศึกษา .....
10. ชื่อ-สกุล บิดา .....
- ชื่อ-สกุล มารดา .....
- ชื่อ-สกุลสามี / ภรรยา .....

----- ✕ ติดตามเส้นประ ✕ -----

## ใบนัด

ชื่อ-สกุล .....

ให้ไปพบแพทย์เพื่อตรวจอัลตราซาวด์ ที่โรงพยาบาล .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## แบบคำชี้แจงอาสาสมัคร

**ชื่อโครงการวิจัย :** การพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Health System Development for Screening, Early Diagnosis and Management of Cholangiocarcinoma in Northeast, Thailand)

**หัวหน้าโครงการวิจัย :** รศ.นพ. ณรงค์ ชันดีแก้ว

**บทนำ** โรคมะเร็งท่อน้ำดี ถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยโดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อันเนื่องมาจากในภูมิภาคนี้มีความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงและมีอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก คือประมาณ 113.4 ในผู้ชายและ 49.8 ในผู้หญิงต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และจากการประมาณการพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 20,000 คนต่อปี ในปัจจุบันยังขาดแนวทางในการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถตรวจพบผู้ป่วยในระยะต้นซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการวางแผนแนวทางในการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคร่วมกันอย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพโดยหวังผลให้หายขาด (curative treatment) หรือได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น รวมถึงการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายระดับชาติด้านสาธารณสุขของโรคมะเร็งท่อน้ำดี

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย** เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบบริการ การคัดกรอง ส่งต่อ รักษาและติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

**การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านเป็นไปด้วยความสมัครใจ** หากท่านตกลงจะเข้าร่วมการศึกษานี้ นั่นคือท่านอนุญาตให้เราซักประวัติเก็บข้อมูลและตรวจร่างกายจากท่านเพื่อการศึกษาวิจัยนี้ โดยเป็นการสมัครใจเท่านั้น หากท่านไม่เข้าร่วมในการศึกษานี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาตามปกติ ที่ควรจะได้รับจากโรงพยาบาลที่นี่และที่อื่นๆ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษานี้ท่านสามารถขอยุติการเข้าร่วมในการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ตามที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาเช่นกัน

### **ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย**

ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยและเซ็นชื่อเป็นหลักฐานลงในแบบยินยอมอาสาสมัครแล้ว ท่านจะได้รับ

1. การตรวจคัดกรองโดยการซักประวัติ
2. การตรวจอุจจาระเพื่อตรวจหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและพยาธิอื่น ๆ ในอาสาสมัครอายุ 7 ปีขึ้นไป โดยเก็บอุจจาระ 10 กรัมในกระป๋องเก็บตัวอย่าง และเก็บปัสสาวะประมาณ 15 มิลลิลิตร หากพบว่าเชื้อพยาธิจะได้รับยารักษาพยาธิที่พบตามความเหมาะสม
3. การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องในอาสาสมัครที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เพื่อหาความผิดปกติของระบบท่อน้ำดีและรับการรักษาเป็นกรณีพิเศษหากตรวจพบพยาธิสภาพ ในกรณีนี้ท่านต้องงดอาหารก่อนรับการตรวจอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง
4. การสัมภาษณ์ประวัติความเจ็บป่วยและพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที ซึ่งท่านไม่จำเป็นต้องตอบคำถามที่ท่านไม่ต้องการตอบ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและการตรวจต่างๆของท่านจะถูกนำไปรวมกับข้อมูลของอาสาสมัครคนอื่นๆ ที่เข้าร่วมในการศึกษา โดยข้อมูลของท่านเป็นความลับและเราจะใช้รหัสแทนชื่อนามสกุลของท่านในแบบบันทึกข้อมูลและในการสืบค้นชื่อของท่าน และรหัสประจำตัวของท่าน ในการศึกษานี้จะมีเพียงกลุ่มผู้ศึกษาวิจัยนี้เท่านั้นที่สามารถเข้าถึง หากเราตีพิมพ์ผลการศึกษาในวารสารทางการแพทย์ จะไม่มีกระบุชื่อของท่านไม่ว่ากรณีใดๆ ผลการตรวจร่างกายจะแจ้งให้ทราบทันที หรือส่งผลกลับให้ทราบผ่าน อสม. ที่ดูแลสุขภาพหรือแจ้งท่านโดยตรงตามความประสงค์ของท่าน

5. หากท่านอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป แล้วตรวจพบว่ามีประวัติการรับประทานปลาน้ำจืดดิบ หรือมีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับจะถือว่าท่านเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง เราจะนัดท่านมาตรวจอัลตราซาวด์ซ้ำทุกปี ในรายที่มีพยาธิสภาพของท่อทางเดินน้ำดีโดยเฉพาะการหนาตัวของท่อทางเดินน้ำดี (Periductal fibrosis) จะถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดย เราจะนัดท่านมาตรวจอัลตราซาวด์ซ้ำทุก 6 เดือน และหากพบว่าอาสาสมัครได้รับการวินิจฉัยว่ามีมะเร็งท่อน้ำดี จะได้รับการตรวจยืนยันโดยการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และได้รับการอธิบายอย่างดีจากผู้ให้การรักษาและหากอาสาสมัครยินยอมที่จะเข้ารับการรักษาก็จะได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาทางคลินิก ที่ได้วางเอาไว้แล้วแต่หากผู้ป่วยปฏิเสธที่จะเข้ารับการรักษาก็เป็นสิทธิโดยชอบธรรมของผู้ป่วย แต่โครงการก็ยังคงติดตามผู้ป่วยอยู่ต่อไป
6. ความเสี่ยงและ/หรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากการตรวจอัลตราซาวด์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องงดน้ำงดอาหารก่อนตรวจอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง อาจทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดอาการวิงเวียนศีรษะได้ในรายที่มีร่างกายไม่แข็งแรง หรือมีโรคประจำตัวเช่นโรคเบาหวาน แต่ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างใกล้ชิดตามมาตรฐานการแพทย์
7. ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง ในกรณีที่มีพยาธิสภาพจะได้รับคำแนะนำและส่งตัวต่อเพื่อการรักษาต่อไปตามปกติ และจะได้รับการตรวจติดตามในรายที่ต้องเฝ้าระวังเป็นระยะเวลา 3 ปี ตามระยะเวลาโครงการ
8. ค่าใช้จ่ายในการวิจัย/ค่าชดเชยเดินทาง/ค่าเสียเวลา อาสาสมัครจะไม่ได้รับค่าตอบแทนในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
9. การรักษาความลับ ข้อมูลของท่านเป็นความลับและเราจะใช้รหัสแทนชื่อนามสกุลของท่านในแบบบันทึกข้อมูลและในการสืบค้นชื่อของท่านและรหัสประจำตัวของท่าน ในการศึกษาจะมีเพียงกลุ่มผู้ศึกษาวิจัยนี้เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล หากเราตีพิมพ์ผลการศึกษาในวารสารทางการแพทย์ จะไม่มีการระบุชื่อของท่านไม่ว่ากรณีใดๆ

หากท่านมีปัญหาข้อสงสัยในภายหลังหรือต้องการทราบผลการตรวจใดๆ ที่ดำเนินการโดยโครงการวิจัยนี้ท่านสามารถติดต่อ รศ.นพ.ณรงค์ ชันดีแก้ว (หัวหน้าโครงการฯ) ภาควิชาศัลยศาสตร์

รศ.พญ.นิตยา ฉมาตล ภาควิชารังสีวิทยา และ

ศ.ดร.ไพบุลย์ สิทธิถาวร ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โทรศัพท์ : 043-202691 และ 043-203769

โทรศัพท์มือถือ : 088-5710298

โทรสาร : 043-202693

**แหล่งให้ข้อมูลหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิอาสาสมัคร**

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อาคารเวชวิชาคาร ชั้น 3 ห้อง 5317 ตึกเวชวิชาคาร

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002

โทรศัพท์(มือถือ) 089-7141913 เบอร์โทรศัพท์ ภายใน 67133, 67134



Site ID:

--	--	--	--	--

Participant ID:

--	--	--	--	--

**แบบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ  
การพัฒนาาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี  
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP)**

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ชื่อ ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
ได้รับฟังคำอธิบายจาก..... (ชื่อผู้อธิบาย)

อธิบายเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยโครงการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและ  
บริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP) ได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการฯ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และ  
ระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติที่ต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ ผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้า  
ร่วมโครงการ ซึ่งข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้า  ยินดี /  ไม่ยินดี ให้คณะผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้และยินยอมให้ใช้รหัสประชาชนในการสืบค้นข้อมูลด้านการ  
รักษาพยาบาลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการวิจัยในอนาคตที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดย  
ความสมัครใจและมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่ผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปและหากเกิดมีอาการ  
ข้างเคียงขึ้นข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผย  
ข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย รวมทั้งข้าพเจ้ามีสิทธิตามกฎหมายในการประเมินข้อมูลส่วนตัวและขอแก้ไข  
ข้อมูลของข้าพเจ้าให้ถูกต้องได้ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับการ  
รักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนี้หรือสถานพยาบาลอื่น และหากเกิดมีอาการ  
ข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว



ลายมือชื่ออาสาสมัคร .....

(.....)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลายมือชื่อผู้อธิบาย .....

(.....)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

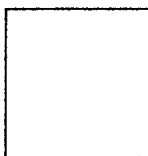
ลายมือชื่อพยาน ..... (ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

(.....)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

- หมายเหตุ:** (1) ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กโตแต่อายุไม่ถึง 18 ปี สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ลงลายมือชื่อทั้งอาสาสมัคร(เด็ก) และผู้ปกครองของเด็กด้วย  
(2) แพทย์ผู้รักษาต้องไม่เป็นผู้ขอความยินยอมอาสาสมัคร แต่สามารถให้ข้อมูล/คำอธิบายได้  
(3) ในกรณีที่ผู้ปกครองอาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อ ได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนในกรอบด้านล่าง ดังนี้:

ข้าพเจ้า ไม่สามารถอ่านหนังสือหรือเขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัย/ผู้อธิบายได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟัง  
จนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



ประทับลายนิ้วมือขวาของอาสาสมัคร

(ชื่อ-นามสกุล ของอาสาสมัคร)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลายมือชื่อผู้อธิบาย .....

(.....)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลายมือชื่อพยาน ..... (ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

(.....)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

Site ID:

--	--	--	--	--

Participant ID:

--	--	--	--	--

**แบบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ  
การพัฒนาาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี  
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP)**

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี  
อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
ได้รับฟังคำอธิบายจาก ..... (ชื่อผู้อธิบาย)

อธิบายเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยโครงการวิจัยการพัฒนาาระบบสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP) ได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการฯ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ ผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งข้อมูลจากโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้า  ยินดี /  ไม่ยินดี ให้คณะผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลไว้และยินยอมให้ใช้รหัสประชาชนในการสืบค้นข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการวิจัยในอนาคตที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปและหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้นข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัย รวมทั้งข้าพเจ้ามีสิทธิตามกฎหมายในการประเมินข้อมูลส่วนตัวและขอแก้ไขข้อมูลของข้าพเจ้าให้ถูกต้องได้ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลแห่งนี้หรือสถานพยาบาลอื่น และหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยดังกล่าว



ลายมือชื่ออาสาสมัคร .....

(.....)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลายมือชื่อผู้อธิบาย .....

(.....)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลายมือชื่อพยาน ..... (ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

(.....)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

- หมายเหตุ:** (1) ในกรณีที่อาสาสมัครเป็นเด็กโตแต่อายุไม่ถึง 18 ปี สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ลงลายมือชื่อทั้งอาสาสมัคร(เด็ก) และผู้ปกครองของเด็กด้วย  
(2) แพทย์ผู้รักษาต้องไม่เป็นผู้ขอความยินยอมอาสาสมัคร แต่สามารถให้ข้อมูล/คำอธิบายได้  
(3) ในกรณีที่ผู้ปกครองอาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อ ได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนในกรอบด้านล่าง ดังนี้:

ข้าพเจ้า ไม่สามารถอ่านหนังสือหรือเขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัย/ผู้อธิบายได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



ประทับลายนิ้วมือขวาของอาสาสมัคร

(ชื่อ-นามสกุล ของอาสาสมัคร)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลายมือชื่อผู้อธิบาย .....

(.....)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลายมือชื่อพยาน ..... (ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

(.....)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

Site ID :   
(รหัสหน่วยบริการตามกระทรวงสาธารณสุข)PID:   
(รหัสที่ได้จาก www.cascap.in.th)

## Demographic Information Form: Enrollment

1. สถานที่ที่คุณอาศัยอยู่ยาวนานที่สุด ตำบล..... อำเภอ.....  
จังหวัด.....2. วัน/เดือน/ปี พ.ศ.ที่เกิด / /  (ตัวอย่าง 15/12/2513)3. เพศ  1. ชาย  2. หญิง

4. การศึกษา

1. ไม่ได้รับการศึกษา  2. ประถมศึกษา  3. มัธยมศึกษาตอนต้น  
 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย  5. ประกาศนียบัตร  6. ปริญญาตรี  7. สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

1. วางงาน  2. เกษตรกรรม  3. รับจ้าง  
 4. ธุรกิจส่วนตัว  5. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ  6. อื่นๆ.....

6. คุณเคยได้รับการตรวจหาไขพยาธิใบไม้ตับหรือไม่

0. ไม่เคย  1. เคย 1 ครั้ง  2. เคย 2 ครั้ง  
 3. เคย 3 ครั้ง  4. เคยมากกว่า 3 ครั้ง  5. จำไม่ได้

7. คุณเคยตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับ หรือไม่

0. ไม่เคยตรวจ  1. ตรวจแต่ไม่พบ  2. ตรวจแล้วพบไขพยาธิ  3. จำไม่ได้

8. คุณเคยได้รับการรักษาด้วย ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ หรือไม่

0. ไม่เคย  1. เคย 1 ครั้ง  2. เคย 2 ครั้ง  
 3. เคย 3 ครั้ง  4. เคยมากกว่า 3 ครั้ง  5. จำไม่ได้

9. มีญาติป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีหรือไม่

0. ไม่มี  1. มี (ระบุความสัมพันธ์ของญาติที่ป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี)  
 1.1 นุ่ ย่า  1.2 ตา ยาย  1.3 ลุง ป้า  
 1.4 น้า อา  1.5 พ่อ แม่  1.6 ลูกชาย ลูกสาว  
 1.7 พี่ชายน้องชาย พี่สาวน้องสาว  1.8 หลานๆ  1.9 คู่สมรส

10. คุณสูบบุหรี่หรือไม่

0. ไม่สูบบุหรี่  1. สูบ/เคยสูบบุหรี่

11. คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ กระแช่ หรือไม่

0. ไม่ดื่ม  1. ดื่ม/เคยดื่ม

12. คุณเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่

0. ไม่เป็น  1. เป็น/เคยเป็น

13. คุณเคยรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดคืดใดๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุกหรือไม่

0. ไม่เคย  1. เคย

14. คุณได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดบ้างต่อไปนี้

0. ไม่เป็น  1. ตับอักเสบ บี  2. ตับอักเสบ ซี  3. เบาหวาน  4. อื่นๆ ระบุ .....

Form completed by.....  Date / / 2 5



Site ID :

PID:

(รพ.ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

(รหัสที่ใดจาก www.cascap.in.th)

Ultrasound Form

1. Exam Date [ ]/[ ]/[25][ ] (ตัวอย่าง 23/01/2557)

2. Liver

2.1) Parenchymal ECHO

0. Normal 1. Abnormal ... โปรดตอบว่า Normal หรือ Abnormal ก่อนตอบข้ออื่นๆ
1a Mild fatty liver 1b Moderate fatty liver 1c Severe fatty liver
2a PDF1 2b PDF2 2c PDF3
3a Cirrhosis
4a Parenchymal change

2.2) Liver Mass 0. No 1. Single Mass 2. Multiple Masses

a Liver cyst Size..... cm.\* a1 Rt. a2 Lt.
b Hemangioma Size..... cm.\* b1 Rt. b2 Lt.
c Calcification Size..... cm.\* c1 Rt. c2 Lt.
d Intrahepatic duct stone Size..... cm.\* d1 Rt. d2 Lt.
e High echo Size..... cm.\* e1 Rt. e2 Lt.
f Low echo Size..... cm.\* f1 Rt. f2 Lt.
g Mixed echo Size..... cm.\* g1 Rt. g2 Lt.

\* กรุณาระบุขนาดของ Mass เป็นเส้นผ่าศูนย์กลางของด้านยาว (longitudinal) ของก้อนmass

2.3) Dilated Bile Duct

0. No dilated duct 1. Right lobe 2. Left lobe 3. Common bile duct

3. Gallbladder

1. Normal 2a Thickening..... mm 2b Polyp..... mm 2c Mass..... mm
1. Normal 2a.1 Focal 2b.1 Single 2c.1 Single
2. Wall 2a.2 Diffuse 2b.2 Multiple 2c.2 Multiple
3. Gallstone 3.1 Single 3.2 Multiple
4. Post cholecystectomy
5. Not seen

4. Kidney

1. Normal
2. Renal cyst 2.1 Right ..... cm 2.2 Left ..... cm
3. Parenchymal change 3.1 Right
4. Renal stone 4.1 without hydronephrosis 4.1a Right 4.1b Left
4.2 with hydronephrosis 4.2a Right 4.2b Left
5. Post Nephrectomy 5.1a Right 5.2b Left
6. Not seen

5. Other Finding 1. Ascites 2. Splenomegaly 3. อื่นๆ ระบุ.....

6. การพบแพทย์ครั้งต่อไป (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)

1. นัด 1 ปี (กรณีผลตรวจปกติ) 2. นัด 6 เดือน (กรณีผลตรวจผิดปกติ)
3. ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาล..... (กรณีระบุเหตุผลด้านล่าง)
ส่งต่อเนื่องจาก 3.1. Suspected CCA 3.2. สาเหตุอื่นๆ โปรดระบุ.....

Diagnosed by Dr.....