

แบบประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงเบื้องต้นของผู้สูงอายุ
ชุดเอ้ออาทร 1



- ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี)
- ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79ปี)
- ผู้สูงอายุวัยปลาย(80 ปีขึ้นไป)

SRINAGARIND HOSPITAL FACULTY OF MEDICINE KHON KAEN UNIVERSITY Department of..... รับย้ายจาก..... ว/ด/ป.....เวลา.....น	ติด Sticker	Attend Staff..... Diagnosis..... พยาบาลเจ้าของไข้.....วันที่รับไว้..... Admit ครั้งที่.....สถานะการเงิน..... วันที่รับใหม่.....เวลา.....
--	--------------------	---



- | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| การได้ยิน
<input type="checkbox"/> ปกติ
<input type="checkbox"/> ไม่ปกติ | พูดสื่อสาร
<input type="checkbox"/> ปกติ
<input type="checkbox"/> ไม่ปกติ | การมองเห็น
<input type="checkbox"/> ปกติ
<input type="checkbox"/> ไม่ปกติ | เสี่ยงต่อการ
พลัดตกหกล้ม
<input type="checkbox"/> เสี่ยง
<input type="checkbox"/> ไม่เสี่ยง | ภาวะสับสน
<input type="checkbox"/> มี
<input type="checkbox"/> ไม่มี | การกลั้น
ปัสสาวะ/อุจจาระ
<input type="checkbox"/> กลั้นได้
<input type="checkbox"/> กลั้นไม่ได้ |
|--|---|---|--|--|--|

สรุป	ประเภทผู้ป่วย	ระดับความเสี่ยง
วันแรกรับ	.1, 2, 3, 4, 5	เขียว เหลือง แดง (เล็กน้อย) (ปานกลาง) (สูง)
วันจำหน่าย	.1, 2, 3, 4, 5 (เลือกประเภท)	เขียว เหลือง แดง [ใช้สี maker]

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

สรรพนามที่ใช้ <input type="checkbox"/> คุณตา <input type="checkbox"/> คุณยาย <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... ระดับการศึกษา.....อาชีพ.....สถานภาพสมรส..... ชื่อญาติ.....ที่อยู่..... โทรศัพท์..... 1.1 ภาวะสุขภาพทั่วไป ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน..... ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต..... เหตุผลที่มาโรงพยาบาลในครั้งนี้ <input type="checkbox"/> มาตามนัดเพื่อ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... ประวัติการแพ้ยา / สารเคมี..... การผ่าตัด ครั้งที่ 1.....เมื่อ..... ครั้งที่ 2.....เมื่อ..... การตรวจร่างกาย.....	ลักษณะผิวหนัง..... สภาพจิตใจ / อารมณ์ แรกรับ..... อุปกรณ์การแพทย์ที่อยู่ในร่างกาย..... 1.2 ระบบครอบครัว เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพบุคคลที่ช่วยเหลือคือ..... ผู้หารายได้หลักในครอบครัวคือ..... การปฏิบัติศาสนกิจ / ความเชื่ออื่น ๆ ขณะอยู่บ้าน..... ผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลคือ..... เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้ป่วย 1.3 ความคาดหวังในการรักษาพยาบาล..... <ul style="list-style-type: none"> ▪ แหล่งประ โยชน์ / สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน : ▪ ลักษณะที่อยู่อาศัย / บ้าน / ห้องน้ำ: ▪ Family tree :
---	---

2. ความสามารถ ความเสี่ยง และการใช้จ่าย

2.1 ความสามารถ

แบบประเมิน	ปกติ	ไม่ปกติ	อุปกรณ์ช่วยเหลือ	เครื่องมือประเมินเพื่อ การพยาบาลเฉพาะทาง	หมายเหตุ
1. การมองเห็น ● มองเห็นชัด	<input type="checkbox"/>	ระบุ..... ◇ สายตายาว ◇ สายตาสั้น ◇ ลางเลือน ○ ซ้าย ○ ขวา ◇ มองไม่เห็น ○ ซ้าย ○ ขวา	<input type="checkbox"/> แว่นสายตายาว <input type="checkbox"/> แว่นสายตาสั้น <input type="checkbox"/> ไม้เท้า <input type="checkbox"/> รถเข็น	<input type="checkbox"/> ส่งปรึกษา แพทย์เฉพาะทาง วันที่ส่ง.....
2. การได้ยิน ● ได้ยินชัด	<input type="checkbox"/>	ระบุ..... ◇ หูตึง ○ ซ้าย ○ ขวา ◇ หูหนวก ○ ซ้าย ○ ขวา	<input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ส่งปรึกษา แพทย์เฉพาะทาง วันที่ส่ง.....
3. การพูด ● การพูด- เปล่งเสียง	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ส่งปรึกษา ○ OT ○ ST
4. การเคลื่อนไหว ● การเคลื่อนไหว..	<input type="checkbox"/>	○ แขนซ้าย ○ แขนขวา ○ ขาซ้าย ○ ขาขวา	<input type="checkbox"/> รถเข็นนั่ง <input type="checkbox"/> Walker frame <input type="checkbox"/> ไม้เท้า <input type="checkbox"/> อื่นๆ	<input type="checkbox"/> Barthel Index <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ส่งปรึกษาแพทย์ เฉพาะทาง วันที่ส่ง.....
5. การขับถ่าย	<input type="checkbox"/>	◇ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ◇ ท้องผูก	<input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> On Pad <input type="checkbox"/> หนีบสนุ่ <input type="checkbox"/> ยาระบาย	<input type="checkbox"/> แบบประเมิน ภาวะการกลั้น ปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> ภาวะท้องผูก	<input type="checkbox"/>
6. การนอนหลับ ● การนอนหลับได้ดี ในตอนกลางคืน	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> แบบประเมิน ปัญหาการนอนหลับ	<input type="checkbox"/> ส่งปรึกษา แพทย์เฉพาะทาง วันที่ส่ง.....
7. การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ● การช่วยเหลือตัวเอง	<input type="checkbox"/>	ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ต้องการความ ช่วยเหลือทั้งหมด <input type="checkbox"/> ต้องการความ ช่วยเหลือบางส่วน	<input type="checkbox"/> ADL Index	
8. การรู้คิด (Cognition)	<input type="checkbox"/>	◇ ไม่รู้วัน - เวลา - สถานที่ - บุคคล ◇ ไม่สามารถเรียกสิ่งของได้ถูกต้อง เช่น นาฬิกา , แก้ว ◇ ไม่สามารถทำตามคำบอกได้ เช่น หลับตา ยกมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> TMSE <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	<input type="checkbox"/> ส่งปรึกษา แพทย์เฉพาะทาง วันที่ส่ง.....
9. การได้รับอาหาร/สารอาหาร ● พื้บน.....ซี ● พื้ล่าง.....ซี ● พื้สบกััน.....คู่	<input type="checkbox"/>	◇ การเคี้ยว ◇ การกลืน ◇ เบื่ออาหาร ◇ คลื่นไส้ ◇ อาเจียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BMI = (น้ำหนัก (กิโลกรัม) ส่วนสูง (เมตร) ²)
10. การได้รับอากาศ	<input type="checkbox"/>	◇ หายใจเอง ◇ ใช้เครื่องช่วยหายใจ ◇ ใช้ออกซิเจน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Canula <input type="checkbox"/> mask with bag	

2.2 อาการปวด

แบบประเมิน	มี	ไม่มี (ปกติ)	อุปกรณ์ช่วยเหลือ / การช่วยเหลือ	เครื่องมือประเมินเพื่อการพยาบาลเฉพาะทาง	หมายเหตุ
<input checked="" type="radio"/> มีอาการปวด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ไม่เท่า, ไม่ค้ำยัน <input type="checkbox"/> Supporter.....	<input type="checkbox"/> Pain Score <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุบริเวณที่ปวด

2.3 ความเสี่ยงที่พบ

<input checked="" type="radio"/> การพลัดตกหกล้ม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ไม่กั้นเตียง <input type="checkbox"/> ไม่เท่า, รถเข็น	<input type="checkbox"/> แบบประเมิน Falls	<input type="checkbox"/> มีประวัติพลัดตกหกล้ม <input type="checkbox"/> มีปัญหาการรับรู้ <input type="checkbox"/> มีปัญหาการเคลื่อนไหว
<input checked="" type="radio"/> การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	<input type="checkbox"/> แบบประเมิน Delirium	<input type="checkbox"/> นอนไม่หลับหลายคืน <input type="checkbox"/> Electrolyte Imbalance <input type="checkbox"/> ได้รับยา ที่มีผลต่อสมอง

2.4 การได้รับยาทางปาก

<input checked="" type="radio"/> จำนวนยาที่ได้รับ					<input type="checkbox"/> ระบุชนิดของยาที่สำคัญ
<input type="radio"/> ไม่ได้รับยา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.....
<input type="radio"/> รับยาจำนวน 1 ชนิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.....
<input type="radio"/> รับยาจำนวน 2-4 ชนิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.....
<input type="radio"/> รับยาจำนวน > 4 ชนิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.....
<input checked="" type="radio"/> อาการข้างเคียง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ระบุอาการข้างเคียง

Fall scale =..... ไม่เสี่ยง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

Braden scale =..... ไม่มีแผล มีแผล (ระบุ)

3. สรุป

- การนอนหลับในขณะที่ทำการประเมิน
 เพียงพอ ไม่เพียงพอ
- มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย / หอบขณะทำกิจวัตรประจำวัน
 ไม่มี มี (ระบุ)
- มีภาวะแทรกซ้อน/ ผลจากพยาธิสภาพ
 ไม่มี มี (ระบุ).....
- ขณะสัมภาษณ์ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การดูแลสุขภาพของตนเอง หรือ ข้อมูลอื่นๆ กับเจ้าหน้าที่
 ไม่มี มี (ระบุ).....

ลำดับที่	คำถาม	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกหุดหุดเสียว หรือท่อแทะลื่นหวังหรือไป		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อทำอะไรไม่เพิลิดเพลินหรือไม่		
	หมายเหตุ กรณีมี 1 ข้อขึ้นไปให้ประเมิน 9Q ต่อ		

ผู้ประเมิน.....
วันที่ประเมิน.....

4. แบบแผนการดำเนินชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองตามความจำเป็นเฉพาะกลุ่มโรค / กลุ่ม

อาการ : พัฒนาโดยหน่วยงาน (หน้าถัดไป)