**แบบสังเกตพฤติกรรม/อาการแสดงของภาวะ Delirium**

ติด sticker

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **พฤติกรรม /อาการ** | **……………...** | **……………..** | **……………...** |
| **ช** | **บ** | **ด** | **ช** | **บ** | **ด** | **ช** | **บ** | **ด** |
| 1. ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. สับสน
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. ความคิดไม่เป็นระบบ ไม่มีเหตุผล
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. ขาดสมาธิ
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. ซึม/ตอบสนองช้า/นอนมาก
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. วุ่นวาย/อยู่ไม่นิ่ง**/**ไม่นอน
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. ไม่ร่วมมือ ดึง tube**,** line**,** drain
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. เห็นภาพหลอน/หูแว่ว
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. ไม่รับประทานอาหาร
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ผู้ประเมิน |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ :**  หากมีอาการแสดงอย่างน้อย 1 ข้อดังต่อไปนี้ผู้ป่วยอาจจะมีภาวะ Delirium ให้ใช้แบบประเมินภาวะ Delirium ประเมินต่อไป