SRINAGARIND HOSPITAL
FACULTY OF MEDICINE
KHON KAEN UNIVERSITY

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ
สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
(Assessment and Database)

ติด สติ๊กเกอร์
ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย

Department.....PAGE 1
Attend staff.....
Diagnosis.....
พยาบาลผู้ประเมินแรกรับ.....
วันที่รับใหม่.....**เดือน**.....
พ.ศ. 25.....**เวลา**.....**น.**

ช่วงวัย ☐ อายุ 15- 59 ปี ☐ ผู้สูงอายุ (ให้ประเมินการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร)
( ) ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ( ) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ( ) ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ประเมิน ดังนี้

สรรพนามที่ใช้เรียกแทนบุคคล ☐คุณตา ☐คุณยาย☐คุณปู่ ☐คุณย่า ☐.....
Blood Group : ☐ A ☐ B ☐ O ☐ AB ☐ ไม่ทราบ

1. ประวัติส่วนบุคคล

ระดับการศึกษา : ..... **อาชีพ:** .....
สิทธิการรักษา: ☐เบิกได้ (ระบุ)..... ☐ประกันสังคม รพ.....☐บัตรประกันสุขภาพ รพ.....
☐ประกันชีวิต..... ☐ชำระเงินเอง ☐อื่น ๆ(ระบุ).....
ที่อยู่ปัจจุบัน:.....**เบอร์โทรศัพท์** : 1). . .....ระบุ.....
บุคคลที่ติดต่อได้: .....**ความสัมพันธ์**: .....2).. .....ระบุ.....

2. ภาวะสุขภาพ

อาการนำส่งโรงพยาบาล (Chief Complaint : CC) .....
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present Illness :PI) .....
.....
.....
.....
การเจ็บป่วยในอดีต (Past Illness) .....
.....
.....
โรคร่วม: .....
ยาที่ใช้ประจำ: ☐ไม่มี ☐มี ตามรายการใน Medication Reconciliation☐ มีประวัติใช้ยาชุด/สมุนไพร/อาหารเสริมระบุ.....
ประวัติการได้รับวัคซีน ☐ไม่ทราบ ☐ ไข้หวัดใหญ่ ☐ อื่น ๆ ระบุ .....ได้รับวัคซีนครั้งสุดท้าย เมื่อ.....
ประวัติการแพ้: ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....อาการแสดง.....
ประวัติการผ่าตัด: ☐ไม่เคย☐ เคย ครั้งที่ 1..... พ.ศ.....ครั้งที่ 2 ..... พ.ศ.....
การผ่าตัดปัจจุบัน: ครั้งที่ 1.....ครั้งที่ 2.....

3. แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนการทำหน้าที่ด้านสุขภาพ (Gordon's 11 Functional Health Patterns)

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ (Health Perception and Management pattern)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ: ☐ ไม่รู้ ☐ รู้ ระบุ.....
การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย: ☐ ไปสถานบริการด้านสุขภาพ ☐ ซื้อยามารับประทานเอง ☐ อื่นๆ.....
ความคาดหวังเมื่อเข้ารับการรักษาครั้งนี้ :.....
การใช้สารเสพติด: ☐ ไม่เคยใช้
☐ ดื่มแอลกอฮอล์.....ปี ระบุ(ชนิด).....ใช้ล่าสุด..... ปริมาณ...../วัน
☐ สูบบุหรี่.....ปี ระบุ(ชนิด).....ใช้ล่าสุด.....ปริมาณ...../วัน
☐ อื่นๆ.....ปี ระบุ(ชนิด)..... ใช้ล่าสุด.....ปริมาณ...../วัน

แบบแผนที่ 2 ภาวะโภชนาการและการเผาผลาญ (Nutritional–metabolic pattern)

น้ำหนัก:.....กก. ส่วนสูง.....ซม. BMI.....น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้ตั้งใจในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ☐ ไม่มี ☐ มี

การได้รับอาหาร: ☐ ทางปาก ☐ อื่นๆ ระบุ..... การรับประทานชนิดอาหาร.....

อาหารแสลง//อาหารที่ควรงด:.....อาหารที่ชอบ.....

ผู้ป่วยได้รับอาหารน้อยกว่าที่เคยได้: (>7วัน) ☐ ไม่มี ☐ มี

ปริมาณน้ำดื่ม:.....มิลลิลิตร/วัน ประเภทของน้ำ/เครื่องดื่ม.....

การตรวจร่างกาย: 1) ฟันปลอม ☐ ไม่มี ☐ มี.....ซี่ 2) ลิ้น ☐ปกติ ☐มีฝ้าขาว ☐มีแผล .....

3) การเคี้ยว ☐ปกติ ☐ไม่ปกติ ระบุ..... 4) การกลืน ☐ปกติ ☐ไม่ปกติ ระบุ.....

5) ช่องท้อง ☐ปกติ ☐ไม่ปกติ ระบุ..... 6) Bowel Sound.....ครั้ง/นาที

7) ลักษณะ (ผิวหนัง ผม เล็บ) ☐ปกติ ☐ไม่ปกติ ระบุ.....

ภาวะโภชนาการ: ☐ปกติ ☐ทุพโภชนาการ ระดับ ( ) Mild ( ) Moderate ( ) Severe

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination pattern)

การขับถ่ายปัสสาวะ: ☐ปัสสาวะเอง ☐ Urostomy ☐ PCN ☐ Foley's cath ☐อื่น ๆ.....

ปัญหาการปัสสาวะ: ☐ไม่มี ☐ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ☐ มีตะกอนขุ่น ☐ แสบขัด ☐ ปัสสาวะลำบาก ☐มีแผล

☐ ปัสสาวะปกติ ปัสสาวะมากตอนกลางคืน.....ครั้ง/ ☐.....

การขับถ่ายอุจจาระ: ☐ทวารหนัก ☐Colostomy ☐Ileostomy ☐ ลักษณะ.....☐ปริมาณ...../ครั้ง

ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ: ☐ไม่มี ☐ท้องผูก ☐ท้องเสีย ☐มีมูกเลือดปน ☐กลิ่นเหม็นคาว ☐มีแผล

☐ใช้ยาระบาย..... ☐.....

แบบแผนที่ 4 การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity–exercise pattern)

การเคลื่อนไหว: ☐ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ .....อุปกรณ์ช่วยเหลือ.....

การทำกิจวัตรประจำวัน: ☐ ADL/ECOG .....คะแนน ระบุกิจกรรมที่ไม่สามารถทำได้.....

มีอาการหอบ เหนื่อย ขณะทำกิจวัตรประจำวัน: ☐ ไม่มี ☐ มี.....

อ่อนเพลีย/อ่อนล้า: ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

การออกกำลังกาย: ☐ ไม่เคย☐ สม่ำเสมอ ☐ น้อยกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์

ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม: ☐ เสี่ยงต่ำ ☐ เสี่ยงปานกลาง ☐ เสี่ยงสูง ประวัติการหกล้ม.....

☐ ผู้สูงอายุ Score.....☐ Morse Score..... ☐ Hendrich II Score..... ☐ Edmondon Psychiatric Fall Risk Assessment.....

Barden Score:..... คะแนน แผลกดทับ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุระดับ/ตำแหน่ง .....

ผลการตรวจร่างกาย:

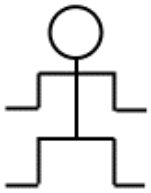
1) ฟังปอด ☐ปกติ ☐Wheezing ☐ Rale ☐ Rhonchi ☐ Crepitation

2) การหายใจ☐Room air ☐ ใช้ O_2 ระบุ..... ☐Ventilator.....

3) ปลายมือปลายเท้า ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... ☐Capillary Refill time .....วินาที

4) Murmur ☐ ไม่มี ☐ มี.....

5) Motor Power ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....



***ระบุ motor power ตามรยางค์

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนและนอนหลับ (Sleep-rest pattern)

นอนหลับ: วันละ.....ชั่วโมง เข้านอนเวลา.....น. ตื่นนอนเวลา.....น. ☐เพียงพอ ☐ไม่เพียงพอ)

ลักษณะการนอน: ☐หลับได้ช่วงยาว ☐หลับได้ช่วงสั้น ☐นอนไม่หลับ สาเหตุ.....

โรค /สาเหตุ/ ปัญหาเกี่ยวกับการนอน: ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....การใช้เครื่องมือ ระบุ.....

การจัดการเมื่อนอนไม่หลับ: ☐ ไม่มี ☐ มี ( ) ใช้ยา ระบุ.....( ) ไม่ใช้ยา ระบุ .....

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ (Orientation and Perception)

ระดับความรู้สึกตัว: ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ Glasgow Coma Scale (GCS) E.....V.....M..... RASS.....คะแนน

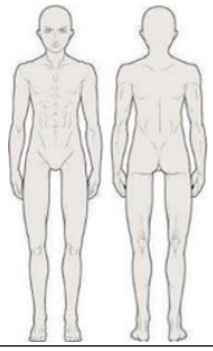
ระดับการรู้คิด: ☐ปกติ ☐ ไม่รู้วัน – เวลา – สถานที่ – บุคคล ☐ ไม่สามารถเรียกสิ่งของได้ถูกต้อง เช่น นาฬิกา เก้าอี้ เป็นต้น

☐ ไม่สามารถทำตามคำบอกได้ ☐ สมาธิ..... ☐ ความจำ.....

การได้ยิน: ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ)..... ☐ อุปกรณ์ช่วยเหลือ..... ☐ ประเมินไม่ได้ (ระบุ).....

การมองเห็น: ☐ปกติ ☐ไม่ปกติ (ระบุ)..... ☐ อุปกรณ์ช่วยเหลือ..... ☐ ประเมินไม่ได้ (ระบุ).....

☐ ระบุค่า VA..... (สำหรับผู้ป่วยจักษุ) ☐ อื่น ๆ..... ☐ประเมินไม่ได้(ระบุ) .....



***วงกลมตำแหน่งปวดด้วยหมึกสีแดง

การได้กลิ่น: ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... ☐ประเมินไม่ได้ (ระบุ) .....

การรับรส: ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... ☐ประเมินไม่ได้ (ระบุ) .....

การสัมผัส: ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... ☐ประเมินไม่ได้ (ระบุ) .....

ความปวด: ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุตำแหน่ง..... ☐ Pain score ..... ☐ ลักษณะความปวด.....

การจัดการความปวด ☐ ไม่ใช้ยา ระบุ..... ☐ ใช้ยา ระบุ.....

การพูด: ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... ☐ประเมินไม่ได้ .....

การอ่าน/การเขียน: ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ ☐ประเมินไม่ได้ .....

แบบแผนที่ 7 การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-perception, self-concept, emotional status pattern)

การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อ ☐ ภาพลักษณ์ ☐ อารมณ์และจิตใจ ☐ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ☐ ไม่มี ☐ ประเมินไม่ได้(ระบุ).....

ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้..... ☐ ประเมินไม่ได้(ระบุ) .....

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role - relationship pattern)

เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพบุคคลที่ช่วยเหลือ คือ.....ผู้หารายได้หลักในครอบครัวคือ.....

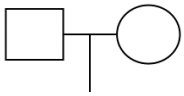
ผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลคือ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ผลกระทบต่อบทบาทเมื่อเจ็บป่วย ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ( ) ครอบครัว ( ) อาชีพ ( ) การศึกษา ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

ผู้ดูแลหลักเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ชื่อ .....ความสัมพันธ์.....

ต้องการความช่วยเหลือ ระบุ.....แหล่งประโยชน์/ สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน.....

แผนผังครอบครัว (Family tree)



แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธ์ (Sexuality–reproductive pattern) ☐ ไม่จำเป็นต้องประเมิน ☐ จำเป็น

ประวัติการตั้งครรภ์: G...P...A....L..... Last..... ปี LMP.....

การคุมกำเนิด: ☐ ทำหมัน ☐ ใส่ห่วง ☐ กินยาคุม ☐ ฉีดยาคุม ☐สวมใส่ถุงยางอนามัย☐.....

ประวัติประจำเดือน: ☐ ยังไม่มีประจำเดือน ☐ หมดประจำเดือน ☐ปกติสม่ำเสมอ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

เต้านม/ หัวนม: ☐ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์: ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ประเมินไม่ได้ ระบุ.....

ภาวะเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการมีเพศสัมพันธ์: ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....การจัดการ.....

โรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์: ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด (Coping/ Stress Tolerance pattern)

สิ่งที่วิตกกังวล: เรื่อง.....

ประเมินภาวะความซึมเศร้า 2Q: (กรณีมีข้อใดข้อหนึ่ง ได้ 1 คะแนน ให้ประเมิน 9Q ต่อ)

ที่	คำถาม	มี	ไม่มี
1.	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ท่านรู้สึกหดหู่เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
2.	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ท่านรู้สึกเบื่อทำอะไรไม่เพลิดเพลินหรือไม่ห		

แบบแผนที่ 11 การมีคุณค่าและความเชื่อ (Value-belief-spiritual pattern)

ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ นิกาย..... ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

การปฏิบัติศาสนกิจ/ความเชื่อขณะอยู่บ้าน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

ที่มาของข้อมูล: ☐ผู้ป่วย ☐ ผู้ดูแล/ผู้เกี่ยวข้อง ระบุ..... ☐ เวชระเบียน ☐อื่น ๆ.....

ผู้ประเมิน: .....(ลงนาม)