

แบบเยี่ยมบ้านกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป)

๑. ชื่อ- นามสกุล.....อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน.....
๒. ที่อยู่..... หมายเลขโทรศัพท์.....
๓. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า
ประเมินผู้พิการ มีบัตร ระบุเลขบัตร..... ไม่มีบัตร
๔. สัญญาชีพ T..... P.....(สม่าเสมอ ไม่สม่าเสมอ)R.....
ประวัติโรคในครอบครัว (เบาหวาน /ความดันโลหิตสูง/ มะเร็ง).....

ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

- กลุ่มพึ่งพิงสมบูรณ์ หมายถึง กลุ่มที่มีคะแนน ADL (การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน)
อยู่ในระหว่าง 0-๔ คะแนน
 กลุ่มพึ่งพิงรุนแรง หมายถึง กลุ่มที่มีคะแนน ADL (การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน)
อยู่ในระหว่าง ๕-๘ คะแนน
 กลุ่มพึ่งพิงปานกลาง หมายถึง กลุ่มที่มีคะแนน ADL (การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน)
อยู่ในระหว่าง ๙-๑๑ คะแนน
 กลุ่มไม่พึ่งพิงหมายถึง หมายถึง กลุ่มที่มีคะแนน ADL (การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน)
ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป

มีผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ ไม่มี มี.....

มีผู้จัดยาหรือไม่ ระบุ.....

การใช้ยาสมุนไพร/ยาแก้ปวด/อาหารเสริม ระบุ.....

สรุปปัญหาโรคที่พบบ่อยและภาวะ Geriatric Syndrome

ข้อมูลโรค

1. มีโรคประจำตัวหรือไม่ มี ไม่มี
2. มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไต ระบุระยะ.....
 มะเร็ง ระบุชนิด..... อื่นๆ ระบุ.....
 มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ ขึ้นไป ใช้ฟันปลอม ไม่มีฟันแท้และฟันปลอมทั้งปาก
 เบาหวาน ค่า DTX.....

กรณีเป็นโรคเบาหวานมีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

ตา ผล..... ไม่ได้คัดกรอง

ไต ผล..... ไม่ได้คัดกรอง

เท้า ผล..... ไม่ได้คัดกรอง

ความดันโลหิตสูง B.P.....

กรณีเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

ไต ผล..... ไม่ได้คัดกรอง

คัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด ระบุ..... % (CVD risk จาก Color chart ตั้งแต่ 30 % ขึ้นไป ส่งพบแพทย์)

ตา.....VA.....ซ้าย.....ขวา.....

3. คุณทราบอาการนำของโรคหัวใจหรือไม่

ทราบ ไม่ทราบ

4. คุณทราบอาการนำของโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่

ทราบ ไม่ทราบ

5. เมื่อคุณมีอาการของโรคหัวใจ/หลอดเลือดสมอง ควรไปโรงพยาบาลภายในเวลา.....

6. เมื่อคุณมีอาการนำของโรคหัวใจ/หลอดเลือดสมอง โทรศัพท์แจ้งขอความช่วยเหลือ หมายเลข.....

7. ภาวะ Geriatric syndrome

ซึมเศร้า ๒ Q ปกติ ผิดปกติ

ซึมเศร้า 9 Q ปกติ ผิดปกติ

- สมองเสื่อม ระบุ
- เสียงภาวะหกล้ม
- สามารถกลืนปัสสาวะได้
- ดัชนีมวลกาย BMI.....เส้นรอบเอว/เส้นรอบเอวเกิน.....
- ข้อเข่าเสื่อม ระบุคะแนนจากแบบประเมิน.....
- ปัญหาการนอน ระบุ.....

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

- พฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที
 - รับประทานอาหารผักสด ผลไม้สด เป็นประจำ
 - ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
 - ไม่สูบบุหรี่/ไม่สูบบุหรี่
 - ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยอดองเหล้า เป็นต้น
- สรุปปัญหาและคำแนะนำคือ

.....
.....

การส่งต่อ ไม่มีการส่งต่อ ไม่มี

มี ส่งต่อ รพ.สต..... ส่งต่อ รพ.....

แผนการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Barthel Activities of Daily Living : ADL)					
ลำดับ	หัวข้อ	ครั้งที่	ครั้งที่....	ครั้งที่....	ครั้งที่....
		.../.../..	.../.../....	.../.../...	.../.../...
1	รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า				
	0 คะแนน ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้				
	1 คะแนน ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้				
2	การล้างหน้าหิว้ม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชม.				
	0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ				
	1 คะแนน ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)				
3	ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้				
	0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้ม) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วย				
	1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้				
	2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย				
4	การใช้ห้องน้ำ				
	0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้				
	1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือบางสิ่ง				
5	การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน				
	0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้				
	1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้				
2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย					
	3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง				

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)					
ลำดับ	หัวข้อ	ครั้งที่..	ครั้งที่....	ครั้งที่.....	ครั้งที่.....
		.../.../..	.../.../..../.../...	.../.../...
6	การสวมใส่เสื้อผ้า				
	0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย				
	1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย				
	2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)				
7	การขึ้นลงบันได 1 ชั้น				
	0 คะแนน ไม่สามารถทำได้				
	1 คะแนน ต้องการคนช่วย				
	2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)				
8	การอาบน้ำ				
	0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้				
	1 คะแนน อาบน้ำได้เอง				
9	การกลั้นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา				
	0 คะแนน กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ				
	1 คะแนน กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)				
	2 คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ				
10	การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา				
	0 คะแนน กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้				
	1 คะแนน กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)				
	2 คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ				
	รวมคะแนน				
	ผู้ประเมิน				

ชื่อ-สกุลผู้เยี่ยม
(.....)

ชื่อ-สกุลผู้รับการเยี่ยม
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน.....พศ.....

รพ.สต./ PCU/รพ.....

วันที่.....เดือน.....พศ.....