

ชื่อ-สกุล นาง นงนุช ขจรจิตร วันเดือนปีเกิด 21 / 11 / 2492 อายุ 27 ปี ที่อยู่ 104 หมู่ 9  
 เลขประชาชน 2-4607 00369-1-9  ความพิการ  มีบัตรผู้พิการ ประเภท.....  ไม่มีบัตรผู้พิการ  
 โรคประจำตัว (U/D)  เบาหวาน  ความดันโลหิตสูง  ไขมันในหลอดเลือด  หลอดเลือดหัวใจ  
 หลอดเลือดสมอง  โรคอื่นๆ.....  อัมพาต  หั้งตัว  
 บางส่วน → บพ  ขวา  ซ้าย  
 → ต่าง  ขวา  ซ้าย  
 ภาวะสมอง  สมองเสื่อม  ความจำเสื่อม (Alzheimer)  โรคอื่นๆ.....  
 สัญญาณชีพ (V/S) BP = 148 / 84 P = 74 ครั้ง/นาที, อุณหภูมิ = ..... องศา C, SpO2 = 96 % P = 72  
 การประเมิน ภาวะเสี่ยง โรคซึมเศร้า 2 Q  มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า  ไม่มีมีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า อื่นๆ.....  
 ชื่อญาติ ผู้ดูแล นาง ธาตรี ขจรจิตร เบอร์โทรฯ ติดต่อ 0956757098  
 ชื่อ CG ผู้รับผิดชอบ นาง อรุณกมล พงษ์วงษ์ เบอร์โทรฯ ติดต่อ 0997407618

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
  - 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
  - 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือ ตัดเป็นเล็กลงไว้ล่วงหน้า
  - 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้ เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมง ที่ผ่านมา)
  - 0. ต้องการความช่วยเหลือ
  - 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เอง ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
  - 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือ ต้องใช้คนสองคน ช่วยกั้นยกขึ้น
  - 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก จึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือ มีทักษะ 1 คน หรือ ใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือ ดันขึ้นมา จึงจะนั่งอยู่ได้
  - 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือ ต้องมีคนดูแล เพื่อความปลอดภัย
  - 3. ทำได้เอง
4. Toilet Use (ใช้ห้องน้ำ)
  - 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
  - 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้ หลังจากเสร็จธุระ) แต่ ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
  - 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้า ได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือ บ้าน)
  - 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
  - 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเอง ให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และ จะต้องเข้า-ออก มุมห้อง หรือ ประตูได้
  - 2. เดิน หรือ เคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือ ต้องให้คนสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย
  - 3. เดิน หรือ เคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้ หรือ ได้น้อย
- 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณ ร้อยละ 50 ที่เหลือ ต้องมีคนช่วย
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม ผูกเชือก หรือ ใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- 0. ไม่สามารถทำได้
- 1. ต้องการคนช่วย
- 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือ ต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือ ใสสายสวนปัสสาวะ แต่ ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า วันละ 1 ครั้ง)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

รวม คะแนน ADL รวม = 10 คะแนน TAI = ..... กลุ่ม 2

การใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่  ใช้ ขนาดเบอร์ XL วันละ 1 ชิ้น  ไม่ใช่

จนท. บันทึกเพิ่มเติม.....

ข้อเสนอแนะ ผู้รับการเยี่ยม และญาติฯ .....  
31/10/2561

ลายมือชื่อ CG ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้มีภาวะพึ่งพิง (ลงชื่อ) .....  
(นาง ศลภภักดิ์ ทวีวัฒน์)  
วัน เดือน ปี...../...../.....

ลายมือชื่อ ผู้รับการเยี่ยม หรือ ญาติ หรือ ผู้ดูแล ผู้มีภาวะพึ่งพิง (ลงชื่อ) .....  
(นาย วิชาญ วิชาญ)  
วัน เดือน ปี...../...../.....

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน ผู้มีภาวะพึ่งพิง (ลงชื่อ) .....  
(นาง ศลภภักดิ์ ทวีวัฒน์)  
วัน เดือน ปี...../...../.....

ชื่อ-สกุล นาง นง นวลรัตน์ ..... วันเดือนปีเกิด 01 / 04 / 1986 อายุ 33 ปี ที่อยู่ หมู่ 9

เลขประชาชน 3460700364499  ความพิการ  มีบัตรผู้พิการ ประเภท.....  ไม่มีบัตรผู้พิการ

โรคประจำตัว (U/D)  เบาหวาน  ความดันโลหิตสูง  ไขมันในหลอดเลือด  หลอดเลือดหัวใจ

หลอดเลือดสมอง  โรคอื่นๆ.....  $\rightarrow$   อัมพาต  หั้งคิ้ว

บางส่วน  $\rightarrow$  บนม  ขวา  ซ้าย

$\rightarrow$  ต่าง  ขวา  ซ้าย

ภาวะสมอง  $\rightarrow$   สมองเสื่อม  ความจำเสื่อม (Alzheimer)  โรคอื่นๆ 700-

สัญญาณชีพ (V/S) BP = 114 / 88 P = 76 ครั้ง/นาที , อุณหภูมิ = ..... องศา C , SpO2 = 96 % P = 74

การประเมิน ภาวะเสี่ยง โรคซึมเศร้า 2 Q  มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า  ไม่มีมีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า อื่นๆ.....

ชื่อญาติ ผู้ดูแล นาง อัญญาพร นวลรัตน์ เบอร์โทรฯ ติดต่อ 085480 8919

ชื่อ CG ผู้รับผิดชอบ นาง นงนวลรัตน์ นวลรัตน์ เบอร์โทรฯ ติดต่อ 099740 7658

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใส่ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือ ตัดเป็นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
- 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมง ที่ผ่านมา)

- 0. ต้องการความช่วยเหลือ
- 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เอง ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

- 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือ ต้องใช้คนสองคน ช่วยกันยกขึ้น
- 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก จึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือ มีทักษะ 1 คน หรือ ใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือ ดันขึ้นมา จึงจะนั่งอยู่ได้
- 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือ ต้องมีคนดูแล เพื่อความปลอดภัย
- 3. ทำได้เอง

4. Toilet Use (ใช้ห้องน้ำ)

- 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้ หลังจากเสร็จธุระ) แต่ ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้า ได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือ บ้าน)

- 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเอง ให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และ จะต้องเข้า-ออก มุมห้อง หรือ ประตูได้
- 2. เดิน หรือ เคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือ ต้องให้คำแนะนำดูแล เพื่อความปลอดภัย
- 3. เดิน หรือ เคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้ หรือ ได้น้อย
- 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณ ร้อยละ 50 ที่เหลือ ต้องมีคนช่วย
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม ผูกเชือก หรือ ใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- 0. ไม่สามารถทำได้
- 1. ต้องการคนช่วย
- 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือ ต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือ ใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า วันละ 1 ครั้ง)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

รวม คะแนน ADL รวม = 7 คะแนน TAI = ..... กลุ่ม 2

การใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่  ใช้ ขนาดเบอร์ 4 วันละ 2 ชิ้น  ไม่ใช่

จนท. บันทึกเพิ่มเติม.....

ข้อเสนอแนะ ผู้รับการเยี่ยม และญาติ.....

ลายมือชื่อ CG ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้มีภาวะพึ่งพิง

(ลงชื่อ) .....  
(นาง สมทิพย์ วัฒน)

วัน เดือน ปี...../...../.....

ลายมือชื่อ ผู้รับการเยี่ยม หรือ ญาติ หรือ ผู้ดูแล ผู้มีภาวะพึ่งพิง (ลงชื่อ).....

.....  
(.....)

วัน เดือน ปี...../...../.....

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน ผู้มีภาวะพึ่งพิง

(ลงชื่อ) .....  
(.....)

วัน เดือน ปี...../...../.....

ชื่อ-สกุล นางสาว อังพอง จันท ..... วันเดือนปีเกิด ๕ / ๕ / ๒๕๒๕ อายุ ๘๕ ปี ที่อยู่ หมู่ ๙  
เลขประชาชน ๘๖๐๐๑๐๐๖๓๖๗๘๘  ความพิการ  มีบัตรผู้พิการ ประเภท ตาบอด  ไม่มีบัตรผู้พิการ

โรคประจำตัว (U/D)  เบาหวาน  ความดันโลหิตสูง  ไชมันในหลอดเลือด  หลอดเลือดหัวใจ  
 หลอดเลือดสมอง  โรคอื่นๆ..... →  อัมพาต  หั้งคิ้ว

บางส่วน → บน  ขวา  ซ้าย  
→ ล่าง  ขวา  ซ้าย

ภาวะสมอง →  สมองเสื่อม  ความจำเสื่อม (Alzheimer)  โรคอื่นๆ.....

สัญญาณชีพ (V/S) BP = 149 / 80 P = ๗๔ ครั้ง/นาที, อุณหภูมิ = ๓๕ องศา C, SpO2 = ๙๖ % P = ๘๕

การประเมิน ภาวะเสี่ยง โรคซึมเศร้า 2 Q  มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า  ไม่มีมีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า อื่นๆ.....

ชื่อญาติ ผู้ดูแล นาง อังพอง จันท ..... เบอร์โทรฯ ติดต่อ.....  
ชื่อ CG ผู้รับผิดชอบ นาง อังพอง จันท ..... เบอร์โทรฯ ติดต่อ ๐๙๙๕๒๐๗๖๕๘

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
  - 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
  - 1. ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือ ตัดเป็นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
  - 2. ดักอาหารและช่วยตัวเองได้ เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมง ที่ผ่านมา)
  - 0. ต้องการความช่วยเหลือ
  - 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เอง ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
  - 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือ ต้องใช้คนสองคน ช่วยกันยกขึ้น
  - 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก จึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือ มีทักษะ 1 คน หรือ ใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือ ดันขึ้นมา จึงจะนั่งอยู่ได้
  - 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือ ต้องมีคนดูแล เพื่อความปลอดภัย
  - 3. ทำได้เอง
4. Toilet Use (ใช้ห้องน้ำ)
  - 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
  - 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้ หลังจากเสร็จธุระ) แต่ ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
  - 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้า ได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือ บ้าน)
  - 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
  - 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเอง ให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และ จะต้องเข้า-ออก มุมห้อง หรือ ประตูได้
  - 2. เดิน หรือ เคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือ ต้องให้ความสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย
  - 3. เดิน หรือ เคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้ หรือ ได้น้อย
- 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณ ร้อยละ 50 ที่เหลือ ต้องมีคนช่วย
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม ผูกเชือก หรือ ใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- 0. ไม่สามารถทำได้
- 1. ต้องการคนช่วย
- 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือ ต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือ ใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า วันละ 1 ครั้ง)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

รวม คะแนน ADL รวม = 5 คะแนน TAI = 2 กลุ่ม 2

การใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่  ใช้ ขนาดเบอร์ L วันละ 2 ชิ้น  ไม่ใช้

จนท. บันทึกเพิ่มเติม ผู้ป่วย ปฐมพยาบาล ทั้งชาย จาก ทุพพลภาพ

ขอ. ยาลดปวด ต้องใช้ยา พาราเซตามอล

ข้อเสนอแนะ ผู้รับการเยี่ยม และญาติฯ ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด

ลายมือชื่อ CG ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้มีภาวะพึ่งพิง

(ลงชื่อ) สมศักดิ์ (ภจ) สมศักดิ์ วัฒนวิทย์

วัน เดือน ปี / /

ลายมือชื่อ ผู้รับการเยี่ยม หรือ ญาติ หรือ ผู้ดูแล ผู้มีภาวะพึ่งพิง (ลงชื่อ)

วราพร (ภจ) วราพร วิจิตรอนันต์

วัน เดือน ปี / /

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน ผู้มีภาวะพึ่งพิง

(ลงชื่อ) (นาง) สันติยา ใสแก้ว

วัน เดือน ปี / /

ชื่อ-สกุล นาง ทอวไลย์ ทน=2/พร วันเดือนปีเกิด...../...../ 2496 อายุ 79 ปี ที่อยู่ 88 หมู่ 9  
 เลขประชาชน 346700966263  ความพิการ  มีบัตรผู้พิการ ประเภท.....  ไม่มีบัตรผู้พิการ  
 โรคประจำตัว (U/D)  เบาหวาน  ความดันโลหิตสูง  ไชมันในหลอดเลือด  หลอดเลือดหัวใจ  
 หลอดเลือดสมอง  โรคอื่นๆ.....  อัมพาต  ทั้งตัว  
 บางส่วน → บนม  ขวา  ซ้าย  
 → ต่าง  ขวา  ซ้าย  
 ภาวะสมอง  สมองเสื่อม  ความจำเสื่อม (Alzheimer)  โรคอื่นๆ.....  
 สัญญาณชีพ (V/S) BP = 108/50 P = 76 ครั้ง/นาที, อุณหภูมิ = ..... องศา C, SpO2 = 96 % P = 94  
 การประเมิน ภาวะเสี่ยง โรคซึมเศร้า 2 Q  มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า  ไม่มีมีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า อื่นๆ.....  
 ชื่อญาติ ผู้ดูแล นาย 252 มช อู่บ้าน เบอร์โทรฯ ติดต่อ.....  
 ชื่อ CG ผู้รับผิดชอบ นาง อมกต ทน=2/พร เบอร์โทรฯ ติดต่อ 0997407658

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
  - 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
  - 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือ ดัดเป็นสีกๆ ไว้ล่วงหน้า
  - 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า ทวี้ม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมง ที่ผ่านมา)
  - 0. ต้องการความช่วยเหลือ
  - 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เอง ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
  - 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือ ต้องใช้คนสองคน ช่วยกันยกขึ้น
  - 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก จึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือ มีทักษะ 1 คน หรือ ใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือ ดันขึ้นมา จึงจะนั่งอยู่ได้
  - 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำทม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือ ต้องมีคนดูแล เพื่อความปลอดภัย
  - 3. ทำได้เอง
4. Toilet Use (ใช้ห้องน้ำ)
  - 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
  - 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้ หลังจากเสร็จธุระ) แต่ ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
  - 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้า ได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือ บ้าน)
  - 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
  - 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเอง ให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และ จะต้องเข้า-ออก มุมห้อง หรือ ประตูได้
  - 2. เดิน หรือ เคลื่อนที่ได้โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำทม หรือ ต้องให้คนสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย
  - 3. เดิน หรือ เคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้ หรือ ได้น้อย
- 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณ ร้อยละ 50 ที่เหลือ ต้องมีคนช่วย
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม ผูกเชือก หรือ ใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- 0. ไม่สามารถทำได้
- 1. ต้องการคนช่วย
- 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือ ต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือ ใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า วันละ 1 ครั้ง)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

รวม คะแนน ADL รวม = 19 คะแนน TAI = ..... กลุ่ม 1

การใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่  ใช้ ขนาดเบอร์.....วันละ.....ชิ้น  ไม่ใช้

จนท. บันทึกเพิ่มเติม 2/26/25

ข้อเสนอแนะ ผู้รับการเยี่ยม และญาติฯ 2/26/25 ปรึกษาทางไกล โทร 1669  
รพ.วิภาวดีรังสิต จิตเวช รพ.วิภาวดี รพ.จิตเวช

ลายมือชื่อ CG ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้มีภาวะพึ่งพิง

(ลงชื่อ) กษณภัทรา  
(นาง กษณภัทรา กษณภัทรา)

วัน เดือน ปี...../...../.....

ลายมือชื่อ ผู้รับการเยี่ยม หรือ ญาติ หรือ ผู้ดูแล ผู้มีภาวะพึ่งพิง (ลงชื่อ) 2/26/25

(นาย ประทีป งาม)

วัน เดือน ปี...../...../.....

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน ผู้มีภาวะพึ่งพิง

(ลงชื่อ) 2/26/25  
(นางสาวกัญญา งาม)

วัน เดือน ปี...../...../.....