ชื่อ-สกุล นาย บุญธรรม ยาสิงลอง วันเดือนปีเกิด 21/11/2492 อายุ 69 ปี ที่อยู่ 104 หมู่ 4
เลขประชาชน 3460700368419 ☐ความพิการ ☑มีบัตรผู้พิการ ประเภท.....☐ไม่มีบัตรผู้พิการ
โรคประจำตัว (U/D) ☐เบาหวาน ☑ความดันโลหิตสูง ☐ไขมันในหลอดเลือด ☐หลอดเลือดหัวใจ
☐หลอดเลือดสมอง ☐โรคอื่นๆ..... ➡ ☐อัมพาต ☐ทั้งตัว
☐บางส่วน → ○บน ○ขวา ○ซ้าย
→ ○ล่าง ○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.....
ชื่อ ญาติ ผู้ดูแล นาย ชาติ ยาสิงลอง .....เบอร์โทรฯ ติดต่อ 0956757094
ชื่อ CG ผู้รับผิดชอบฯ นาง สมจักดี หัวสวน .....เบอร์โทรฯ ติดต่อ 0997407618

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
   - ☐0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
   - ☑1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือ ตัดเป็นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
   - ☐2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม 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 หรือใช้คนทั่วไป 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 หรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย 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 รูดซิบ 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 (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา)
- ☐0. กลั้นไม่ได้ หรือ ต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ☑1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)
- ☐2. กลั้นได้เป็นปกติ

10.Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา)
- ☐0. กลั้นไม่ได้ หรือ ใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ ไม่สามารถดูแลเองได้
- ☑1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า วันละ 1 ครั้ง)
- ☐2. กลั้นได้เป็นปกติ

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

การใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ☑ใช้ ขนาดเบอร์ XL วันละ 1 ชิ้น ☐ไม่ใช้

จนท. บันทึกเพิ่มเติม.....

.....

ข้อเสนอแนะ ผู้รับการเยี่ยม และญาติฯ เทคนิคการป้องกันแผลกดทับ

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

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

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน ผู้มีภาวะพึ่งพิง (ลงชื่อ).....
(.....)
วัน เดือน ปี...../...../.....

ชื่อ-สกุล นาง ดอง พรมมา วันเดือนปีเกิด 01/04/2486 อายุ 83 ปี ที่อยู่ 62 หมู่ 9
เลขประชาชน 3460700364499 ☐ความพิการ ☑มีบัตรผู้พิการ ประเภท..... ☐ไม่มีบัตรผู้พิการ
โรคประจำตัว (U/D) ☑เบาหวาน ☐ความดันโลหิตสูง ☑ไขมันในหลอดเลือด ☐หลอดเลือดหัวใจ
☐หลอดเลือดสมอง ☐โรคอื่นๆ..... ➡ ☐อัมพาต ☐ทั้งตัว
☐บางส่วน → บน ○ขวา ○ซ้าย
→ ล่าง ○ขวา ○ซ้าย
☐ภาวะสมอง ➡ ○สมองเสื่อม ○ความจำเสื่อม (Alzheimer) ☐โรคอื่นๆ ไม่มี
สัญญาณชีพ (V/S) BP = 144/88 P = 76 ครั้ง/นาที , อุณหภูมิ = ...องศา C , SpO2 = 96 % P = 74
การประเมิน ภาวะเสี่ยง โรคซึมเศร้า 2 Q ☐มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ☑ไม่มีมีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า อื่นๆ.....
ชื่อ ญาติ ผู้ดูแล นาย ธนวัฒน์ พรมมา เบอร์โทรฯ ติดต่อ 0854808919
ชื่อ CG ผู้รับผิดชอบฯ นาง สมจิตต์ -ไม่มีบัตร เบอร์โทรฯ ติดต่อ 0997407658

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
   - ☐0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
   - ☑1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือ ตัดเป็นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
   - ☐2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม 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 หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือ ดันขึ้นมา จึงจะนั่งอยู่ได้
   - ☐2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือ ต้องมีคนดูแล เพื่อความปลอดภัย
   - ☐3. ทำได้เอง

4. Toilet Use (ใช้ห้องน้ำ)
   - ☐0. ช่วยตัวเองไม่ได้
   - ☑1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้ หลังจากเสร็จอุจระ) แต่ ต้องการความช่วยเหลือ ในบางสิ่ง
   - ☐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 หรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย 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 รูดซิบ 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 (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา)
- ☑0. กลั้นไม่ได้ หรือ ต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ☐1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)
- ☐2. กลั้นได้เป็นปกติ

10.Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา)
- ☑0. กลั้นไม่ได้ หรือ ใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ ไม่สามารถดูแลเองได้
- ☐1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า วันละ 1 ครั้ง)
- ☐2. กลั้นได้เป็นปกติ

รวม คะแนน ADL รวม = 4 คะแนน TAI =..... กลุ่ม 2

การใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ☑ใช้ ขนาดเบอร์ L วันละ 2 ชิ้น ☐ไม่ใช้

จนท. บันทึกเพิ่มเติม.....

.....

ข้อเสนอแนะ ผู้รับการเยี่ยม และญาติฯ.....

.....

ลายมือชื่อ CG ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้มีภาวะพึ่งพิง (ลงชื่อ).....
(นาง สมทิวา ชัยเสน)

วัน เดือน ปี...../...../.....

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

วัน เดือน ปี...../...../.....

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน ผู้มีภาวะพึ่งพิง (ลงชื่อ).....
(น.ส. ลัดดาวัลย์ สายบัว)

วัน เดือน ปี...../...../.....

ชื่อ-สกุล นาง สาว สำเนียง สันทัด วัน เดือน ปีเกิด 1 / 1 / 2484 อายุ 85 ปี ที่อยู่ 224 หมู่ 9
เลขประชาชน 3600100636739 ☐ ความพิการ ☑ มีบัตรผู้พิการ ประเภท ทางการเคลื่อนไหว ☐ ไม่มีบัตรผู้พิการ
โรคประจำตัว (U/D) ☐ เบาหวาน ☑ ความดันโลหิตสูง ☐ ไขมันในหลอดเลือด ☐ หลอดเลือดหัวใจ
☐ หลอดเลือดสมอง ☐ โรคอื่นๆ..... ➡ ☐ อัมพาต ☐ ทั้งตัว
☐ บางส่วน → ○ บน ○ ขวา ○ ซ้าย
→ ○ ล่าง ○ ขวา ○ ซ้าย
☐ ภาวะสมอง ➡ ○ สมองเสื่อม ○ ความจำเสื่อม (Alzheimer) ☐ โรคอื่นๆ.....
สัญญาณชีพ (V/S) BP = 149 / 80 P = 74 ครั้ง/นาที , อุณหภูมิ = 32 องศา C , SpO2 = 96 % P = 82
การประเมิน ภาวะเสี่ยง โรคซึมเศร้า 2 Q ☐ มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ☑ ไม่มีมีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า อื่นๆ.....
ชื่อ ญาติ ผู้ดูแล นาง ลาวัณ อันทาลัย เบอร์โทรฯ ติดต่อ.....
ชื่อ CG ผู้รับผิดชอบฯ นาง สมรักษ์ สงวนพันธ์ เบอร์โทรฯ ติดต่อ 0997407658

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
   - ☐ 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
   - ☑ 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือ ตัดเป็นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
   - ☐ 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม 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 หรือใช้คนทั่วไป 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 หรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย 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 รูดซิบ 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 (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา)
- ☑0. กลั้นไม่ได้ หรือ ต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ☐1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)
- ☐2. กลั้นได้เป็นปกติ

10.Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา)
- ☑0. กลั้นไม่ได้ หรือ ใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ ไม่สามารถดูแลเองได้
- ☐1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า วันละ 1 ครั้ง)
- ☐2. กลั้นได้เป็นปกติ

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

การใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ☑ใช้ ขนาดเบอร์ L วันละ 2 ชิ้น ☐ไม่ใช้

จนท. บันทึกเพิ่มเติม ผู้ป่วย ฟกช ถลอก ข้างซ้าย ขาด ขาข้างซ้าย
บวม. ขาดสิ่ง ต้องใช้ยา ทาร่อย

ข้อเสนอแนะ ผู้รับการเยี่ยม และญาติฯ ต้องการผ้าอ้อมเพิ่ม.

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

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

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน ผู้มีภาวะพึ่งพิง (ลงชื่อ) .....
(พ.ต. .....)
วัน เดือน ปี...../...../.....

ชื่อ-สกุล นาง ทองไสย พละบุตร วันเดือนปีเกิด ../../2496 อายุ 72 ปี ที่อยู่ 88 หมู่ 9
เลขประชาชน 3460700366263 ☐ความพิการ ☑มีบัตรผู้พิการ ประเภท ทางกาย ☐ไม่มีบัตรผู้พิการ
โรคประจำตัว (U/D) ☐เบาหวาน ☐ความดันโลหิตสูง ☐ไขมันในหลอดเลือด ☐หลอดเลือดหัวใจ
☐หลอดเลือดสมอง ☐โรคอื่นๆ ฟกบริเวณลำตัว ➡ ☐อัมพาต ☐ทั้งตัว
☐บางส่วน → ○บน ○ขวา ○ซ้าย
→ ○ล่าง ○ขวา ○ซ้าย
☐ภาวะสมอง ➡ ○สมองเสื่อม ○ความจำเสื่อม (Alzheimer) ☐โรคอื่นๆ.....
สัญญาณชีพ (V/S) BP = 108/80 P = 76 ครั้ง/นาที , อุณหภูมิ = ...องศา C , SpO2 = 96 % P = 74
การประเมิน ภาวะเสี่ยง โรคซึมเศร้า 2 Q ☐มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ☐ไม่มีมีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า อื่นๆ.....
ชื่อ ญาติ ผู้ดูแล นาย ประทาย ศุภวัฒน์ เบอร์โทรฯ ติดต่อ.....
ชื่อ CG ผู้รับผิดชอบฯ นาง สมภักดี ทองไสย เบอร์โทรฯ ติดต่อ 0997407658

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
   - ☐0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
   - ☐1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือ ตัดเป็นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
   - ☑2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม 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 หรือใช้คนทั่วไป 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 หรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย 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 รูดซิบ 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 (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา)
- ☐0. กลั้นไม่ได้ หรือ ต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ☑1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)
- ☐2. กลั้นได้เป็นปกติ

10.Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา)
- ☐0. กลั้นไม่ได้ หรือ ใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ ไม่สามารถดูแลเองได้
- ☑1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า วันละ 1 ครั้ง)
- ☐2. กลั้นได้เป็นปกติ

รวม คะแนน ADL รวม = 14 คะแนน TAI =..... กลุ่ม 1

การใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ☐ใช้ ขนาดเบอร์.....วันละ.....ชิ้น ☑ไม่ใช้

จนท. บันทึกเพิ่มเติม ปกติ

ข้อเสนอแนะ ผู้รับการเยี่ยม และญาติฯ ปกติ ขับถ่ายปกติ ควรมีการ
ปรับประพฤติกรรม ดื่มน้ำ ให้มากขึ้น

ลายมือชื่อ CG ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้มีภาวะพึ่งพิง (ลงชื่อ).....
(นาง ลัดดาวัลย์ ปรีมาโพ)
วัน เดือน ปี...../...../.....

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

ลายมือชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน ผู้มีภาวะพึ่งพิง (ลงชื่อ).....
(พยาบาลวิชาชีพ ปฏิมา)
วัน เดือน ปี...../...../.....