



ที่ อบ ๐๑๓๓ / ๓๑

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี
ถนนศรีณรงค์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี ๓๔๐๐๐

๑๓ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง การดำเนินงานตามนโยบายของขวัญปีใหม่สำหรับผู้สูงอายุ " ปี ๒๕๖๖ ปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย "

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง/PCU รพ.๕๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ

อ้างถึง หนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่ อบ ๐๑๓๓.๐๐๓/ว ๓๘๑ ลงวันที่ ๑๑

มกราคม ๒๕๖๖

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสรุปผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน ๑ ฉบับ

๒. แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ประกาศให้ปี ๒๕๖๖ เป็นปีแห่ง "สุขภาพสูงวัยไทย" เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง พร้อมมอบบริการและวัสดุอุปกรณ์เพื่อการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เป็นของขวัญปีใหม่ตลอดปี ๒๕๖๖ ประกอบด้วย การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ การมอบวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีเจ้าหน้าที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการส่งมอบของขวัญปีใหม่ สำหรับผู้สูงอายุทั่วประเทศ ซึ่งคณะทำงานมอบของขวัญผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีมีมติกำหนดให้จัดกิจกรรมสัปดาห์รณรงค์ตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในระหว่างวันที่ ๑๖ - ๒๒ มกราคม ๒๕๖๖ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จึงขอความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในหน่วยงานของท่านดำเนินกิจกรรมตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในระหว่างวันที่ ๑๖ - ๒๒ มกราคม ๒๕๖๖ ดังต่อไปนี้

๑. มอบหมายดำเนินการคัดกรองความถดถอย ๙ ด้าน ของผู้สูงอายุ ดำเนินการในพื้นที่ "ถึงที่ถึงบ้าน" พร้อมสรุปจำนวนการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและภาพกิจกรรม
๒. ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค ส่งตรวจรักษาต่อในคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พร้อมทั้งบันทึกผลการคัดกรองในระบบรายงาน
๓. ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ เพื่อการใช้ชีวิต เช่น แว่นสายตาและผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ดำเนินการขอรับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอุทัย นิปีการสุนทร)

สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี



ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ/เวชปฏิบัติครอบครัว

โทร ๐๔๕-๒๔๒-๗๘๑ โทรสาร ๐๔๕ -๒๔๔-๘๓๐

ผู้ประสานงาน นางสาวกนกวรรณ ลอยนวล โทร. ๐๘๕-๒๗๙-๗๗๑๕

QR Code แบบฟอร์มสรุปผล



สำหรับ รพ.สต.: แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening: BGS) ปี 2564

❖ **ข้อมูลทั่วไป** ชื่อ-สกุล..... ว.ด.ป.เกิด.....อายุ.....ปี เพศ.....
 ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

1. โรคความดันโลหิตสูง

วัดความดันโลหิต: ระดับความดันโลหิตตัวบน/ซิสโตลิก (SBP) เท่ากับมม.ปรอท / ระดับความดันโลหิตตัวล่าง/ไดแอสโตลิก (DBP) เท่ากับ.....มม.ปรอท
การพิจารณา: มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ≥ 90 มม.ปรอท

2. โรคเบาหวาน

การตรวจระดับพลาสมาไกลูโคส (FPG) มก.ดล.
การพิจารณา: ผลการตรวจเลือดโดยการตรวจวัดพลาสมาไกลูโคสขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG) FPG ≥ 126 มก./ดล. แสดงว่า เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

3. การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Thai CVD risk

3.1 กรณี "มี" การตรวจหาระดับโคเลสเตอรอลในเลือดให้เลือกช่วงค่าคอเลสเตอรอล

- ระดับ <160-199 มล./ดล. เลือกช่วง 160
- ระดับ 200-239 มล./ดล. เลือกช่วง 200
- ระดับ 240-279 มล./ดล. เลือกช่วง 240
- ระดับ 280-319 มล./ดล. เลือกช่วง 280
- ระดับ ≥320 มล./ดล. เลือกช่วง 320

3.5 ช่วงอายุ

- อายุ <40-49 ปี เลือกช่วง 40 อายุ 50-54 ปี เลือกช่วง 50
- อายุ 55-59 ปี เลือกช่วง 55 อายุ 60-64 ปี เลือกช่วง 60
- อายุ ≥65 ปี เลือกช่วง 65

3.6 เลือกค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP)

จากการวัด 2 ครั้ง 2 ช่วงเวลาห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์

- SBP <120-139 มม.ปรอท เลือกช่วง 120
- SBP 140-159 มม.ปรอท เลือกช่วง 140
- SBP 160-179 มม.ปรอท เลือกช่วง 160
- SBP ≥180 มม.ปรอท เลือกช่วง 180

3.7 ค่ารอบเอว:ซม. ส่วนสูง..... ซม.

- น้อยกว่าส่วนสูงหาร 2 มากกว่าส่วนสูงหาร 2

3.2 เป็นโรคเบาหวานหรือไม่ เป็น ไม่เป็น

3.3 เพศ ชาย หญิง

3.4 สูบบุหรี่หรือไม่

(สูบบุหรี่ หมายถึง ปัจจุบันยังคงสูบหรือหยุดสูบไม่เกิน 1 ปีก่อนการประเมิน)

- สูบ ไม่สูบ

4. การทดสอบการได้ยิน ด้วยการถูนิ้ว (Finger rub test)

ผู้ชาย ได้ยิน ไม่ได้ยิน ผู้ชาย ได้ยิน ไม่ได้ยิน

5. การประเมินช่องปากผู้สูงอายุสำหรับ รพ.สต.

5.1 ปัญหาการเคี้ยวอาหาร

- 5.1.1 มีฟันผุ รากฟันผุที่ไม่สามารถป้องกันหรือให้บริการได้ หรือไม่ มี ไม่มี
- 5.1.2 มีเหงือกบวม ฝึ้นหนอง ฟันโยก หรือไม่ มี ไม่มี
- 5.1.3 จำนวนฟันแท้มีน้อยกว่าเกณฑ์ (อย่างน้อย 20 ซี่หรือ 4 คู่สบ) หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

5.2 ปัญหาเนื้อเยื่อช่องปาก: มีก้อน รอยแดงรอยขาว แผลเรื้อรัง นานกว่า 2 สัปดาห์ หรือไม่ มี ไม่มี

5.3 ปัญหาปากแห้ง น้ำลายแห้ง: ต้องดื่มน้ำตามเพื่อช่วยกลืนบ่อยครั้ง/ มีอาการลิ้นแห้งติดเพดานบ่อยหรือไม่ มี ไม่มี

5.4 สภาพช่องปาก (Oral Hygiene) สะอาด หรือไม่ สะอาด ไม่สะอาด

6. สุขภาพทางตา: การคัดกรองสุขภาพตา

	ไม่ใช่	ใช่	ระบุตา	การพิจารณา:
1. นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง (คัดกรองสายตาระยะไกล)				ตอบว่า ใช่ จำนวน.....ข้อ
2. อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่ง ในระยะ 1 ฟุต ไม่ได้ (ประเมินสายตาระยะใกล้)				<input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา (ตอบ "ไม่ใช่" ทุกข้อ)
3. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า ตามัวคล้ายมีหมอกบัง (คัดกรองความเสี่ยงต่อกระจก)			<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	<input type="checkbox"/> มีปัญหา (ตอบว่า ใช่ ข้อใดข้อหนึ่ง
4. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า มองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้าง หรือมักเดินชนประตู			<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	แสดงว่า มีปัญหาการมองเห็น ให้ทำ
5. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า มองเห็นจุดดำกลางภาพหรือเห็นภาพบิดเบี้ยว (คัดกรองความเสี่ยงโรคจอตาเสื่อมจากอายุ)			<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	Snellen Chart และ ส่งต่อแพทย์เพื่อ
				วินิจฉัยและรักษา)

7. การคัดกรองกระดูกพรุน ด้วยเครื่องมือ OSTA index

อายุ.....ปี
 น้ำหนักตัวกิโลกรัม
 สูตรการคำนวณ : 0.2 x (น้ำหนักตัว - อายุ) =

การแปลผล คะแนน OSTA index:

- น้อยกว่า -4 : ความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน สูง
- 4 - -1 : ความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน ปานกลาง
- มากกว่า -1 : ความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน ต่ำ



สำหรับ รพ.สต.: แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening: BGS) ปี 2564

8. การคัดกรองข้อเข่าเสื่อม : ข้อคำถาม: ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าหรือไม่?

- ไม่ปวดเข่า (ปกติ)
- ปวดเข่า (มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม) แนะนำและควรส่งต่อเพื่อประเมินข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก

9. การคัดกรองสมรรถภาพสมอง ด้วย Mini-Cog

1. Three Word Registration ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้ตั้งใจฟังดีๆเดี๋ยวจะบอกคำ 3 คำ เมื่อพูดจบแล้วให้พูดตามและจำไว้ เดี่ยวจะกลับมาถามซ้ำ”

(คำแนะนำ: 1.ขณะทำการทดสอบควรอยู่ในที่เงียบสงบ 2. ป้องกันไม่ให้ผู้ถูกทดสอบรายต่อไปได้ยิน)

1. หลานสาว 2. สวรรค์ 3. ภูเขา

2. Clock Drawing ให้ผู้ถูกทดสอบวาดรูปนาฬิกาโดยใส่ตัวเลขและเข็มนาฬิกาที่เวลา 11.10 น. (2 คะแนน)

การพิจารณา: ผู้ถูกทดสอบต้องสามารถเขียนเลขในหน้าปัดถูกต้อง และ วาดตำแหน่งเข็มนาฬิกาถูกต้อง
(ทำได้ทั้งสองอย่าง = 2 คะแนน/ ทำไม่ได้ทั้งสองอย่างหรือทำได้อย่างใดอย่างหนึ่ง = 0 คะแนน)
ตอบ ทำได้.....คะแนน

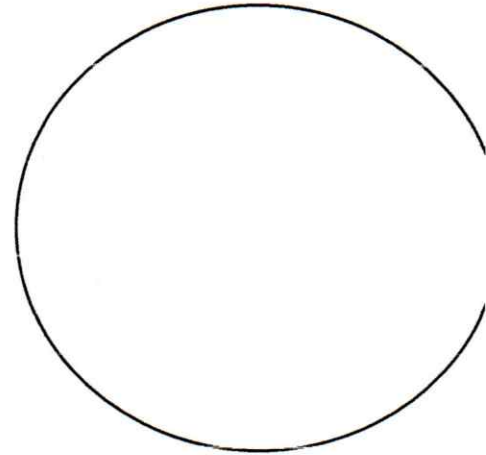
3. Three Word Recall (คำละ 1 คะแนน รวม 3 คะแนน) ให้ผู้ถูกทดสอบบอกคำ 3 คำที่ให้จำเมื่อสักครู่ ว่ามีอะไรบ้าง

- หลานสาว สวรรค์ ภูเขา สามารถตอบได้.....คะแนน

รวมคะแนนข้อ 2 - 3คะแนน

เกณฑ์การประเมิน: คะแนนเต็ม 5 คะแนน

- 4 คะแนนขึ้นไป ถือว่า ภาวะทางการรู้คิด ปกติ
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน ถือว่า มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive Impairment) ประเมินด้วย MMSE/ TMSE ต่อในระดับ รพช. ขึ้นไป



10. การคัดกรองภาวะซึมเศร้า

10.1 การคัดกรองโรคซึมเศร้า : 2 คำถาม (2Q)

ไม่มี

มี

การพิจารณา: ตอบว่า “มี” จำนวน.....ข้อ

- 1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาในวันที่ ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่
- 2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่

- ปกติ (ไม่มีทั้ง 2 ข้อ)
- มีความเสี่ยง (มีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ) ทำ 9Q ต่อ

10.2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) (ประเมินต่อกรณีที่คัดกรอง 2Q แล้วมีผล “เสี่ยง”)

คำถาม	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน)	เป็นทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยาก หรือ หลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3

รวม.....คะแนน

เกณฑ์การประเมิน (คะแนนเต็ม 27 คะแนน)

- น้อยกว่า 7 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศรียระดับน้อยมาก
- 7 - 12 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศรียระดับน้อยมาก
- 13 - 18 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศรียระดับน้อยมาก
- มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศรียระดับน้อยมาก



สำหรับ รพ.สต.: แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening: BGS) ปี 2564

10.3 การประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ประเมินครั้งแรกต้องถามให้ครบทั้ง 8 ข้อ ครั้งต่อไปถามเฉพาะข้อ 1-7 เท่านั้นเพื่อตัดข้อประวัติการฆ่าตัวตายในตลอดชีวิตออกไปจะเห็นความเสี่ยงใน 1 เดือนเท่านั้น โดยข้อที่ 3 ต้องนำคะแนนจากการตอบมารวมกัน ถ้าหากตอบว่า "ใช่" ทั้ง 2 ข้อ จะได้คะแนนในข้อนี้ 14 คะแนน

ข้อ	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่มี	มี
1	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) ท่านสามารถ ควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือ บอกได้ไหมว่าจะไม่ทำตามความคิด	ได้	ไม่ได้
4		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้	0	9
6		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10	
8	ตลอดชีวิต ที่	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4

เกณฑ์การประเมิน

- 0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
- 1-8 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย
- 9-16 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันปานกลาง
- ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรงให้ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ด่วน

รวม.....คะแนน

11. การคัดกรองภาวะหกล้ม:

11.1 ประวัติการหกล้ม: คำถาม: ใน 6 เดือนที่ผ่านมา เคยหกล้มหรือไม่ เคยหกล้ม ไม่เคยหกล้ม

11.2 (Time up and Go Test) TUGT วางเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนที่จุดตั้งต้น วัดระยะทาง 3 เมตร ทำเครื่องหมายบนพื้น บอกให้ผู้สูงอายุทราบว่ามีเมื่อเริ่มจับเวลาให้ลุกขึ้นจากเก้าอี้แล้วเดินเป็นเส้นตรงด้วยความเร็วปกติ (สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ประจำได้) เมื่อเดินถึงระยะทางที่กำหนดให้หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม
 ผล: จับเวลาได้นาที่วินาที เดินไม่ได้ ปกติ มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม แนะนำการป้องกันการหกล้มและส่งต่อเพื่อวินิจฉัย
 การพิจารณา : ใช้เวลาเดินตั้งแต่ 12 วินาที ขึ้นไป แสดงว่า มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม ให้คัดกรองปัจจัยเสี่ยงหกล้มต่อไป

12. การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ:

คำถาม: "ผู้สูงอายุมีภาวะ ปัสสาวะเล็ด หรือ ปัสสาวะรดก จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน"

ไม่มี มี ให้คำแนะนำและควรส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อรักษา

13. คัดกรองภาวะขาดสารอาหาร Mini Nutritional Assessment: MNA (Short Form)

การคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

- ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา รับประทานอาหารได้น้อยลงเนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืนหรือไม่
 - ① รับประทานอาหารน้อยลงอย่างมาก ① รับประทานอาหารน้อยลงปานกลาง
 - ② การรับประทานอาหารไม่เปลี่ยนแปลง
- ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงหรือไม่
 - ① น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม ① ไม่ทราบ
 - ② น้ำหนักลดลงระหว่าง 1-3 กิโลกรัม ③ น้ำหนักไม่ลดลง
- สามารถเคลื่อนไหวได้เองหรือไม่
 - ① นอนบนเตียงหรือต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา
 - ① ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้างแต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง
 - ② เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ
- ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเฉียบพลันหรือไม่
 - ① มี ② ไม่มี

- มีปัญหาทางจิตประสาท (Neuropsychological problems) หรือไม่
 - ① ความจำเสื่อมหรือซึมเศร้าอย่างรุนแรง ① ความจำเสื่อมเล็กน้อย
 - ② ไม่มีปัญหาทางประสาท
- ดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนักตัว (กก.) / [ส่วนสูง (ม.)²]
 - ① BMI น้อยกว่า 19 ① BMI ตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21
 - ② BMI ตั้งแต่ 21 แต่น้อยกว่า 23 ③ BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป
 หากไม่สามารถหาค่าดัชนีมวลกายได้ให้เปลี่ยนคำถามข้อ 6 เป็น 7
- เส้นรอบวงน่อง (Calf circumference; CC) หน่วยเป็นเซนติเมตร
 - ① CC น้อยกว่า 31 ③ CC ตั้งแต่ 31 ขึ้นไป

คะแนนรวม.....คะแนน

เกณฑ์การประเมิน: คะแนนเต็ม 14 คะแนน

- 12-14 คะแนน โภชนาการปกติ
- 8-11 คะแนน เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร
- 0-7 คะแนน ขาดสารอาหาร

หมายเหตุ: หากคะแนนรวม น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 ให้ประเมินต่อด้วย แบบ MN Full form (ระดับ รพช. ขึ้นไป)



สำหรับ รพ.สต.: แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening: BGS) ปี 2564

14. การประเมินปัญหาการนอน

คำถามที่ 1. ท่าน(ผู้สูงอายุ) มีปัญหาการนอนหลับหรือไม่

- ไม่มี มีปัญหา ได้แก่ นอนไม่หลับ นอนมากไป นอนกรน นอนละเมอ อื่นๆระบุ.....

ระยะเวลาที่มีปัญหาการนอนหลับปีเดือนวัน โดยเฉลี่ย ท่าน(ผู้สูงอายุ) หลับได้คืนละชั่วโมง

คำถามที่ 2. ท่าน (ผู้สูงอายุ) มีอาการง่วง อ่อนเพลีย ตอนกลางวันหรือไม่

- ไม่มี มีปัญหา

*การพิจารณา : ถ้าตอบ "มีปัญหา" ข้อใดข้อหนึ่ง ควรส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อขึ้นชั้นผลและทำการรักษา

15. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL)

รายการประเมิน	ผล / (คะแนน)		
1.กินอาหาร เมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้ต่อหน้า	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (2)	<input type="checkbox"/> ทำเองได้บ้างแต่ต้องมีคนช่วย (1)	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ (0)
2.ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (1-2วัน ที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (1)	<input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลือ (0)	
3.ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก (1)	<input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (2) <input type="checkbox"/> เดินได้เอง (3)
4.การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม	<input type="checkbox"/> ช่วยตัวเองไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> ทำเองได้บ้าง (1)	<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (2)
5.การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	<input type="checkbox"/> เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> ต้องใช้รถเข็นแต่ไม่ต้องช่วย(1)	<input type="checkbox"/> เดินได้ต้องมีคนช่วยพยุง (2) <input type="checkbox"/> เดินได้เอง (3)
6.การสวมใส่เสื้อผ้า	<input type="checkbox"/> ต้องมีคนสวมใส่ให้ (0)	<input type="checkbox"/> ช่วยตัวเองได้ประมาณครึ่งหนึ่งที่เหลือต้องช่วย(1)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (2)
7.การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำได้ (0)	<input type="checkbox"/> ต้องการคนช่วย (1)	<input type="checkbox"/> ขึ้นลงได้เองถ้าใช้เครื่องช่วยจะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย (2)
8.การอาบน้ำ	<input type="checkbox"/> ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ (0)	<input type="checkbox"/> อาบน้ำเองได้ (1)	
9.การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่าน	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้บางครั้ง เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (1)	<input type="checkbox"/> กลั่นได้ปกติ (2)
10.การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่าน	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้บางครั้ง เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง (1)	<input type="checkbox"/> กลั่นได้ปกติ (2)
รวม.....คะแนน	<input type="checkbox"/> กลุ่ม 1 (Independent)	<input type="checkbox"/> กลุ่ม 2 (Partial-Dependent)	<input type="checkbox"/> กลุ่ม 3 (Dependent)
/การพิจารณา:	คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน	คะแนน 5 - 11 คะแนน	คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4

วันที่บันทึก/คัดกรอง/...../.....

ชื่อ.....ผู้ทำการคัดกรอง

หน่วยงาน..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

อ้างอิงตาม คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข

โดย คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม Email: agingdms.moph@gmail.com