

## แบบประเมินเบื้องต้น

### ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

โครงการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะหกล้มกระดูกหักในผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ ๑ ปี ๒๕๖๕

คำชี้แจง :- แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุฉบับนี้ ใช้คัดกรองผู้ที่มีอายุระหว่าง ๗๐ - ต่ำกว่า ๘๐ ปีทุกคน โดยให้ ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูล/ลงข้อมูลด้วยตนเอง เพื่อต้องการข้อมูลที่ตรงกับความจริงมากที่สุด ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการวางแผนดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันภาวะหกล้มกระดูกหักในผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ ๑ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีผลประเมินพบความเสี่ยงมากกว่า ๖ ข้อขึ้นไป “จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะหกล้มกระดูกหัก” จะต้องได้รับการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองฯ โดยเจ้าหน้าที่ฯ หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอำเภอ/โรงพยาบาลจังหวัด เพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง แก้ไขปัญหาต่อไป

กรุณากรอกข้อมูลในช่องว่าง ... ให้ครบทุกข้อ .... ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด .....

- ผู้สูงอายุ กรอกข้อมูลด้วยตนเอง  ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (บุตร/หลาน/ญาติ) กรอกข้อมูลแทน  
 อสม./ผู้นำ/แกนนำสุขภาพ กรอกข้อมูลแทน  บุคคลอื่น ๆ ได้แก่.....กรอกข้อมูลแทน

ชื่อ - สกุล ผู้สูงอายุ ..... อายุ ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน.....  
อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
หมายเลขโทรศัพท์ (หรือกรอกหมายเลขมือถือบุคคลใกล้ชิดที่สามารถติดต่อได้) .....

ในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา ท่านผู้สูงอายุ มีเหตุการณ์ใดใน ๑๐ ข้อด้านล่างนี้ ...

ใส่เครื่องหมายถูก ( / ) ในช่องข้อความขวามือของคำตอบ (....) ใช่ / (....) ไม่ใช่ ] ที่ตรงกับข้อมูลท่านมากที่สุด

ข้อที่	การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มกระดูกหัก (เบื้องต้น)	เลือกตอบ ๑ ข้อ ( ... ) ใช่ หรือ (..) ไม่ใช่			
๑	เคยเดินสะดุดพื้น หรือเดินสะดุดสิ่งของ (ไม่ถึงกับหกล้ม แต่ยังทรงตัวได้)	.....	ใช่	.....	ไม่ใช่
๒	ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และรับประทานยารักษาต่อเนื่อง	.....	ใช่	.....	ไม่ใช่
๓	มีอาการวิงเวียนศีรษะ หรือหน้ามืด ในขณะที่เปลี่ยนท่าทาง ลุก-นั่ง ก้ม-เงย	.....	ใช่	.....	ไม่ใช่
๔	ปวดเข่า ปวดข้อเท้า หรือมีโรคข้อเข่าเสื่อม หรือป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับข้อเข่า ทำให้เดินลำบาก เดินไม่สะดวก	.....	ใช่	.....	ไม่ใช่
๕	มีอาการเดินเซ หรือบางครั้งเดินชนโต๊ะ ชนเก้าอี้ หรือเดินชนสิ่งของ	.....	ใช่	.....	ไม่ใช่
๖	ยืนยกขาข้างเดียวไม่ได้	.....	ใช่	.....	ไม่ใช่
๗	เคยหกล้มในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา	.....	ใช่	.....	ไม่ใช่
๘	ขาอ่อนแรง หรือต้องมีคนช่วยประคองขณะเดิน เดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน	.....	ใช่	.....	ไม่ใช่
๙	มีรูปร่างที่ผอม ค่อนข้างผอม หรือรูปร่างบอบบาง	.....	ใช่	.....	ไม่ใช่
๑๐	มีความผิดปกติของสายตา หรือเริ่มมองสิ่งของไม่ชัด	.....	ใช่	.....	ไม่ใช่
รวมจำนวนข้อที่ตอบว่า “ ใช่ ” ----->					

หากตอบในช่องข้อความว่า ( / ) “ ใช่ ” ตั้งแต่ ๖ ข้อขึ้นไป ถือว่า “มีความเสี่ยงหกล้มกระดูกหัก”

สรุปผลการประเมิน ( ) เสี่ยงหกล้มกระดูกหัก ---> ต้องได้รับการตรวจโดยเจ้าหน้าที่ / พบแพทย์  
( ) ไม่เสี่ยงต่อการหกล้มกระดูกหัก

ลงชื่อ ..... ผู้กรอกข้อมูล / ผู้ให้ประวัติข้อมูล

วัน/เดือน/ปี ที่กรอกข้อมูลแบบประเมิน .....