

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

โครงการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะหกล้มกระดูกหักในผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 1 ปี 2565

ชื่อสถานบริการด้านสุขภาพ อำเภอ..... จังหวัด.....

คำชี้แจง :- แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุฉบับนี้ ใช้ประเมินผู้ที่มีอายุระหว่าง 70 - ต่ำกว่า 80 ปีทุกคน โดยให้ผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ/อาสาสมัคร เป็นผู้ทำการประเมินเพื่อต้องการข้อมูลที่ตรงกับความจริงมากที่สุด ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขภาวะหกล้มกระดูกหักในผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 1 ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีผลประเมินพบว่า “เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะหกล้มกระดูกหัก” จะต้องได้รับการแก้ไขปัญหามาตามประเด็นที่พบทั้งด้านปัญหาสมรรถนะส่วนบุคคล และปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม และหน่วยงานที่ประเมินต้องส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการแก้ไขปัญหายั่งยืนต่อไป

กรุณากรอกข้อมูลในช่องว่าง ... ให้ครบทุกข้อ ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุ กรอกข้อมูลด้วยตนเอง | <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (บุตร/หลาน/ญาติ) กรอกข้อมูลแทน |
| <input type="checkbox"/> อสม./ผู้นำ/แกนนำสุขภาพ กรอกข้อมูลแทน | <input type="checkbox"/> บุคคลอื่น ๆ ได้แก่.....กรอกข้อมูลแทน |

ชื่อ - สกุล ผู้สูงอายุ..... อายุ ปี เลขประจำตัวประชาชน.....
 บ้านเลขที่ หมู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด
 หมายเลขโทรศัพท์ (หรือกรอกหมายเลขมือถือบุคคลใกล้เคียงที่สามารถติดต่อได้)

ใส่เครื่องหมายถูก (.. /..) ในช่องขวามือของคำตอบที่เลือก (.....) ใช่ หรือ (.....) ไม่ใช่ ที่ตรงกับข้อมูลท่านมากที่สุด

ข้อที่	คำถามและการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มกระดูกหัก	แต่ละคำถามให้ตอบเพียง 1 ข้อ			
		(...) ใช่ หรือ (...) ไม่ใช่			
1	ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง	.....	ใช่ (1)	.....	ไม่ใช่ (0)
2	นับนิ้วมือในระยะ 3 เมตร ได้ถูกต้องตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป (จากการทดสอบ 4 ครั้ง)	.....	ใช่ (0)	.....	ไม่ใช่ (1)
3	ลุกจากเก้าอี้ที่นั่ง และให้เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและกลับมานั่งที่เดิม (รวมระยะที่เดิน 6 เมตร) สามารถทำได้ในระยะเวลา 30 วินาที	.....	ใช่ (0)	.....	ไม่ใช่ (2)
4	รับประทานยาต่อเนื่องไปนี้ ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ยากลากกล้ามเนื้อ หรือ รับประทานยาตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมยาวิตามิน)	.....	ใช่ (1)	.....	ไม่ใช่ (0)
5	ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา มีประวัติการหกล้มตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป	.....	ใช่ (5)	.....	ไม่ใช่ (0)
6	เดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน ไม้สามขา เครื่องช่วยเดินสี่ขา หรือ ข้อเท้าทั้งสองข้าง หรือ เจ็บป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม หรือ มีภาวะอัมพฤกษ์	.....	ใช่ (5)	.....	ไม่ใช่ (0)
7	เดินขึ้นลงบ้าน โดยใช้บันไดที่ไม่มีราวจับมากกว่า 3 ชั้นขึ้นไป	.....	ใช่ (1)	.....	ไม่ใช่ (0)
8	สภาพพื้นบ้าน ทางเดิน พื้นห้องน้ำ มีสภาพลื่น หรือพื้นมีระดับความสูง-ต่ำ ไม่เท่ากัน	.....	ใช่ (1)	.....	ไม่ใช่ (0)
9	ที่นอนหรือเตียง มีความสูงมากกว่าระดับเข่า (นั่งห้อยขาบนที่นอนแล้วเท้าลอยจากพื้น)	.....	ใช่ (1)	.....	ไม่ใช่ (0)
10	ผนังห้องน้ำ / ห้องส้วม ไม่มีราวจับ	.....	ใช่ (1)	.....	ไม่ใช่ (0)
11	ผู้สูงอายุ ใช้โถส้วมขับถ่ายชนิดนั่งยอง ซึ่งเวลานั่งถ่ายบนโถส้วม ข้อเข่าจะพับติดขา	.....	ใช่ (1)	.....	ไม่ใช่ (0)
แปรผลข้อความที่เลือก (./..) ใช่ (./..) ไม่ใช่ เป็นคะแนน รวมคะแนนที่ได้ ----->					

สรุปผลการประเมิน *** () ช่วง 0 – 4 คะแนน เสี่ยงหกล้มต่ำ () ช่วง 5 – 14 คะแนน เสี่ยงหกล้มปานกลาง () ช่วง 15 – 20 คะแนน เสี่ยงหกล้มสูง

ลงชื่อ ผู้กรอกข้อมูล / ผู้ให้ประวัติข้อมูล
 วัน/เดือน/ปี ที่กรอกข้อมูลแบบประเมิน

ให้แปรผลโดยเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ผ่านการอบรม/ชี้แจง ***