**แบบคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน )  
 ( กลุ่มประชากร สัญชาติไทย อายุ >35 ปี ที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และในปีนี้ไม่เคยได้รับการคัดกรองฯที่ใดมาก่อน) )**

F01

Rev 65

F 01

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ชื่อร้าน................................................................................ จังหวัด........................................................... วัน/เดือน/ปีที่ให้บริการ ................/..................../.........................  เภสัชกรผู้ให้บริการ ชื่อ – นามสกุล........................................................................................................... รวมระยะเวลา..........................................................นาที | | | | |
| **คำยินยอม**  ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดของแผนงานฯและสมัครใจเข้ารับบริการ โดยยินยอมให้เภสัชกรผู้ให้บริการตามแผนงานฯนี้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าและอนุญาตให้ผู้ควบคุมข้อมูลของแผนงาน ฯ เก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าไว้เพื่อวัตถุประสงค์ในการสร้างเสริมสุขภาพของข้าพเจ้าเองและเพื่อประโยชน์ส่วนรวมของการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ และเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชน โดยจะต้องเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับและอนุญาตให้เปิดเผยหรือใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าในรูปแบบที่ไม่ระบุตัวตนของข้าพเจ้า ฯ เท่านั้น  ลงชื่อ....................................................................ผู้รับบริการ+ผู้ให้คำยินยอม ว/ด/ป ที่ให้คำยินยอม........................................ | | | | |
| **คำยินยอม การอนุญาตให้เภสัชกรเจาะเลือดปลายนิ้ว**  ข้าพเจ้าฯ ยินยอมและอนุญาตให้เภสัชกรผู้ให้บริการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วเพื่อดูค่าน้ำตาลในเลือด  ครั้งที่ 1 : วันที่...........................................ลงชื่อ...........................................................ผู้ให้ความยินยอม  ครั้งที่ 2 : วันที่...............................................ลงชื่อ.................................................................ผู้ให้ความยินยอม | | | | |
| **ข้อมูลทั่วไป** | | | | |
| ชื่อ – นามสกุล................................................................................. เพศ ❑ชาย ❑หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด...................../................/…........... อายุ........................ปี  เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน **🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌🗌 🗌🗌 🗌**  ❑ที่อยู่ปัจจุบัน ❑ที่อยู่ตามบัตรประชาชน บ้านเลขที่....................................... ถนน................................................. ตำบล/แขวง............................................... อำเภอ/เขต..................................................จังหวัด...................................................เบอร์โทรศัพท์บ้าน..........................................มือถือ................................................  สิทธิการรักษาพยาบาล ❑ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( 30 บาท ) ❑ ประกันสังคม ❑ ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ ❑ทราบสิทธิแต่ประสงค์จ่ายเงินเอง | | | | |
| **ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (พ่อ, แม่ และพี่น้องสายตรง)**  ❑ เบาหวาน ❑ความดันโลหิตสูง ❑ ไขมันในหลอดเลือดผิดปกติ ❑ หลอดเลือดหัวใจ ❑ อัมพาต ❑ ไม่ทราบ / ไม่มี | | | | |
| **การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์** ❑ ดื่มประจำ ...........ครั้ง/สัปดาห์ ( เหล้า>45cc/วัน, เบียร์>240cc/วัน, ไวน์>120cc/วัน )   ❑ ดื่มครั้งคราว ❑ เคยดื่มแต่เลิกแล้ว ❑ ไม่ดื่ม  **การสูบบุหรี่** ❑ เลิกสูบแล้ว ...........ปี  ชนิดของบุหรี่ที่สูบ ❑ มวนเอง ❑ บุหรี่ซอง ❑บุหรี่ไฟฟ้า ❑ สูบประจำ.........มวน/วัน เป็นเวลา.........ปีชนิดของบุหรี่ที่สูบ ❑ มวนเอง ❑ บุหรี่ซอง ❑บุหรี่ไฟฟ้า   ❑ ไม่สูบ  **การออกกำลังกาย** ❑ ออกกำลังกาย ≥ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ❑ ออกกำลังกาย < สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ❑ ไม่ออกกำลังกาย  **อาหารที่รับประทานเป็นประจำ** ❑ หวาน ❑ เค็ม ❑ มัน ❑ อื่นๆเช่น เผ็ด เปรี้ยว จืด  **การพักผ่อน** ❑≥6 ชั่วโมง ❑< 6 ชั่วโมง | | | | |
| **แบบคัดกรอง/ประเมินความเสี่ยง** | | | | |
| **ปัจจัยเสี่ยง** | | **คะแนน** | | **ข้อมูลผู้คัดกรอง** |
| **1. เพศ** | | ❑ ชาย [=2] ❑ หญิง [=0] | | อายุ................. ปี เส้นรอบเอว ................... ซม น้ำหนัก ...........kg. ส่วนสูง ..................... ซม. BMI.................... ค่าปกติ 18.5 - 23 BP ครั้งที1........................................... mmHg.  BP ครั้งที2............................................ mmHg.  BP ครั้งที3............................................mmHg. BP เฉลี่ย........................ mmHg.  ค่าปกติ <120/80 mmHg.  HR.................. Bpm. ค่าปกติ 60 – 80 Bpm. |
| **2.อายุ** | | ❑ ≤34 – 44 ปี [=0] ❑ 45 – 49 ปี [=1] ❑ ≥ 50 ปี [=2] | |
| **3.ประวัติคนในครอบครัวเบาหวาน** | | ❑ มี [=4] ❑ ไม่มี [=0] | |
| **4.. BMI** | | ❑ < 23 [=0] ❑ 23 – 27.5 [=3] ❑ > 27.5 [=5] | |
| **5. เส้นรอบเอว** | | ❑ < 90ซม. (ชาย) , < 80ซม. (หญิง) [0] ❑ ≥ 90 ซม. (ชาย), ≥ 80ซม. (หญิง) [1] | |
| **6. ความดันโลหิตสูง(เฉลี่ย)** | | ❑BP <140 / 90 mmHg [0] ❑BP ≥ 140 / 90 mmHg [2] | |
| **สรุปผลการคัดกรอง** | | | | |
| **ความเสี่ยงเบาหวาน(ใช้คะแนนข้อ 1- 6)** | คะแนน | | ❑เสี่ยงต่ำ(≤ 2คะแนน) ❑เสี่ยงปานกลาง(3–5คะแนน) ❑เสี่ยงสูง(6–8คะแนน)  ❑เสี่ยงสูงมาก(≥9คะแนน) | |
| **ความเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง(ใช้ข้อ 5)** | คะแนน | | ❑ ไม่เสี่ยง (0 คะแนน) ❑ เสี่ยง (1 คะแนน) | |
| **ความเสี่ยงความดันโลหิตสูง** | คะแนน**(ใช้คะแนนข้อ 6**) | | ❑ ความเสี่ยงต่ำ (0 คะแนน) ❑เสี่ยง (2 คะแนน) | |
| **ผลระดับน้ำตาลในเลือด ( ให้ผู้รับบริการเจาะเอง หรือหากให้เภสัชกรทำ ผู้รับบริการต้องเซ็นต์อนุญาตให้เภสัชกรทำให้ )** | | | | |
| **FBS** (อดอาหาร≥ 8 ชั่วโมง) .................................................................. mg./dL หรือ  **Random** ..................................... mg./dL **หลังอาหาร...................ชั่วโมง** | | | | |
| **แผนการให้บริการเพิ่มเติม** | | | | |
| ❑ ให้ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมความเสี่ยงครั้งที่ 1 ❑ ให้ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมความเสี่ยงครั้งที่ 2 ❑ Refer เพื่อConfirm โดยแพทย์ :สถานพยาบาล.............................................................................................................................. (พร้อม แนบสำเนาเอกสารการส่งต่อ)  หมายเหตุ : การ Refer เพื่อConfirm โดยแพทย์ : **FBS ≥ 126 mg./dL , Random ≥ 200 mg./dL , BP ≥ 140 / 90 mmHg** | | | | |
| **กิจกรรมการให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษา ในกลุ่ม Metabolic Syndrome ครั้งที่ 1** ( ณ วันที่รับบริการคัดกรอง )  F 02  F 02 | | | | |
| **การให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษา**  ❑ ความเสี่ยงโรค DM ❑ ความดันโลหิตสูง ❑การออกกำลังกาย ❑อาหาร/โภชนาการ ❑ การคลายเครียด ❑ การเลิกสูบบุหรี่ ❑ อื่นๆ ........................ | | | | |
| **ผลการ Refer** | | | | |
| ผลการวินิจฉัย ❑ ไม่เป็นโรค ❑ เป็นโรคเบาหวาน ❑ เป็นโรคความดันโลหิตสูง❑ เป็นโรคอื่นๆ................................................................................................ ยาที่ได้รับ ❑ ไม่ได้รับยา ❑ ได้รับยา 1............................................................................2............................................................3............................................  **กรณีติดตามผลไม่ได้** ให้ระบุเหตุผล ❑โทรไม่ติด/ไม่มีคนรับ ❑ผู้รับบริการยังไม่มีเวลาไปพบแพทย์ ❑ผู้รับบริการคิดว่าตนเองสบายดี/หายแล้ว/ยังไม่เป็นอะไร  ❑ อื่นๆระบุ............................................................................... | | | | |
| **กิจกรรมการให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษา ในกลุ่ม Metabolic Syndrome ครั้งที่ 2** ( เว้นช่วง **1 เดือน** กรณีพบความเสี่ยง และ ต้องติดตาม )   ❑ มารับบริการที่ร้าน ❑ ให้บริการทางโทรศัพท์ วันที่...........................................เวลา...........................................  F03.  F 03 | | | | |
| **BPเฉลี่ย**. ...................................... mmHg. ; **FBS**  (อดอาหาร ≥ 8 ชั่วโมง) ............................ mg./dL **; Random**........................... mg./dL **หลังอาหาร...............ชม.** | | | | |
| **การให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษา**  ❑ ความเสี่ยงโรค DM ❑ ความดันโลหิตสูง ❑การออกกำลังกาย ❑อาหาร/โภชนาการ ❑ การคลายเครียด ❑ การเลิกสูบบุหรี่ ❑ อื่นๆ ........................ | | | | |
| **สรุป F3 : การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**  **การสูบบุหรี่** ❑ ลดลง ❑ เพิ่มขึ้น ❑ เท่าเดิม ❑ เลิกได้เลย ❑ อื่นๆระบุ ....................................................  **การดื่มเหล้า** ❑ ลดลง ❑ เพิ่มขึ้น ❑ เท่าเดิม ❑ เลิกได้เลย ❑ อื่นๆระบุ ....................................................  **ความอ้วน/BMI**  **น้ำหนัก** ❑ ลดลง ❑ เพิ่มชึ้น ❑ คงเดิม ❑ อื่นๆระบุ ..................................................  **รอบเอว** ❑ ลดลง ❑ เพิ่มชึ้น ❑ คงเดิม ❑ อื่นๆระบุ ..................................................  **การออกกำลังกาย** ❑ เหมือนเดิม ❑ เพิ่มชึ้น ❑ ลดลง ❑ จำนวนครั้งเท่าเดิม แต่เพิ่มเวลาต่อครั้ง ❑ อื่นๆระบุ ..........  **การกินอาหาร (รสอาหาร)**  ❑ ดีขึ้น ❑ แย่ลง ❑ เท่าเดิม ❑ อื่นๆระบุ ...................................................  **ความเครียด** ❑ ลดลง ❑ เพิ่มชึ้น ❑ เท่าเดิม ❑ อื่นๆระบุ ...................................................  ❑ อื่นๆ ระบุ..............................................................................................................................................................................................................................................  Intervention .............................................................................................................................................................................................................................................. | | | | |