



แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองผู้สูงอายุ (BGS : Basic Geriatric Screening)
เครือข่ายบริการสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอเมือง..... จังหวัดสุราษฎร์ธานี

☛ ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล จินตนา มินา เลขบัตร 240500132332 อายุ 20 ปี ที่อยู่เลขที่ 130 หมู่ 7 ตำบล ท่าแซะ
ชื่อ-สกุลผู้ดูแล ชนะ ลา ความสัมพันธ์ พี่สาว เบอร์โทรศัพท์ 0876662453
โรคประจำตัว ความดัน ระดับความดันโลหิต 120 มม.ปรอท ระดับน้ำตาลในเลือด 4.5 มก.ดล.
น้ำหนัก 68 กิโลกรัม ส่วนสูง 197 เซนติเมตร รอบเอว 96 เซนติเมตร BMI 25 kg/m

2

การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activities of Daily Living : ADL)

- ☒ กลุ่ม 1 ติดสังคม (ช่วยเหลือตัวเองได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน)
☐ กลุ่ม 2 ติดบ้าน (ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 5 – 11 คะแนน)
☐ กลุ่ม 3 ติดเตียง (ต้องมีผู้ดูแลและช่วยเหลือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน)

การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ☒ เป็น ☐ ไม่เป็น

รายได้ : อาชีพปัจจุบัน ค้า ☒ มีเฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาท ☐ ไม่มีรายได้

ที่พักอาศัย : ☐ อยู่คนเดียวไม่มีผู้ดูแล ☐ สองคนตายายหรือผู้ป่วย/ผู้พิการ ☒ อยู่ร่วมกับผู้ดูแล/ญาติที่เป็นคนในครอบครัว

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ***ด้านการออกกำลังกาย มีการทำกิจกรรมประจำวันเคลื่อนไหวที่ทำให้ได้ออกแรง

☐ ประจำ ☐ ครั้งคราว ☒ ไม่เคยเลย

***ด้านการบริโภคอาหาร ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เน้นปลา ผักและผลไม้

☐ ประจำ ☐ ครั้งคราว ☒ ไม่เคยเลย

☛ การคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อย

1. วัณโรค : ท่านมีอาการไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์หรือไม่ ☐ มี ☒ ไม่มี

2. สุขภาพช่องปาก : ประเมินพฤติกรรมการทำความสะอาด (หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในข้อใดไม่เหมาะสม ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง)

1. การแปรงฟัน ☐ ไม่ได้แปรงฟัน/ไม่ได้ใช้แปรงสีฟัน ☐ แปรงวันละ 1 ครั้งก่อนนอน ☒ แปรง 2 ครั้ง/วัน เช้า/เย็น
☐ แปรงมากกว่า 2 ครั้ง/วัน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

2. การใช้น้ำสีฟัน ☒ ใช้ ☐ ไม่ใช้

3. การทำความสะอาดช่องปาก ทุกวัน/เกือบทุกวัน ☐ ไม่ทำ ☒ ทำ โดยใช้อุปกรณ์.....

4. ประเมินสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ☐ สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวน/วัน ☒ เคี้ยวหมากประจำ ☐ ดื่มสุรามากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์

5. ปัญหาการบดเคี้ยว มีฟันใช้งานได้ ซี่ และมีฟันหลังหรือกราม คู่สบ (นับรวมฟันปลอม)

3. สุขภาพทางตา : การคัดกรองสภาวะทางตา	ไม่ใช่	ใช่	ระบุตา
1. นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง (คัดกรองสายตาระยะไกล)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่ง ในระยะ 1 ฟุต ไม่ได้ (ประเมินสายตาระยะใกล้)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า ตามัวคล้ายมีหมอกบัง (คัดกรองความเสี่ยงต่อกระจก)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ซ้าย <input type="checkbox"/> ขวา
4. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า มองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้าง หรือมักเดินชนประตู สิ่งของบ่อยๆ (คัดกรองความเสี่ยงต่อต้อหิน)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ซ้าย <input type="checkbox"/> ขวา
5. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า มองเห็นจุดดำกลางภาพหรือเห็นภาพบิดเบี้ยว (คัดกรองความเสี่ยง โรคจอตาเสื่อมจากอายุ)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ซ้าย <input type="checkbox"/> ขวา

การพิจารณา : ตอบว่า ใช่ จำนวน 2 ข้อ

☐ ไม่มีปัญหา(ตอบ “ไม่ใช่” ทุกข้อ)

☒ มีปัญหา(ตอบว่า ใช่ ข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่า มีปัญหาการมองเห็น ส่งต่อแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรักษา)

👵 การคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes						
1. การคัดกรองโรคซึมเศร้า : 2 คำถาม (2Q)				ไม่มี	มี	<input type="checkbox"/> ปกติ (ไม่มีทั้ง 2 ข้อ) <input type="checkbox"/> มีความเสี่ยง(มีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ)ควรทำ 9Q ต่อ
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่					/	
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่					/	
2. การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม : คำถาม: ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าหรือไม่ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ปวดเข่า (ปกติ) <input type="checkbox"/> ปวดเข่า (มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม) แนะนำและควรส่งต่อเพื่อคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก						
3. การคัดกรองภาวะหกล้ม : (Time up and Go Test) TUGT : ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรง ระยะ 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม จับเวลาได้ <u>22</u> นาที <u>19</u> วินาที <input type="checkbox"/> เดินไม่ได้ <input type="checkbox"/> ใช้เวลาน้อยกว่า 12 วินาที (ปกติ) <input type="checkbox"/> หกล้ม ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา <input checked="" type="checkbox"/> ใช้มากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาทีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม แนะนำการป้องกันการหกล้มและส่งต่อเพื่อวินิจัย						
4. คัดกรองโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สำหรับประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป (14 ข้อคำถาม)						
ข้อ	อาการ	นานๆครั้ง/ไม่	ไม่บ่อย/	บ่อยครั้ง/ทุก	ประจำ/	
		เคย/ปี	ทุกเดือน	สัปดาห์	ทุกวัน	
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	
1.	หาของใช้ในบ้านไม่พบ	/				
2.	จำสถานที่ที่เคยไปบ่อย ๆ ไม่ได้		/			
3.	ต้องกลับไปทบทวนงานที่แม้จะตั้งใจทำซ้ำถึง 2 ครั้ง			/		
4.	ลืมของที่ตั้งใจว่าจะนำออกไปนอกบ้านด้วย				/	
5.	ลืมเรื่องที่ได้รับฟังมาเมื่อวานนี้หรือเมื่อ 2-3 วันก่อน			/		
6.	ลืมเพื่อนสนิทหรือญาติสนิทหรือบุคคลที่คบหากันบ่อยๆ			/		
7.	ไม่สามารถเข้าใจเนื้อเรื่องในหนังสือพิมพ์หรือวารสารที่อ่าน		/			
8.	ลืมบอกข้อความที่คนอื่นวานให้มาบอกอีกคนหนึ่ง	/				
9.	ลืมข้อมูลส่วนตัวของตนเอง เช่น วันเกิด ที่อยู่	/				
10.	สับสนในรายละเอียดของเรื่องที่ได้รับฟังมา			/		
11.	ลืมที่ที่เคยวางสิ่งของนั้นเป็นประจำหรือมองหาสิ่งของนั้นในที่ที่ไม่น่าจะวางไว้		/			
12.	ขณะเดินทาง หรือเดินเล่น หรืออยู่ในอาคารที่เคยไปบ่อย มักเกิดเหตุการณ์หลงทิศ หรือหลงทาง				/	
13.	ต้องทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างซ้ำถึง 2 ครั้ง เพราะมีความผิดพลาดเกิดขึ้น เช่น ใส่ยาตาลมากเกินไปในเวลาปรุงอาหาร หรือเดินไปหิวผมซ้ำอีกครั้ง ซึ่งเมื่อสักครู่นี้ได้หิวผมเสร็จ	/				
14.	เล่าเรื่องเดิมซ้ำอีกครั้งซึ่งเมื่อสักครู่นี้ได้เล่าเสร็จ		/			
การพิจารณา : รวม <u>28</u> คะแนน		<input checked="" type="checkbox"/> 0-30 คะแนน อยู่ในเกณฑ์กลุ่มปกติ <input type="checkbox"/> ตั้งแต่ 31 คะแนนขึ้นไป อยู่ในเกณฑ์สงสัยกลุ่มป่วย <input type="checkbox"/> ผิดปกติข้อ 6,9,11,13 และ14 มีคะแนน 3 หรือ 4 คะแนน อยู่ในเกณฑ์กลุ่มเสี่ยง ควรไปพบแพทย์				

1. Time and space orientation วันนี้เป็น วัน /เดือน/ ปี อะไร 28 / 12 / 2564 ตอนนี้เรากำลังอยู่ที่ไหน บ้าน	
2. ภาวะโภชนาการ ช่วงสามเดือนที่ผ่านมาท่านน้ำหนักลดลงเกิน 3 ก.ก. แบบไม่ตั้งใจ <input type="checkbox"/> ใช่ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่ ท่านรู้สึกเบื่อ หรืออยากอาหารลดลง <input type="checkbox"/> ใช่ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่	
3. การได้ยิน ให้ถูนิ้วโป้งกับนิ้วชี้ห่างจากหูของผู้สูงอายุประมาณ 1 นิ้ว ที่ละข้าง ทั้งหูขวาและหูซ้าย (Finger rub test) ไม่ได้ยิน 1 ข้าง <input type="checkbox"/> ซ้าย <input type="checkbox"/> ขวา <input type="checkbox"/> ไม่ได้ยิน 2 ข้าง <input checked="" type="checkbox"/> ได้ยินปกติ	
4. การกลืนปัสสาวะ ท่านมีปัญหาปัสสาวะเล็ดหรือราดจนส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันหรือไม่ <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	

ลงชื่อ..... อึ้ง ผู้ทำการคัดกรอง
 วันที่ 28 / 12 / 2564