

แบบบันทึกการตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อภาวะโรคกลุ่มMetabolic

ผู้ประกันตน ข้าราชการ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

- - - -

ผู้รับการตรวจ ชื่อ สกุล อายุ ปี

บ้านเลขที่..... หมู่..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์..... วันที่ตรวจคัดกรอง..... หน่วยบริการที่ตรวจ.....

1. ข้อมูลรอบครัว

1.1 บิดาหรือมารดา ของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วย(กรุณาระบุว่าเป็นบิดาหรือมารดา)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> เบาหวาน (DM) | <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง (HT) | <input type="checkbox"/> โรคเกาต์ (Gout) |
| <input type="checkbox"/> ไตวายเรื้อรัง (CRF) | <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) กรุณาระบุเพศ.....อายุ.....ปี | |
| <input type="checkbox"/> ลungsโป่งพอง (COPD) | <input type="checkbox"/> เส้นเลือดสมอง (Stroke) กรุณาระบุเพศ.....อายุ.....ปี | |
| <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ เช่น | |

1.2 พี่น้อง (สายตรง) ของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> เบาหวาน (DM) | <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง (HT) | <input type="checkbox"/> โรคเกาต์ (Gout) |
| <input type="checkbox"/> ไตวายเรื้อรัง (CRF) | <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) กรุณาระบุเพศ.....อายุ.....ปี | |
| <input type="checkbox"/> ลungsโป่งพอง (COPD) | <input type="checkbox"/> เส้นเลือดสมอง (Stroke) กรุณาระบุเพศ.....อายุ.....ปี | |
| <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ เช่น | |

2. ท่านมีประวัติการเจ็บป่วย หรือต้องพบแพทย์ ด้วยโรคหรืออาการ

- | | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 2.1 โรคเบาหวาน (DM) | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.2 โรคความดันโลหิตสูง (HT) | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.3 โรคตับ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.4 โรคอัมพาต | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.5 โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.6 ไขมันในเลือดผิดปกติ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ |
| 2.7 แผลที่เท้า/ตัดขา (จากเบาหวาน) | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.8 คลอคุบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.9 ดื่มน้ำบ่อยและมาก | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.10 ปัสสาวะกลางคืน 3 ครั้งขึ้นไป | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.11 กินจุแต่พอมลง | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.12 น้ำหนักลด / อ่อนเพลีย | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.13 เป็นแผลริมฝีปากบ่อยและหายยาก | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.14 คันตามผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.15 ตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |
| 2.16 ขาปลายมือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ | <input type="checkbox"/> มี | <input type="checkbox"/> ไม่มี | |

3. กรณีที่ท่านมีประวัติเจ็บป่วย ตามข้อ 2 ท่าน ปฏิบัติตนอย่างไร

- รับการรักษายอยู่ / ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ
- รับการรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ
- เคยรักษา ขณะนี้ไม่รักษา / หายาทานเอง

4. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- สูบ จำนวน..... มวน/วันหรือ (Pack...../..year) ชนิดของบุหรี่.....
ระยะเวลา ปี (ตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน)
- ไม่สูบ
- เคยสูบแต่เลิกแล้ว ชนิดของบุหรี่ที่เคยสูบ.....ระยะเวลา.....ปี (ตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน)

5. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

- ดื่ม.....ครั้ง / สัปดาห์ (ดื่มเหล้า >45 cc ต่อวัน / ดื่มเบียร์ >240 cc ต่อวัน / ดื่มไวน์ >120 cc ต่อวัน)
- ไม่ดื่ม
- เคยดื่มแต่เลิกแล้ว

6. ท่านออกกำลังกาย / เล่นกีฬา

- ออกกำลังกายทุกวัน ครั้งละ 30 นาที
- ออกกำลังกายสัปดาห์ละมากกว่า 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที สม่ำเสมอ
- ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ
- ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
- ไม่ออกกำลังกายเลย

7. ท่านชอบอาหารรสใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- หวาน เค็ม มัน ไม่ชอบทุกข้อ

8. การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก(Wt)..... กก.	ส่วนสูง(Ht)..... ซม.	ดัชนีมวลกาย (BMI)	กก./ม. ²			
BP ครั้งที่ 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mmHg. BP ครั้งที่ 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mmHg.
ค่า BP เฉลี่ย	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	mmHg.	เส้นรอบเอว	ซม. (ชายไม่เกิน 90 ซม. หญิงไม่เกิน 80 ซม.)
การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	- กรณีตรวจ FBS..... mg% หรือ					
	- Post prandial blood sugar.....mg% (หลังรับประทานอาหาร.....ชม.)					

- ไม่พบความเสี่ยง
- มีความเสี่ยงเบื้องต้นต่อโรค DM HT Stroke Obesity
- ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง DM HT Stroke Obesity

9.กรณีผู้รับบริการ อายุ 35 ปีขึ้นไป มีประวัติเสี่ยง และมีค่า BMI > 25 ดำเนินการตรวจ Lipid profile ดังนี้	<input type="checkbox"/>	ตรวจ	<input type="checkbox"/>	ไม่ตรวจ	
Total Cholesterol	ผล.....mg/dl	<input type="radio"/>	ปกติ	<input type="radio"/>	ผิดปกติ
HDL	ผล.....mg/dl	<input type="radio"/>	ปกติ	<input type="radio"/>	ผิดปกติ
LDL	ผล.....mg/dl	<input type="radio"/>	ปกติ	<input type="radio"/>	ผิดปกติ
Triglyceride	ผล.....mg/dl	<input type="radio"/>	ปกติ	<input type="radio"/>	ผิดปกติ

การดำเนินงาน

- ให้แนะนำการดูแลตนเอง และตรวจคัดกรองซ้ำทุก 1 ปี
- ลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงต่อกลุ่มโรค Metabolic และแนะนำเข้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ส่งต่อเพื่อรักษา

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ