

แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองผู้สูงอายุ (Geriatric Screening) สำหรับ รพ.สต.

❖ ข้อมูลทั่วไป ชื่อ-สกุล ว.ด.ป.เกิด อายุ ปี เพศ
 ที่อยู่เลขที่ หมู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด
 บุคคลอ้างอิง ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์ เบอร์โทรศัพท์

❖ ประเมินสมรรถนะ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.กินอาหาร เมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้ต่อหน้า (Feeding)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (2)	<input type="checkbox"/> ทำเองได้บ้างแต่ต้องมีคนช่วย (1)	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ (0)
2.ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (1-2วัน ที่ผ่านมา)(Grooming)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (1)	<input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลือ (0)	
3.ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก (1)	<input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลือบ้าง(2) <input type="checkbox"/> ทำได้เอง(3)
4.การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม (Toilet)	<input type="checkbox"/> ช่วยตัวเองไม่ได้ (0) <input type="checkbox"/> ทำเองได้บ้าง (1) <input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (2)		
5.การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)	<input type="checkbox"/> เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ (0) <input type="checkbox"/> ต้องใช้รถเข็นแต่ไม่ต้องช่วย(1) <input type="checkbox"/> เดินได้ต้องมีคนช่วยพยุง (2) <input type="checkbox"/> เดินได้เอง (3)		
6.การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)	<input type="checkbox"/> ต้องมีคนสวมใส่ให้ (0) <input type="checkbox"/> ช่วยตัวเองได้ประมาณครึ่งหนึ่งที่เหลือต้องช่วย(1) <input type="checkbox"/> ทำได้เอง(2)		
7.การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำได้ (0) <input type="checkbox"/> ต้องการคนช่วย (1) <input type="checkbox"/> ขึ้นลงได้เองถ้าใช้เครื่องช่วยจะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย (2)		
8.การอาบน้ำ (Bathing)	<input type="checkbox"/> ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ (0) <input type="checkbox"/> อาบน้ำเองได้ (1)		
9.การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels)	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้ (0) <input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้บางครั้ง เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์(1) <input type="checkbox"/> กลั่นได้ปกติ(2)		
10.การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้ (0) <input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้บางครั้ง เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง(1) <input type="checkbox"/> กลั่นได้เป็นปกติ(2)		

รวม.....คะแนน การพิจารณา กลุ่ม 1 มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน กลุ่ม 2 คะแนน 5 - 11 คะแนน กลุ่ม 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4

❖ การคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อย

• โรคความดันโลหิตสูง : วัดความดัน ระดับความดันโลหิตตัวบน/ซิสโตลิก (SBP)มม.ปรอท /ระดับความดันโลหิตตัวล่าง/ไดแอสโตลิก (DBP)มม.ปรอท

• โรคเบาหวาน:มก.ดล. (FPG เจาะปลายนิ้ว)

• ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (ดูในแบบฟอร์ม Geriatric Assessment)

• สุขภาพช่องปาก: ส่วนที่ 1. ประเมินพฤติกรรมกรทำความสะอาด	ส่วนที่ 2. ประเมินสุขภาพช่องปาก		คะแนน		การติดตามผล		ส่งต่อ (✓)
	0	1	ใช่	ไม่ใช่			
1.1) การแปรงฟัน <input type="checkbox"/> ไม่ได้แปรงฟัน/ไม่ได้ใช้แปรงสีฟัน <input type="checkbox"/> แปรงวันละ 1 ครั้งก่อนนอน <input type="checkbox"/> แปรง 2 ครั้ง/วัน ข/ย <input type="checkbox"/> แปรงมากกว่า 2 ครั้ง/วัน <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	เนื้อเยื่อในช่องปาก	ปกติ	ผิดปกติ				
1.2) การใช้ยาสีฟัน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	เหงือกและอวัยวะปริทันต์						
1.3) การทำความสะอาดช่องฟัน ทุกวัน/เกือบทุกวัน <input type="checkbox"/> ไม่ทำ <input type="checkbox"/> ทำ โดยใช้อุปกรณ์.....	ฟันผุ						
1.4) ประเมินสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่ มากกว่า 10 มวน/วัน <input type="checkbox"/> เคี้ยวหมาก ประจำ (หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง)	ปัญหาการเคี้ยว/ การกลืน						
	ฟันเทียม						
	การได้รับการตรวจหรือรักษาจากทันตบุคลากร						
	ความต้องการการรักษาทางทันตกรรม						

ส่วนที่ 3. แผนการส่งต่อเพื่อรับบริการรักษาจากทันตบุคลากร : เนื้อเยื่อในช่องปาก เหงือกและอวัยวะปริทันต์ ฟันผุ ปัญหาการเคี้ยว/กลืน ฟันเทียม

• สุขภาพทางตา: การคัดกรองสุขภาพทางตา	ไม่ใช่(✓)	ใช่(✓)	ระบุตา	Snellen Chart(✓)	ส่งต่อแพทย์(✓)
1. นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง					
2. อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่ง ในระยะ 1 ฟุต ไม่ได้					
3. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า ตามัวคล้ายมีหมอกบัง			<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> ขว		
4. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า มองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้าง หรือมักเดินชนประตู			<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> ขว		
5. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า มองเห็นจุดดำกลางภาพหรือเห็นภาพเบี่ยง			<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> ขว		

❖ การคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes

• การทดสอบสภาพสมอง Abbreviated Mental Test (AMT) ตอบถูก.....ข้อ /การพิจารณา <input type="checkbox"/> รู้คิดปกติ ตอบถูก ตั้งแต่ 8 ข้อขึ้นไป <input type="checkbox"/> รู้คิดผิดปกติ คือตอบถูก น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7		<input type="checkbox"/> ส่ง MMSE	
1 อายุเท่าไร.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด	6	คนนี้ (คนถาม) คือใคร และ คนใกล้ๆ(ญาติ) คือใคร.....
2 ขณะนี้เวลาอะไร.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด	7	วันเดือนปีเกิด ของท่านคือ.....
3 ที่อยู่ปัจจุบันของท่านคือ.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด	8	เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือวันมหาวิปโยค เกิด พ.ศ.อะไร.....
4 ปีนี้ ปี่อะไร.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด	9	พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร.....
5 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด	10	ให้นับถอยหลังจาก 20 จนถึง 1.....
• การคัดกรองโรคซึมเศร้า : 2 คำถาม (2Q)	ไม่มี (✓)	มี (✓)	การพิจารณา: ตอบว่า มี.....ข้อ
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรืออึดอัด สิ้นหวัง หรือไม่			<input type="checkbox"/> ปกติ ไม่มีทั้งสอง 2
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่			<input type="checkbox"/> มีความเสี่ยงหรือแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า <input type="checkbox"/> ทำ 9Q ต่อไป
• การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม :	คำถาม: ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ปวดเข่า <input type="checkbox"/> ปวดเข่า (มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม) <input type="checkbox"/> ส่งต่อเพื่อคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก		
• การคัดกรองภาวะหกล้ม: (Time up and Go Test) TUGT : ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะ 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม	จับเวลาได้นาที : การพิจารณา <input type="checkbox"/> ปกติ (ใช้เวลาน้อยกว่า 10 วินาที) <input type="checkbox"/> มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (ใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที) <input type="checkbox"/> แนะนำการป้องกัน		
• การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ:	คำถาม: ผู้สูงอายุมีภาวะ ปัสสาวะเล็ด หรือ ปัสสาวะราด จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (ส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อรักษา) <input type="checkbox"/> ส่งต่อ รพ.....		

ลงชื่อ.....ผู้ทำการคัดกรอง หน่วยงาน.....วันที่/...../.....

แบบฟอร์มสำหรับใช้ประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric Assessment) สำหรับ รพช.ขึ้นไป

หมายเหตุ: สำหรับประเมินผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง (Ageing Screening) แล้วพบว่ามีความผิดปกติ/เสี่ยง

❖ ข้อมูลทั่วไป ชื่อ-สกุล ว.ด.ป.เกิด อายุ ปี เพศ
 ที่อยู่เลขที่ หมู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด
 บุคคลอ้างอิง ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์ เบอร์โทรศัพท์

❖ การคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อย

● โรคความดันโลหิตสูง : วัดความดัน ระดับความดันโลหิตตัวบน/ซิสโตลิก (SBP)มม.ปรอท /ระดับความดันโลหิตตัวล่าง/ไดแอสโตลิก (DBP)มม.ปรอท

● โรคเบาหวาน:มก.ดล. (FPG เจาะปลายนิ้ว)

● ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีภาวะอ้วน)

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ยังคงสูบบุหรี่ ยาเส้น ยาสูบ บุหรี่ซิการ์ แรต บุหรี่ซิการ์ หรือ หนุ่ยสูบไม่เกิน 1 ปี		
2	ระดับความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูง		
3	ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG ≥ 100 มม./ดล. และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน		
4	เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาลว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดย TC > 280 มก./ดล. และ/หรือ LDL > 100 มก./ดล. และ/หรือ TG > 150 มก./ดล. และ/หรือ HDL ในชาย < 40 มก./ดล. ในหญิง < 50 มก./ดล		
5	เส้นรอบเอวมากกว่าส่วนสูง (ซม.) ทาร 2		
6	เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต		
7	มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ หรือน้องท้องเดียวกัน) ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต (ผู้ชายเป็นก่อนอายุ 55 ปี, ผู้หญิงเป็นก่อนอายุ 65 ปี)		

การแปลผล: มีความเสี่ยง(ตอบใช่ ≤ 2 ข้อ) มีความเสี่ยง(ตอบใช่ ≤ 2 ข้อ) มีความเสี่ยงสูง (ตอบใช่ 3-4 ข้อ) มีความเสี่ยง(ตอบใช่ ≥ 5 ข้อ)

● การประเมินการมองเห็น Snellen Chart: ผลการประเมิน ตาขวา/..... ตาซ้าย/.....

● การตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร : เนื้อเยื่อในช่องปาก เหงือกและอวัยวะปริทันต์ ฟันผุ ปัญหาการเคี้ยว/กลืน ฟันเทียม

❖ การคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes

● การทดสอบสภาพสมอง: MMSE-T 2002 (แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สามารถใช้ได้ในผู้ที่ไม่ได้เรียนหรือไม่รู้หนังสือ(อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ได้ด้วย โดยไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10 ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ไม่ได้เรียน (อ่านเขียนไม่ได้) เรียนระดับประถมศึกษา เรียนสูงกว่าประถมศึกษา

ข้อ 1. Orientation for time: ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน(5คะแนน) รวม เท่ากับ _____ คะแนน (เติมคำตอบแต่ละข้อใน..... และเติมคะแนนใน)
 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร..... 1.2 วันนี้ วันอะไร..... 1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร.....
 1.4 ปีนี้ ปีอะไร..... 1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร.....

ข้อ 2. Orientation for place: ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ในปัจจุบัน(5 คะแนน) รวม เท่ากับ _____ คะแนน (เติมคำตอบแต่ละข้อใน..... และเติมคะแนนใน)
 2.1 กรณีอยู่สถานพยาบาล
 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ ชื่ออะไร..... 2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร.....
 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร..... 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร.....

ข้อ 3. Registration: ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง(5 คะแนน) โดยอาจใช้วิธีถามว่า
 “ฟังดีๆนะ จะบอกเพียงครั้งเดียว เมื่อพูดจบให้คุณ (ตา, ยาย) พูดทวนตามที่ได้ยินทั้ง 3 ชื่อ แล้วจำไว้ให้คืนะคะ เดี่ยวจะถามซ้ำ
 ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ
 ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า
 ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

ข้อ 4. Attention or Calculation: ทดสอบสมาธิโดยให้คิดเลขในใจ (5 คะแนน)
 4.1 คิดเลขในใจ เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์
 เท่าไร
 บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 ครั้ง แล้วตอบไม่ได้ ให้คิด
 คะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องเปลี่ยนไปทำข้อ 4.2

4.2 “เดี๋ยวผมเดิน จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ ตา/ยาย ฟัง แล้วให้คุณตา/ยาย สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก
 ว่ามะนาวสะกดว่า มอมา-สระอะ-นอหนุ-สระอา-ว
 แหวน คุณ ตา/ยาย สะกดถอยหลังให้ฟังสิครับ/ค่ะ
 ว..... ่า..... น..... ะ..... ม.....

การศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ไม่ได้เรียน (อ่านเขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ ต้องทำ ข้อ 4, 9, 10)
ประถมศึกษา	≤ 14	30
สูงกว่าประถมศึกษา	≤ 14	30

แปลผล ถ้าคะแนนน้อยกว่าจุดตัด= สงสัยว่ามี
 ภาวะสมองเสื่อม(Cognitive Impairment)

สรุปผลการพิจารณา:

ไม่เป็นสมองเสื่อม
 สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม
 ส่งต่อแพทย์วินิจฉัย

แบบฟอร์มสำหรับใช้ประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric Assessment) สำหรับ รพช.ขึ้นไป

หมายเหตุ: สำหรับประเมินผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง (Ageing Screening) แล้วพบว่ามีคามผิดปกติ/เสี่ยง

• การทดสอบสภาพสมอง: MMSE-T 2002 (ต่อ)

(แบบ Geriatric Assessment หน้า 2/2).

ข้อ 5. Recall: ทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 8 อย่างที่ให้จำไว้แล้ว (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

ข้อ 6 Naming: ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดู แล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

6.2 ชี้ภาพของมือให้ผู้ถูกทดสอบดู แล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

ข้อ 7. Repetition: ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผมดิฉัน นะ เมื่อผมดิฉัน พูดข้อความนี้แล้ว ให้คุณ ตยยาย พูดตาม จะบอกเพียงเที่ยวเดียว “ใครใครขายไก่ไข่”

ข้อ 8 Verbal command: ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง (3 คะแนน)

ข้อนี้ให้ทำตามทีบอก ตั้งใจฟังดิฉันนะ เตี้ยผมดิฉัน จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตยยาย) รับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือทั้งสองข้าง เสร็จแล้ววางที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง)

ข้อ 9. Written command: ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้ (คะแนน)

ให้คุณตยยาย อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

9.1 ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “กลับตา” กลับตาได้

ข้อ 10. Writing: ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (1 คะแนน)

ให้คุณตยยาย เขียนข้อความอะไรก็ได้ ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย

ข้อ 11 Visuoconstruction: ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ตา กับ มือ (1 คะแนน) **เตรียมภาพตัวอย่างขนาดใหญ่ และ กระดาษไว้สำหรับให้ผู้ถูกทดสอบ วาดภาพด้วย

โดย ให้คุณตยยาย วาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง

• การคัดกรองโรคซึมเศร้า : 9 คำถาม (9Q)	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (> 7 วัน)	เป็นทุกวัน	การแปลผล: (9Q) คะแนนรวม =..... <input type="checkbox"/> คะแนน <7 ไม่มีอาการโรค ซึมเศร้า <input type="checkbox"/> คะแนน 7-12 มีอาการโรค ซึมเศร้าระดับน้อย <input type="checkbox"/> คะแนน 13-18 มีอาการโรค ซึมเศร้าระดับปานกลาง <input type="checkbox"/> คะแนน ≥ 19 มีอาการโรค ซึมเศร้าระดับรุนแรง
เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3	
ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3	
หลับยาก หรือ หลุกๆตื่นๆ หรือ หลับมากไป	0	1	2	3	
เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3	
เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3	
รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัว	0	1	2	3	
สมาธิไม่ตีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความ	0	1	2	3	
พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่	0	1	2	3	
คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3	

• การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก: (สำหรับผู้ที่ตอบว่า “ปวดเข่า” ที่มา: ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย)

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ข้อเข่าฝืดตึงหลังตื่นนอนตอนเช้านาน <30 นาที (Stiffness)		
2	เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว (crepitus)		
3	กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า (bony tenderness)		
4	ข้อใหญ่ผิดปกติ (bony enlargement)		
5	ไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth)		

มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (มีอาการ “ปวดเข่า” และตอบว่า “ใช่ 2 ข้อ”) ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

• การคัดกรองภาวะหกล้ม: (Time up and Go Test) TUGT : ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะ 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม
จับเวลาได้นาที่วินาที : การพิจารณา ปกติ (ใช้เวลาน้อยกว่า 10 วินาที) มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (ใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที) แนะนำการ

• การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ

คำถาม: ผู้สูงอายุมีภาวะ ปัสสาวะเล็ด หรือ ปัสสาวะรด จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่มี มี (ส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อรักษา) ส่งต่อ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการประเมิน หน่วยงาน.....วันที่/...../.....