

แบบฟอร์มสำหรับใช้ประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric Assessment: GA) สำหรับ รพช.ขึ้นไป

หมายเหตุ: สำหรับประเมินผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง (Basic Geriatric Screening: BGS) แล้วพบว่ามีความผิดปกติ/เสี่ยง

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

❖ การคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อย

1. โรคความดันโลหิตสูง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาและ/หรือกินยาประจำ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่ได้รับการรักษาและ/หรือกินยาประจำ
 วัดความดันโลหิต ระดับความดันโลหิตตัวบน/ซิสโตลิก (SBP).....มม.ปรอท /ระดับความดันโลหิตตัวล่าง/ไดแอสโตลิก (DBP)มม.ปรอท

2. โรคเบาหวาน: ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เป็นโรคเบาหวาน ได้รับการรักษาและ/หรือกินยาประจำ เป็นโรคเบาหวาน ไม่ได้รับการรักษาและ/หรือกินยาประจำ
 FPGมก.ดล. เจาะปลายนิ้วมก.ดล.

3. ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีการสูบบุหรี่)

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ยังคงสูบบุหรี่ ยาเส้น ยาสูบ บุหรี่ซิการ์ แรต บุหรี่ซิการ์ หรือ หยุดสูบไม่เกิน 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 หรือน้อง) ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต (ผู้ชายเป็นก่อนอายุ 55 ปี, ผู้หญิงเป็นก่อนอายุ 65 ปี)		

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

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

5. ประเมินสุขภาพช่องปากโดยบุคลากรสาธารณสุข (ในข้อ 1-5 ถ้าได้ 1 คะแนน ข้อใดข้อหนึ่งให้ส่งต่อทันตบุคลากร เพื่อเข้ารับบริการ)	คะแนน		แผนการให้บริการด้านสุขภาพช่องปาก จากการประเมิน (ช่องนี้สำหรับทันตบุคลากร)
	0	1	
1.เนื้อเยื่อในช่องปาก (บริเวณริมฝีปาก แก้ม ลิ้น มีปุ่ม/ ก้อนเนื้อ/ มีแผลเรื้อรัง หรือไม่)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เนื้อเยื่อในช่องปาก.....
2.เหงือกและอวัยวะปริทันต์ (บริเวณเหงือกมีเลือดออก/ มีฟันหนอง/ ฟันโยก หรือไม่)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เหงือกและอวัยวะปริทันต์
3.ฟันผุ (มีฟันผุเป็นรู เสียฟัน ฟันหัก/ ฟันแตกหลุดแต่ติดฟัน หรือไม่)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ฟันผุ
4.ปัญหาการเคี้ยว/กลืน (มีปัญหาการเคี้ยวอาหาร/ การกลืน หรือไม่)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ปัญหาการเคี้ยว/กลืน
5.ฟันเทียม (จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม หรือทำฟันเทียมใหม่ หรือไม่)	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> จำเป็น	<input type="checkbox"/> ฟันเทียม
6.ท่านได้รับการตรวจหรือรักษาจากทันตบุคลากร หรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> รากฟันเทียม
7.ปัจจุบันท่านต้องการการรักษาทางทันตกรรม หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ	<input type="checkbox"/> ต้องการ	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....

❖ การคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes

1. การคัดกรองโรคซึมเศร้า : 9 คำถาม (9Q)	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (> 7 วัน)	เป็นทุกวัน	การแปลผล: (9Q) คะแนนรวม =..... <input type="checkbox"/> คะแนน < 7 ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า <input type="checkbox"/> คะแนน 7-12 มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย <input type="checkbox"/> คะแนน 13-18 มีอาการโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง <input type="checkbox"/> คะแนน ≥ 19 มีอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง
1.เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3	
2.ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3	
3.หลับยาก หรือ หลกๆตื่นๆ หรือ หลับมากไป	0	1	2	3	
4.เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3	
5.เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3	
6.รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3	
7.สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3	
8.พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3	
9.คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3	

2. การคัดกรองภาวะหกล้ม: (Time up and Go Test) TUGT : ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะ 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม
 จับเวลาได้นาทีวินาที เดินไม่ได้ ปกติ มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม แนะนำการป้องกันการหกล้มและส่งต่อเพื่อวินิจฉัย
 การพิจารณา : ใช้เวลาตั้งแต่ 30 วินาทีขึ้นไป แสดงว่า มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม

3. การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ:
 คำถาม: "ผู้สูงอายุมีภาวะ ปัสสาวะเล็ด หรือ ปัสสาวะรด จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน" ไม่มี มี ให้คำแนะนำและควรส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจประเมิน วินิจฉัย รักษา

แบบฟอร์มสำหรับใช้ประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric Assessment: GA) สำหรับ รพช. ขึ้นไป

หมายเหตุ: สำหรับประเมินผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง (Basic Geriatric Screening: BGS) แล้วพบว่ามีความผิดปกติ/เสี่ยง

4. การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก: (สำหรับผู้ที่ตอบว่า "ปวดเข่า" ที่มา: ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย)

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

การพิจารณา: มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (ตอบว่า ใช่ 2 ข้อขึ้นไป) ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

5. การทดสอบสภาพสมอง : MMSE-T 2002 (แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สามารถใช้ได้กับผู้ที่ไม่ได้เรียนหรือไม่รู้หนังสือ(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 วันนี่วันที่เท่าไร..... 1.2 วันนี้ วันอะไร..... 1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร.....
 1.4 ปีนี้ ปีอะไร..... 1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร.....

ข้อ 2. Orientation for place: ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ปัจจุบัน (5 คะแนน) รวม เท่ากับ ___ คะแนน (เติมคำตอบแต่ละข้อใน..... และเติมคะแนนใน)

2.1 กรณียุทธสถานพยาบาล
 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ ชื่ออะไร..... 2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตึกอาคาร.....
 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร..... 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร..... 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร.....

ข้อ 3. Registration: ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง (3 คะแนน) โดยอาจใช้วิธีถามว่า

"ฟังดูนะคะ จะบอกเพียงครั้งเดียว เมื่อพูดจบให้คุณ (ตา, ยาย) พูดทวนตามที่ได้ยินทั้ง 3 ข้อ แล้วจำไว้ทีละคนะ 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 ได้ผลลัพธ์เท่าไร.....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 ครั้ง แล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำไม่ได้ ต้องเปลี่ยนไปทำข้อ 4.2

4.2 "เตี๋ยวม/ดิฉัน จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ ตา/ยาย ฟัง แล้วให้คุณตา/ยาย สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก

คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม่-สระอะ-นอนู-สระอา-วอแหวน คุณ ตา/ยาย สะกดถอยหลังให้ฟังสิครับ/ค่ะ"

ว..... ำ..... น..... ะ..... ะ..... ะ..... ะ..... ะ..... ะ..... ะ..... ะ..... ะ..... ะ.....

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

เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

ข้อ 6 Naming: ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น (2 คะแนน)

6.1 ยืนดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดู แล้วถามว่า "ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร".....

6.2 ขึ้นนำฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดู แล้วถามว่า "ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร".....

ข้อ 7. Repetition: ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (1 คะแนน)

ตั้งใจฟังม/ดิฉัน นะ เมื่อม/ดิฉัน พูดข้อความนี้แล้ว ให้คุณ ตา/ยาย พูดตาม จะบอกเพียงเที่ยวเดียว "ใครใคร่ขายไก่ไข่".....

ข้อ 8 Verbal command: ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง (3 คะแนน)

ข้อนี้ให้ทำตามทีบอก ตั้งใจฟังทีนะ เตี๋ยวม/ดิฉัน จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา/ยาย) รับผิดชอบต่อมือขวา/ รับผิดชอบต่อมือทั้งสองข้าง/ เสร็จแล้ววางที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง).....

ข้อ 9. Written command: ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้ (1 คะแนน)

ให้คุณตา/ยาย อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

9.1 ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "หลับตา" หลับตาได้

ข้อ 10. Writing: ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (1 คะแนน)

ให้คุณตา/ยาย เขียนข้อความอะไรก็ได้ ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย ประโยคมีความหมาย.....

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

โดยให้คุณตา/ยาย วาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง.....



ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ไม่ได้เรียน (อ่านเขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ ต้องทำข้อ 4, 9, 10)
ประถมศึกษา	≤ 17	30
สูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

แปลผล: ถ้าคะแนนน้อยกว่าจุดตัด คือ "สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (Cognitive Impairment)"

สรุปผลการพิจารณา:

ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมจากเครื่องมือนี้

สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ส่งต่อแพทย์วินิจฉัย

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