

แบบประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นโรคต่อการเป็นหลอดเลือดสมอง STROKE

ชื่อร้าน..... จังหวัด..... วัน/เดือน/ปีที่ให้บริการ
เภสัชกรผู้ให้บริการ ชื่อ - นามสกุล..... รวมระยะเวลา..... นาที
คำยินยอม
ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดของแผนงานฯและสมัครใจเข้ารับบริการ โดยยินยอมให้เภสัชกรผู้ให้บริการตามแผนงานฯนี้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าและอนุญาตให้ผู้ควบคุมข้อมูลของแผนงานฯ เก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าไว้จนถึงสิ้นสุดระยะเวลาของโครงการฯ เพื่อวัตถุประสงค์ในการสร้างเสริมสุขภาพของข้าพเจ้าเองและเพื่อประโยชน์ส่วนรวมของการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ แลเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรชุมชน โดยจะต้องเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับและอนุญาตให้เปิดเผยหรือใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าในรูปแบบที่ไม่ระบุตัวตนของข้าพเจ้าฯ เท่านั้น
ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ+ผู้ให้คำยินยอม ว/ด/ป ที่ให้คำยินยอม.....
ข้อมูลทั่วไป
ชื่อ - นามสกุล..... เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามบัตรประชาชน บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....
สิทธิการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> ทรานสิทิแต่ประสงค์จ่ายเงินเอง
1. ท่านมีญาติสายตรง (พ่อ หรือแม่ หรือพี่ หรือน้อง) เป็นโรคหัวใจขาดเลือดหรืออัมพาตใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ (1) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (0) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (0)
2. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ท่านสูบบุหรี่ใช่หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ (1) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (0) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (0)
3. ท่านมีระดับความดันโลหิตที่วัดได้ มากกว่า หรือเท่ากับ 140 /90 mmHg หรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือ <input type="checkbox"/> ใช่ (1) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (0) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (0)
4. ท่านมีระดับน้ำตาลในเลือดจากหลอดเลือดฝอย มากกว่า120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน <input type="checkbox"/> ใช่ (1) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่(0) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (0)
5. ท่านเคยได้รับการบอกจากแพทย์หรือพยาบาลว่ามีไขมันในเลือดผิดปกติ <input type="checkbox"/> ใช่ (1) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่(0)
6. ท่านมีดัชนีมวลการ (BMI) มากกว่า 25 kg/m ² หรือขนาดรอบเอวที่วัดได้ ชายมากกว่า 90 ซม. หญิง มากกว่า 80 ซม. <input type="checkbox"/> ใช่ (1) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (0) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (0)
7. ท่านเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ (1) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่(0)
8. ท่านเป็นโรคหัวใจหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่(1) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่(0)
สรุปผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นอัมพาต
<input type="checkbox"/> ต่ำ (0 คะแนน) <input type="checkbox"/> ปานกลาง (1 – 6 คะแนน) <input type="checkbox"/> เสียสูง (7-8 คะแนน)
การให้ความรู้
<input type="checkbox"/> สอน Stroke Application เน้น 270 นาทีเพื่อชีวิต
<input type="checkbox"/> อธิบายอาการที่ต้องรีบไป รพ. : Facial Palsy ; Arm drip ; Speech ; Time
<input type="checkbox"/> MTM <input type="checkbox"/> ปรับพฤติกรรม
<input type="checkbox"/> ส่งต่อ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....



แผนงานเครือข่ายร้านยาพาเลิกบุหรี่และสร้างเสริมสุขภาพ