**แบบคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน )
 ( กลุ่มประชากร สัญชาติไทย อายุ >35 ปี ที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค และในปีนี้ไม่เคยได้รับการคัดกรองฯที่ใดมาก่อน) )**

 F01

 Rev 65

F 01

|  |
| --- |
| ชื่อร้าน................................................................................ จังหวัด........................................................... วัน/เดือน/ปีที่ให้บริการ ................/..................../......................... เภสัชกรผู้ให้บริการ ชื่อ – นามสกุล........................................................................................................... รวมระยะเวลา..........................................................นาที |
| **คำยินยอม**  ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดของแผนงานฯและสมัครใจเข้ารับบริการ โดยยินยอมให้เภสัชกรผู้ให้บริการตามแผนงานฯนี้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าและอนุญาตให้ผู้ควบคุมข้อมูลของแผนงาน ฯ เก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าไว้เพื่อวัตถุประสงค์ในการสร้างเสริมสุขภาพของข้าพเจ้าเองและเพื่อประโยชน์ส่วนรวมของการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพ และเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชน โดยจะต้องเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับและอนุญาตให้เปิดเผยหรือใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าในรูปแบบที่ไม่ระบุตัวตนของข้าพเจ้า ฯ เท่านั้น  ลงชื่อ....................................................................ผู้รับบริการ+ผู้ให้คำยินยอม ว/ด/ป ที่ให้คำยินยอม........................................ |
| **คำยินยอม การอนุญาตให้เภสัชกรเจาะเลือดปลายนิ้ว**ข้าพเจ้าฯ ยินยอมและอนุญาตให้เภสัชกรผู้ให้บริการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วเพื่อดูค่าน้ำตาลในเลือดครั้งที่ 1 : วันที่...........................................ลงชื่อ...........................................................ผู้ให้ความยินยอม ครั้งที่ 2 : วันที่...............................................ลงชื่อ.................................................................ผู้ให้ความยินยอม |
| **ข้อมูลทั่วไป** |
| ชื่อ – นามสกุล................................................................................. เพศ ❑ชาย ❑หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด...................../................/…........... อายุ........................ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน **🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌🗌 🗌🗌 🗌** ❑ที่อยู่ปัจจุบัน ❑ที่อยู่ตามบัตรประชาชน บ้านเลขที่....................................... ถนน................................................. ตำบล/แขวง...............................................อำเภอ/เขต..................................................จังหวัด...................................................เบอร์โทรศัพท์บ้าน..........................................มือถือ................................................ สิทธิการรักษาพยาบาล ❑ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( 30 บาท ) ❑ ประกันสังคม ❑ ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ ❑ทราบสิทธิแต่ประสงค์จ่ายเงินเอง |
| **ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (พ่อ, แม่ และพี่น้องสายตรง)** ❑ เบาหวาน ❑ความดันโลหิตสูง ❑ ไขมันในหลอดเลือดผิดปกติ ❑ หลอดเลือดหัวใจ ❑ อัมพาต ❑ ไม่ทราบ / ไม่มี  |
| **การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์** ❑ ดื่มประจำ ...........ครั้ง/สัปดาห์ ( เหล้า>45cc/วัน, เบียร์>240cc/วัน, ไวน์>120cc/วัน )  ❑ ดื่มครั้งคราว ❑ เคยดื่มแต่เลิกแล้ว ❑ ไม่ดื่ม **การสูบบุหรี่** ❑ เลิกสูบแล้ว ...........ปี  ชนิดของบุหรี่ที่สูบ ❑ มวนเอง ❑ บุหรี่ซอง ❑บุหรี่ไฟฟ้า ❑ สูบประจำ.........มวน/วัน เป็นเวลา.........ปีชนิดของบุหรี่ที่สูบ ❑ มวนเอง ❑ บุหรี่ซอง ❑บุหรี่ไฟฟ้า  ❑ ไม่สูบ **การออกกำลังกาย** ❑ ออกกำลังกาย ≥ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ❑ ออกกำลังกาย < สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ❑ ไม่ออกกำลังกาย **อาหารที่รับประทานเป็นประจำ** ❑ หวาน ❑ เค็ม ❑ มัน ❑ อื่นๆเช่น เผ็ด เปรี้ยว จืด **การพักผ่อน** ❑≥6 ชั่วโมง ❑< 6 ชั่วโมง  |
| **แบบคัดกรอง/ประเมินความเสี่ยง** |
| **ปัจจัยเสี่ยง** | **คะแนน** | **ข้อมูลผู้คัดกรอง** |
| **1. เพศ** | ❑ ชาย [=2] ❑ หญิง [=0] | อายุ................. ปี เส้นรอบเอว ................... ซมน้ำหนัก ...........kg. ส่วนสูง ..................... ซม.BMI.................... ค่าปกติ 18.5 - 23BP ครั้งที1........................................... mmHg. BP ครั้งที2............................................ mmHg. BP ครั้งที3............................................mmHg.BP เฉลี่ย........................ mmHg.  ค่าปกติ <120/80 mmHg. HR.................. Bpm. ค่าปกติ 60 – 80 Bpm. |
| **2.อายุ** | ❑ ≤34 – 44 ปี [=0] ❑ 45 – 49 ปี [=1] ❑ ≥ 50 ปี [=2]  |
| **3.ประวัติคนในครอบครัวเบาหวาน** | ❑ มี [=4] ❑ ไม่มี [=0] |
| **4.. BMI** | ❑ < 23 [=0] ❑ 23 – 27.5 [=3] ❑ > 27.5 [=5] |
| **5. เส้นรอบเอว** | ❑ < 90ซม. (ชาย) , < 80ซม. (หญิง) [0]❑ ≥ 90 ซม. (ชาย), ≥ 80ซม. (หญิง) [1] |
| **6. ความดันโลหิตสูง(เฉลี่ย)** | ❑BP <140 / 90 mmHg [0] ❑BP ≥ 140 / 90 mmHg [2] |
| **สรุปผลการคัดกรอง** |
| **ความเสี่ยงเบาหวาน(ใช้คะแนนข้อ 1- 6)** |  คะแนน | ❑เสี่ยงต่ำ(≤ 2คะแนน) ❑เสี่ยงปานกลาง(3–5คะแนน) ❑เสี่ยงสูง(6–8คะแนน) ❑เสี่ยงสูงมาก(≥9คะแนน) |
| **ความเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง(ใช้ข้อ 5)**  | คะแนน | ❑ ไม่เสี่ยง (0 คะแนน) ❑ เสี่ยง (1 คะแนน) |
| **ความเสี่ยงความดันโลหิตสูง**  | คะแนน**(ใช้คะแนนข้อ 6**)  | ❑ ความเสี่ยงต่ำ (0 คะแนน) ❑เสี่ยง (2 คะแนน) |
| **ผลระดับน้ำตาลในเลือด ( ให้ผู้รับบริการเจาะเอง หรือหากให้เภสัชกรทำ ผู้รับบริการต้องเซ็นต์อนุญาตให้เภสัชกรทำให้ )**  |
| **FBS** (อดอาหาร≥ 8 ชั่วโมง) .................................................................. mg./dL หรือ  **Random** ..................................... mg./dL **หลังอาหาร...................ชั่วโมง** |
| **แผนการให้บริการเพิ่มเติม** |
| ❑ ให้ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมความเสี่ยงครั้งที่ 1 ❑ ให้ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมความเสี่ยงครั้งที่ 2❑ Refer เพื่อConfirm โดยแพทย์ :สถานพยาบาล.............................................................................................................................. (พร้อม แนบสำเนาเอกสารการส่งต่อ) หมายเหตุ : การ Refer เพื่อConfirm โดยแพทย์ : **FBS ≥ 126 mg./dL , Random ≥ 200 mg./dL , BP ≥ 140 / 90 mmHg**  |
|  **กิจกรรมการให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษา ในกลุ่ม Metabolic Syndrome ครั้งที่ 1** ( ณ วันที่รับบริการคัดกรอง )F 02F 02 |
| **การให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษา**❑ ความเสี่ยงโรค DM ❑ ความดันโลหิตสูง ❑การออกกำลังกาย ❑อาหาร/โภชนาการ ❑ การคลายเครียด ❑ การเลิกสูบบุหรี่ ❑ อื่นๆ ........................  |
| **ผลการ Refer** |
| ผลการวินิจฉัย ❑ ไม่เป็นโรค ❑ เป็นโรคเบาหวาน ❑ เป็นโรคความดันโลหิตสูง❑ เป็นโรคอื่นๆ................................................................................................ยาที่ได้รับ ❑ ไม่ได้รับยา ❑ ได้รับยา 1............................................................................2............................................................3............................................**กรณีติดตามผลไม่ได้** ให้ระบุเหตุผล ❑โทรไม่ติด/ไม่มีคนรับ ❑ผู้รับบริการยังไม่มีเวลาไปพบแพทย์ ❑ผู้รับบริการคิดว่าตนเองสบายดี/หายแล้ว/ยังไม่เป็นอะไร ❑ อื่นๆระบุ............................................................................... |
|  **กิจกรรมการให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษา ในกลุ่ม Metabolic Syndrome ครั้งที่ 2** ( เว้นช่วง **1 เดือน** กรณีพบความเสี่ยง และ ต้องติดตาม )  ❑ มารับบริการที่ร้าน ❑ ให้บริการทางโทรศัพท์ วันที่...........................................เวลา...........................................F03.F 03 |
|  **BPเฉลี่ย**. ...................................... mmHg. ; **FBS**  (อดอาหาร ≥ 8 ชั่วโมง) ............................ mg./dL **; Random**........................... mg./dL **หลังอาหาร...............ชม.** |
| **การให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษา**❑ ความเสี่ยงโรค DM ❑ ความดันโลหิตสูง ❑การออกกำลังกาย ❑อาหาร/โภชนาการ ❑ การคลายเครียด ❑ การเลิกสูบบุหรี่ ❑ อื่นๆ ........................  |
| **สรุป F3 : การติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** **การสูบบุหรี่** ❑ ลดลง ❑ เพิ่มขึ้น ❑ เท่าเดิม ❑ เลิกได้เลย ❑ อื่นๆระบุ ....................................................  **การดื่มเหล้า** ❑ ลดลง ❑ เพิ่มขึ้น ❑ เท่าเดิม ❑ เลิกได้เลย ❑ อื่นๆระบุ ....................................................  **ความอ้วน/BMI**   **น้ำหนัก** ❑ ลดลง ❑ เพิ่มชึ้น ❑ คงเดิม ❑ อื่นๆระบุ .................................................. **รอบเอว** ❑ ลดลง ❑ เพิ่มชึ้น ❑ คงเดิม ❑ อื่นๆระบุ .................................................. **การออกกำลังกาย** ❑ เหมือนเดิม ❑ เพิ่มชึ้น ❑ ลดลง ❑ จำนวนครั้งเท่าเดิม แต่เพิ่มเวลาต่อครั้ง ❑ อื่นๆระบุ ..........  **การกินอาหาร (รสอาหาร)**  ❑ ดีขึ้น ❑ แย่ลง ❑ เท่าเดิม ❑ อื่นๆระบุ ................................................... **ความเครียด** ❑ ลดลง ❑ เพิ่มชึ้น ❑ เท่าเดิม ❑ อื่นๆระบุ ................................................... ❑ อื่นๆ ระบุ..............................................................................................................................................................................................................................................  Intervention ..............................................................................................................................................................................................................................................  |