



แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening: BGS)

❖ ข้อมูลทั่วไป ชื่อ-สกุล _____ ว.ด.ป.เกิด _____ อายุ _____ ปี เพศ _____
ที่อยู่เลขที่ _____ หมู่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

❖ การคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อย

1. โรคความดันโลหิตสูง

วัดความดันโลหิต: ระดับความดันโลหิตตัวบน/ซิสโตลิก (SBP) เท่ากับมม.ปรอท

ระดับความดันโลหิตตัวล่าง/ไดแอสโตลิก (DBP) เท่ากับ.....มม.ปรอท

การจำแนกระดับโรคความดันโลหิตสูง:Category	SBP (มม.ปรอท)		DBP (มม.ปรอท)
Optimal	<120	และ	<80
Normal	120 – 129	และ/หรือ	80 – 84
High normal	130 – 139	และ/หรือ	85 – 89
Grade 1 hypertension (mild)	140 – 159	และ/หรือ	90 – 99
Grade 2 hypertension (moderate)	160 – 179	และ/หรือ	100 – 109
Grade 3 hypertension (severe)	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolate systolic hypertension : ISH	≥ 140	และ	<90

การพิจารณา:

มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ≥ 90 มม.ปรอท

2. โรคเบาหวาน

การตรวจระดับพลาสมากลูโคส (FPG)มก.ดล.

การพิจารณาผลผลการตรวจเลือดโดยการตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG) FPG > 126 มก./ดล. แสดงว่า เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

3. สุขภาพช่องปาก: ประเมินพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาด (หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในข้อใดไม่เหมาะสม ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง)

1.1) การแปรงฟัน ไม่ได้แปรงฟัน/ไม่ได้ใช้แปรงสีฟัน แปรงวันละ 1 ครั้งก่อนนอน แปรง 2 ครั้ง/วัน แปรงมากกว่า 2 ครั้ง/วัน อื่นๆ ระบุ.....
 แปรง 2 ครั้ง/วัน ซ/ย แปรงมากกว่า 2 ครั้ง/วัน ไม่ทำ ทำ โดยใช้ยู่เปอร์น.....

1.2) การใช้น้ำยาบ้วนปาก ใช้ ไม่ใช้

1.3) การทำความสะอาดช่องปาก ทุกวัน/เกือบทุกวัน

1.4) ประเมินสถานะเสี่ยงต่อการเกิดโรค สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวน/วัน เคี้ยวหมากประจำ

4. สุขภาพทางตา: การคัดกรองสุขภาพตา

ไม่ใช่ ใช่ ระบุตา

1. นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง (คัดกรองสายตาระยะไกล)

2. อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่ง ในระยะ 1 ฟุต ไม่ได้ (ประเมินสายตาระยะใกล้)

3. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า ตามัวคล้ายมีหมอกบัง (คัดกรองความเสี่ยงต่อกระจก)

4. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า มองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้าง หรือมีกเดินขนประตูลิ่งของบ่อยๆ (คัดกรองความเสี่ยงต่อหิน)

5. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า มองเห็นจุดดำกลางภาพหรือเห็นภาพบิดเบี้ยว (คัดกรองความเสี่ยงโรคจอตาเสื่อมจากอายุ)

การพิจารณา:

ตอบว่า ใช่ จำนวน.....ข้อ

ไม่มีปัญหา (ตอบ “ไม่ใช่” ทุกข้อ)

มีปัญหา (ตอบว่า ใช่ ข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่า

มีปัญหาการมองเห็น ให้ทำ Snellen Chart

และ ส่งต่อแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรักษา)

❖ การคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes

1. การทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT)

1	อายุเท่าไร.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด	6	คนนี้ (คนถาม) คือใคร และ คนใกล้ๆ(ญาติ) คือใคร.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด
2	ขณะนี้เวลาอะไร.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด	7	วันเดือนปีเกิด ของท่านคือ.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด
3	ที่อยู่ปัจจุบันของท่านคือ.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด	8	เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือวันมหาวิปโยค เกิด พ.ศ.อะไร.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด
4	ปีนี้ ปีอะไร.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด	9	พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด
5	สถานที่ตรงนี้เรียกว่า.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด	10	ให้นับถอยหลังจาก 20 จนถึง 1.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด

ตอบถูก.....ข้อ การพิจารณา: รู้คิดปกติ(ตอบถูก ตั้งแต่ 8 ข้อขึ้นไป) รู้คิดผิดปกติ (ตอบถูก <7 ข้อ) ควรประเมิน MMSE ต่อ



แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening: BGS)

2. การคัดกรองโรคซึมเศร้า : 2 คำถาม (2Q)	ไม่มี	มี	การพิจารณา: ตอบว่า “มี” จำนวน.....ข้อ <input type="checkbox"/> ปกติ (ไม่มีทั้ง 2 ข้อ) <input type="checkbox"/> มีความเสี่ยง (มีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ) ควรทำ 9Q ต่อ
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิด เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่ <input type="checkbox"/>			
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่มีแรงหรือไม่มี <input type="checkbox"/>			

3. การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม :
 ข้อคำถาม: ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าหรือไม่?
 ไม่ปวดเข่า (ปกติ)
 ปวดเข่า (มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม) แนะนำและควรส่งต่อเพื่อประเมินข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก

4. การคัดกรองภาวะหกล้ม: (Time up and Go Test) TUGT
 คำสั่ง: ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะ 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม
 จับเวลาได้นาทีวินาที เดินไม่ได้ ปกติ มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม แนะนำการป้องกันการหกล้มและส่งต่อเพื่อวินิจฉัย
 การพิจารณา : ใช้ตั้งแต่ 30 วินาที ขึ้นไป แสดงว่า มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม

5. การคัดกรองภาวะโภชนาการ : ดัชนีมวลกาย (BMI: Body Mass Index)
 น้ำหนักตัว เท่ากับ.....กิโลกรัม ส่วนสูง เท่ากับ.....เมตร
 การแปรผล: ใช้สูตรการคำนวณ น้ำหนักตัว (กก.) หารด้วย ส่วนสูง (เมตร)² =

BMI มาตรฐาน ASIAN	การแปรผล
< 18.5	<input type="checkbox"/> ผอม
18.5 – 22.9	<input type="checkbox"/> ปกติ
23.0 – 24.9	<input type="checkbox"/> ท้วม
25.0 – 29.9	<input type="checkbox"/> อ้วน
>30	<input type="checkbox"/> อ้วนมาก

❖ การประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อจำแนกตามกลุ่มศักยภาพ

1. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL)

รายการประเมิน	ผล / (คะแนน)		
1.กินอาหาร เมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้ต่อหน้า	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (2)	<input type="checkbox"/> ทำเองได้บ้างแต่ต้องมีคนช่วย (1)	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ (0)
2.ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (1-2 วัน ที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (1)	<input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลือ (0)	
3.ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก (1)	<input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลือบ้าง (2) <input type="checkbox"/> เดินได้เอง (3)
4.การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม	<input type="checkbox"/> ช่วยตัวเองไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> ทำเองได้บ้าง (1)	<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (2)
5.การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	<input type="checkbox"/> เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> ต้องใช้รถเข็นแต่ไม่ต้องช่วย (1)	<input type="checkbox"/> เดินได้ต้องมีคนช่วยพยุง (2) <input type="checkbox"/> เดินได้เอง (3)
6.การสวมใส่เสื้อผ้า	<input type="checkbox"/> ต้องมีคนสวมใส่ให้ (0)	<input type="checkbox"/> ช่วยตัวเองได้ประมาณครึ่งหนึ่งที่เหลือต้องช่วย(1)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (2)
7.การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำได้ (0)	<input type="checkbox"/> ต้องการคนช่วย (1)	<input type="checkbox"/> ขึ้นลงได้เองถ้าใช้เครื่องช่วยจะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย (2)
8.การอาบน้ำ	<input type="checkbox"/> ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ (0)	<input type="checkbox"/> อาบน้ำเองได้ (1)	
9.การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้บางครั้ง เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (1)	<input type="checkbox"/> กลั่นได้ปกติ (2)
10.การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้บางครั้ง เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง (1)	<input type="checkbox"/> กลั่นได้ปกติ (2)
รวม.....คะแนน การพิจารณา:	<input type="checkbox"/> กลุ่ม 1 (Independent) คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน	<input type="checkbox"/> กลุ่ม 2 (Partial-Dependent) คะแนน 5 – 11 คะแนน	<input type="checkbox"/> กลุ่ม 3 (Dependent) คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4

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