เอกสารเวชระเบียน

ผู้ป่วยจิตเวช

สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

เอกสารเวชระเบียน

ผู้ป่วยจิตเวช

สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1

เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)

ISBN 978-616-11-4700-6

ที่ปรึกษา นายแพทย์บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์

บรรณาธิการ นายแพทย์ณัฐ ไกรภัสสร์พงษ์

นางธัญลักษณ์ แก้วเมือง

ผู้จัดพิมพ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2564

จำนวน 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท บียอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด

คำนำ

การบันทึกเวชระเบียนถือเป็นมาตรฐานทางวิชาชีพ สามารถใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์ หลักฐานทางกฎหมาย หลักฐานในการเบิกจ่าย และเป็นช่องทางการสื่อสารข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้วางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกัน การทบทวนเอกสารเวชระเบียนเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่จะช่วยสะท้อนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยให้ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ

กรมสุขภาพจิตได้ทบทวนเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป และผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล ทั้งสิ้น 3 ระยะ ในปีงบประมาณ 2562 โดยผ่านความเห็นจากผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ (เฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) นักเวชสถิติ สหวิชาชีพ ประกอบด้วย นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น รวมทั้งคณะกรรมการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของหน่วยงาน

ปีงบประมาณ 2563 กรมสุขภาพจิตได้นำเอกสารเวชระเบียน ทดลองใช้ในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย หน่วยงานจิตเวชทั่วไป 14 แห่ง และหน่วยงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 6 แห่ง กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต ได้มีการตรวจสอบและปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะจากการนำไปใช้จริง และได้นำเอกสารเวชระเบียน เข้าสู่กระบวนการวิพากษ์เนื้อหา เพื่อพัฒนาแบบบันทึกเวชระเบียนให้สอดคล้องกับเกณฑ์การตรวจคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563 เพื่อให้ครอบคลุมมาตรฐานการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยต่อไป

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
การพัฒนาเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช	ฉ
เวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป	1
♦ **เวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน (OPD/ER)**	2
➢ แบบกรอกข้อมูลประวัติผู้ป่วยใหม่	3
➢ แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	4
➢ แบบบันทึกทางคลินิก (Clinical Record)	5
➢ แบบสัมภาษณ์ประวัติด้านจิตสังคม	7
➢ แบบบันทึกการบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	8
➢ แบบคำร้องแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล	9
➢ แบบหนังสือให้ความยินยอมจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย	10
➢ แบบบันทึกการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention)	11
➢ แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Record)	12
♦ **เวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD)**	13
➢ แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา	14
➢ แบบประจำตัวผู้ป่วยรับไว้	15
➢ แบบบันทึกประวัติ ตรวจร่างกายและสภาพจิตผู้ป่วยแรกรับ (แพทย์)	16
➢ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ (พยาบาล)	18
➢ แบบบันทึกการระบุตำแหน่ง Wound/Injury	20
➢ แบบบันทึกการประสานรายการยา (Medication Reconciliation Form)	21
➢ แบบบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor’s Order Sheet)	22
➢ แบบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคของทีมสหวิชาชีพ (Progress Note)	23
➢ แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses’ Note)	24
➢ แบบบันทึกสัญญาณชีพและการรักษา	25
➢ แบบบันทึกสัญญาณชีพและระบบประสาท	26
➢ แบบบันทึกการให้ยาฉีด	27
➢ แบบบันทึกการให้ยารับประทาน	28
➢ แบบติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยงสูง	29
➢ แบบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Clinical Laboratory Reports)	31

สารบัญ

หน้า

- แบบคัดกรองโรคติดเชื้อสำคัญและอาการที่ต้องเฝ้าระวัง 32
- แบบหนังสือไม่ให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา 33
- แบบหนังสือให้ความยินยอมติดตามการรักษาต่อเนื่อง 34
- แบบสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Hospital Inpatient Summary) 36
- หนังสือรับรองการตาย 38

แบบประเมินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป 41

- แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST V3) 42
- แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) 44
- แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) 45
- แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Minneapolis Detoxification Scale: MINDS) 46
- แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) 47
- แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the Nation Outcome Scale: HoNos) 48
- แบบบันทึกการประเมิน (Clinical Global Impression - Severity of illness: CGI-S) 49
- แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย 50
- แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน (Living Skills Assessment: LSA30) 51
- แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE) 54
- แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) 56
- แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2 57

แบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) 59

- แบบหนังสือให้ความยินยอมการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก 60
- แบบหนังสือให้ความยินยอมการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก 61
- แบบประเมินความพร้อมก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า 62
- แบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า 63
- แบบบันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวที่ห้องพักฟื้น 64
- แบบบันทึกตรวจเยี่ยมประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังรักษาด้วยไฟฟ้า (Post-anesthetic Round) 65

สารบัญ

	หน้า
เวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	67
♦ **เวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน (OPD/ER)**	68
➢ แบบกรอกข้อมูลประวัติผู้ป่วยใหม่	69
➢ แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก	70
➢ แบบบันทึกทางคลินิก (Clinical Record) ครั้งแรก (แพทย์)	71
➢ แบบบันทึกทางคลินิก (Clinical Record) ครั้งรอง (แพทย์)	73
➢ แบบบันทึกทางคลินิก (Clinical Record) ครั้งแรก (พยาบาล)	75
➢ แบบบันทึกทางคลินิก (Clinical Record) ครั้งรอง (พยาบาล)	77
➢ แบบสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยใหม่	79
➢ แบบคำร้องแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล	81
➢ แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา	82
➢ แบบหนังสือให้ความยินยอมจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย	83
➢ แบบบันทึกการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention)	84
➢ แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Record) ครั้งแรก	85
➢ แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Record) ครั้งรอง	86
➢ แบบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Chemical Laboratory Reports)	87
♦ **เวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD)**	88
➢ แบบบันทึกประวัติ ตรวจร่างกายและสภาพจิตผู้ป่วยแรกรับ (แพทย์)	89
➢ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ (พยาบาล)	91
➢ แบบบันทึกการประสานรายการยา (Medication Reconciliation Form)	94
➢ แบบบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor’s Order Sheet)	95
➢ แบบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคของทีมสหวิชาชีพ (Progress Note)	96
➢ แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses’ Note)	97
➢ แบบบันทึกสัญญาณชีพและการรักษา	98
➢ แบบบันทึกการให้ยาฉีด	99
➢ แบบบันทึกการให้ยารับประทาน	100
➢ แบบติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่รับรับยากลุ่มเสี่ยงสูง	101
➢ แบบคัดกรองโรคติดเชื้อสำคัญและอาการที่ต้องเฝ้าระวัง	103
➢ แบบหนังสือไม่ให้ความยินยอมรับการรักษา	104
➢ แบบหนังสือให้ความยินยอมติดตามการรักษาต่อเนื่อง	105
➢ แบบสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Hospital Inpatient Summary)	107

สารบัญ

	หน้า
♦ **แบบบันทึกอื่นๆ**	109
➢ แบบบันทึกบริการสังคมสงเคราะห์	110
➢ แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรคออทิสติก	113
➢ แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรคสมาธิสั้น	114
➢ แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรคสมองพิการ (Cerebral Palsy)	115
➢ แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรคซึมเศร้า	116
➢ แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรค Down's Syndrome (อายุแรกเกิด - 5 ปี)	117
➢ แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรค Down's Syndrome (อายุ 6 - 18 ปี)	118
♦ **แบบประเมินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น**	119
➢ แบบทดสอบ Gesell Figure Drawing Test	120
➢ แบบคัดกรองโรคในกลุ่มพัฒนาการผิดปกติอย่างรอบคอบ สำหรับเด็กอายุ 1 - 4 ปี PDDSQ	121
➢ แบบคัดกรองโรคในกลุ่มพัฒนาการผิดปกติอย่างรอบคอบ สำหรับเด็กอายุ 4 - 18 ปี PDDSQ	123
➢ แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form)	125
➢ แบบสอบถามสำหรับเด็ก Sentence Completion Test (SCT)	126
➢ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)	128
➢ แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียนฉบับผู้ปกครองประเมินนักเรียน (SDQ)	129
➢ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI)	131
➢ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (แบบ PHQ-A)	133
➢ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q), (9Q)	134
➢ แบบทดสอบการติดเกม Game Addiction Screening Teat-GAST (สำหรับเด็กและวัยรุ่น)	135
➢ แบบทดสอบการติดเกม Game Addiction Screening Teat-GAST (ผู้ปกครอง)	137
เอกสารอ้างอิง	139
ภาคผนวก	141
♦ **รายชื่อที่ปรึกษา วิทยากร และคณะทำงาน**	142

การพัฒนาเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช

กรมสุขภาพจิตมีนโยบายมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาระบบงานสำคัญภายใต้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย หายทุเลา และไม่กลับเป็นซ้ำ

การพัฒนาและทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชเป็นภารกิจอยู่ภายใต้ระบบงานที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล หน่วยบริการต้องมีเวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายโดยมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผลและการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย นอกจากนั้นยังสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการสนับสนุนการวินิจฉัยโรคและวางแผนการดูแลรักษา เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล และประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ รวมถึงมีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะ เพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้องและบันทึกในเวลาที่กำหนด

กรมสุขภาพจิต โดยกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต และสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชจึงได้ทบทวนเอกสารชุดเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลประกอบกับเพื่อให้เกิดแนวทางการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชเป็นแนวทางเดียวกัน โดยในปีงบประมาณ 2562 ได้มีการทบทวนเอกสารในชุดเวชระเบียนของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทั้งหน่วยงานจิตเวชทั่วไป และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ต่อมาในปีงบประมาณ 2563 ติดตามการทดลองใช้เอกสารชุดเวชระเบียนสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช รวมถึงกรมสุขภาพจิตได้มีการร่วมจัดทำคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563 ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ 2564 ได้มีการทบทวนเอกสารในชุดเวชระเบียนและจัดทำรูปเล่มที่สมบูรณ์ โดยกำหนดเนื้อหาและรูปแบบที่สอดคล้องกับเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเตรียมพร้อมหน่วยงานสู่การพัฒนาเข้าสู่ระบบ Smart Hospital เพื่อพัฒนาเวชระเบียนเป็น Electronic Medical Record ต่อไป ทั้งนี้วัตถุประสงค์ของการทบทวน และพัฒนาเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่

1. เพื่อทบทวนชุดเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชสำหรับผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เพื่อจะได้นำไปใช้เป็นแนวทางเดียวกัน
2. เพื่อให้การบันทึกเวชระเบียนมีความสมบูรณ์ ใช้ในการสนับสนุนการวินิจฉัยโรคและวางแผนการดูแลรักษา เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล และประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้

เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชฉบับนี้ ได้รวบรวม และพัฒนาโดยใช้หลักการตามแนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพ การบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563 ส่วนแบบประเมินเป็นการรวบรวมแบบประเมินที่สำคัญสำหรับประเมินผู้ป่วยจิตเวช ไม่รวมถึงแบบประเมินทุกสหวิชาชีพที่อาจมีความเฉพาะเจาะจง ดังนั้น สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสามารถพิจารณาตามความเหมาะสมและบริบทของหน่วยงานประกอบการนำไปใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

เวชระเบียน
ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน (OPD/ER)

1. แบบกรอกข้อมูลประวัติผู้ป่วยใหม่
2. แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
3. แบบบันทึกทางคลินิก (Clinical Record)
4. แบบสัมภาษณ์ประวัติด้านจิตสังคม
5. แบบบันทึกการบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
6. แบบคำร้องแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล
7. แบบหนังสือให้ความยินยอมจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย
8. แบบบันทึกการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention)*
9. แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Record)*

หมายเหตุ *แบบบันทึกเวชระเบียนนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบกรอกข้อมูลประวัติผู้ป่วยใหม่

(โปรดกรอกข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วน ชัดเจน และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ และตรงกับสำเนาทะเบียนบ้านหรือบัตรประชาชน หรือเอกสารที่นำมาประกอบ)

1. ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย ☐ด.ช. ☐ด.ญ. ☐นาย ☐นาง ☐นางสาว .....ชื่อเล่น.....

2. เลขประจำตัวประชาชน

☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

เลขที่ใบต่างด้าว/ เลขที่หนังสือเดินทาง

.....

วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี

3. เชื้อชาติ..... 4. สัญชาติ.....

5. ศาสนา.....

6. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

7. ระดับการศึกษา.....

8. อาชีพ.....

7. สถานภาพสมรส (ตามความเป็นจริง)

☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

☐ แยกกันอยู่

8. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....

บ้าน/ หมู่บ้าน.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่.....หมู่ที่.....

บ้าน/ หมู่บ้าน.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

9. สิทธิการรักษา

☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม

☐ จ่ายตรง (กรมบัญชีกลาง/กทม./อปท.) ☐ ผู้พิการ

☐ ชำระเงินเอง ☐ อื่นๆ.....

12. ชื่อ-สกุล บิดา.....โทรศัพท์.....

13. ชื่อ-สกุล มารดา.....โทรศัพท์.....

14. ชื่อ-สกุล สามี/ภรรยา.....โทรศัพท์.....

15. หมู่เลือด ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ ไม่ทราบ

16. การแพ้ยา/อาหาร/สารอื่นๆ

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

17. โรคประจำตัว

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

อาการสำคัญ.....

18. ☐ ผู้ป่วยมาเอง

☐ ผู้นำส่ง/หน่วยราชการนำส่ง

ชื่อ-สกุล ผู้นำส่ง.....

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ .....หมู่ที่.....

บ้าน/ หมู่บ้าน.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

19. บุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน.....

เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ ☐ ตามทะเบียนบ้านผู้ป่วย

☐ ตามที่อยู่ปัจจุบันผู้ป่วย

☐ ตามที่อยู่ปัจจุบันผู้นำส่ง

โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ผู้กรอกข้อมูล

สำหรับเจ้าหน้าที่

<u>หลักฐานอ้างอิง</u>

☐ ไม่มีหลักฐานมา

☐ บัตรประจำตัวประชาชน/ทะเบียนบ้าน/สูติบัตร

☐ หนังสือเดินทาง

☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้ซักประวัติ/ผู้บันทึก

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

เลขที่ทั่วไป : .....
วัน/เดือน/ปี ที่มาโรงพยาบาลครั้งแรก.....เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย		
เพศ	เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่ใบต่างด้าว	
เลขที่หนังสือเดินทาง		
วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ ปี	สถานภาพสมรส
ชื่อ-สกุล บิดา	ชื่อ-สกุล มารดา	
เชื้อชาติ	สัญชาติ	ศาสนา
การศึกษา	กรุ๊ปเลือด	อาชีพ
จำนวนพี่น้อง	เป็นบุตรคนที่	
การแพ้ยา/อาหาร/สารอื่นๆ		
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน	หมู่ที่	บ้าน/ หมู่บ้าน
ซอย	ถนน	
ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต	จังหวัด
รหัสไปรษณีย์	โทรศัพท์	
ที่อยู่ปัจจุบัน	หมู่ที่	บ้าน/ หมู่บ้าน
ซอย	ถนน	
ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต	จังหวัด
รหัสไปรษณีย์	โทรศัพท์	
ชื่อ-สกุล ผู้นำมารักษา/ผู้นำส่ง		เกี่ยวข้องเป็น
ที่อยู่ผู้นำส่ง	หมู่ที่	บ้าน/ หมู่บ้าน
ซอย	ถนน	
ตำบล/แขวง	อำเภอ/เขต	จังหวัด
รหัสไปรษณีย์	โทรศัพท์	

ผู้บันทึกข้อมูล.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกทางคลินิก (Clinical Record)

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....

สิทธิการรักษา.....

โรคประจำตัว/ การรักษา.....

ประวัติการแพ้ยา/ อาหาร/ สารอื่นๆ.....

ข้อมูลซักประวัติทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูล ☐ ผู้ป่วย

☐ ผู้นำส่ง ชื่อ-สกุล..... เกี่ยวข้องเป็น.....

สภาพผู้ป่วย ☐ เดินมา ☐ รถเข็นนั่ง ☐ เปลนอน

BT.....°C, PR...../min, BP...../.....mmHg, RR...../min, O_2Sat.....%,

BW.....kg, Ht.....cm, BMI....., CBG.....mg%,

อาการสำคัญ .....

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน .....

.....

เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วย

☐ 1 เขียว: Non-urgent ☐ 2 เหลือง: Semi-urgent

☐ 3 ส้ม: Urgent ☐ 4 แดง: Emergent

การคัดกรอง SMI-V ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

นิติจิตเวช ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ (เลขคดี/คดี/เลขที่หนังสือนำส่ง).....

คัดกรองซึมเศร้า 2Q ☐ ประเมินไม่ได้ ☐ Negative ☐ Positive.....ข้อ

9Q.....คะแนน 8Q.....คะแนน

การคัดกรอง IC ☐ ไม่พบ ☐ พบ ระบุ .....

การนอนหลับ ☐ หลับได้ ☐ นอนไม่หลับ ระบุ.....

การรับประทานยา ☐ ต่อเนื่อง ☐ ไม่สม่ำเสมอ ☐ ขาดยา.....

ADR ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

บาดแผล ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

ประจำเดือน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....

การสูบบุหรี่ ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุ.....ใช้ครั้งสุดท้าย.....

การดื่มสุรา ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุ.....คะแนน ASSIST V3.....

สารเสพติด ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุ.....ใช้ครั้งสุดท้าย.....

การใช้สารกัญชา ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ปริมาณ.....เพื่อ.....

ADL ☐ ทำได้เอง ☐ ทำได้บางส่วน ☐ ญาติต้องดูแล ☐ ญาติทำให้ทั้งหมด

การทำงานปัจจุบัน ☐ ทำงานได้ มีเงินเดือน ☐ ทำงานได้ มีรายได้บ้าง

☐ ช่วยงานบ้านได้ ☐ ช่วยงานบ้านบางครั้ง ☐ ไม่ช่วยงานบ้าน

ลงชื่อพยาบาล .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

แพทย์

อาการสำคัญ.....

ประวัติปัจจุบัน.....

.....

.....

.....

.....

ประวัติอดีต/ประวัติส่วนตัว

- โรคประจำตัว.....
- ยาปัจจุบัน.....
- ประวัติแพ้ยา/อาหาร/สารอื่นๆ.....
- ประวัติสารเสพติด.....
- ประวัติประจำเดือน.....
- ประวัติวัคซีนและพัฒนาการ .....
- อื่น ๆ.....

ประวัติครอบครัว.....

การตรวจร่างกาย

HEENT.....

Heart.....

Lungs.....

Abdomen.....

Extremities.....

Nervous system.....

การตรวจสภาพจิต

GA.....

Psychomotor.....

Mood/affect.....

Speech.....

Thought.....

Perception.....

Sensorium & cognition.....

Judgment.....

Insight.....

การวินิจฉัย .....
.....
การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม .....
.....
CGI-S NA 0 1 2 3 4 5 6 7
รายการสั่งยา .....
.....
คำสั่งการรักษา/การส่งตรวจพิเศษ (ระบุจำนวนครั้ง/ระยะเวลา)
.....
.....
☐ นัด Follow up .....
☐ Admit ระบุเหตุผล.....
.....
ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ .....
(.....)
ว.....

<u>แผนการดูแลเพิ่มเติม</u>
☐ เภสัชกร ☐ นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา
☐ นักสังคมสงเคราะห์ ☐ อื่น ๆ.....
เรื่อง.....
☐ พยาบาล ☐ ให้คำปรึกษา ☐ การให้สุขภาพจิตศึกษา
เรื่อง.....

<u>การประเมินผล</u>
☐ ผู้ป่วยบอกวิธีปฏิบัติตัวได้ ☐ ญาติบอกวิธีดูแลผู้ป่วยได้
☐ การรักษาต่อเนื่อง ☐ อื่น ๆ.....
นัดพบแพทย์.....
วันที่.....เวลา.....น.
แผนการดูแลต่อเนื่องครั้งต่อไป.....
.....
โทรศัพท์.....

ลงชื่อพยาบาล .....
(.....)
ตำแหน่ง .....

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบสัมภาษณ์ประวัติด้านจิตสังคม

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....

สิทธิการรักษา.....

โรคประจำตัว/การรักษา.....

ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/สารอื่นๆ.....

ผู้นำส่ง/ผู้ให้ข้อมูล.....เกี่ยวข้องเป็น.....

อาการสำคัญ.....

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

.....

.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

.....

ประวัติการรักษาทางกาย/โรคประจำตัว/การรักษา.....

.....

ประวัติส่วนตัว – พัฒนาการ (รวมถึงการอบรมเลี้ยงดู) ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ.....

- บุคลิกภาพ/อุปนิสัย.....
- สารเสพติด.....

ประวัติครอบครัว เป็นบุตรคนที่.....จำนวนพี่น้อง.....คน

- สามี/ภรรยา อายุ.....ปี จำนวนบุตร.....คน บุตรคนสุดท้าย อายุ.....ปี
- ความสัมพันธ์ในครอบครัว.....
- ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ☐ ดี ☐ ไม่ดี .....

ประจำเดือน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ..... ประจำเดือนครั้งสุดท้าย.....

สรุปปัญหาทางจิตสังคม.....

.....

ผู้สัมภาษณ์.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกการบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN:.....

สิทธิการรักษา:.....

โรคประจำตัว/ การรักษา:.....

ประวัติการแพ้ยา/ อาหาร/ สารอื่นๆ:.....

ผู้นำส่ง ☐ ผู้ป่วยมาเอง ☐ ญาตินำส่ง ระบุ..... ☐ ตำรวจ/มูลนิธินำส่ง.....
☐ Refer มาจาก..... ☐ อื่น ๆ ระบุ .....

อาการสำคัญ.....

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: .....

.....

BT.....°C, PR...../min, BP...../.....mmHg, RR...../min, O_2 Sat.....%,

BW.....kg, Ht.....cm, BMI....., CBG.....mg%,

ความเสี่ยงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง ☐ Suicide ☐ Accident ☐ Violence ☐ Escape ☐ ความเสี่ยงทางกาย ระบุ.....

พกพาอาวุธ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... **การจำกัดพฤติกรรม** ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

การจำแนกผู้ป่วย ☐ 4 Emergent ☐ 3 Urgent ☐ 2 Semi-urgent ☐ 1 Non-urgent

การคัดกรอง SMI-V ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

นิติจิตเวช ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ (เลขคดี/คดี/เลขที่หนังสือนำส่ง).....

คัดกรองซึมเศร้า/ ฆ่าตัวตาย 2Q ☐ ประเมินไม่ได้ ☐ Negative ☐ Positive.....ข้อ **9Q**.....คะแนน **8Q**.....คะแนน

การนอนหลับ ☐ หลับได้ ☐ นอนไม่หลับ ระบุ..... **การคัดกรอง IC** ☐ ไม่พบ ☐ พบ ระบุ.....

การรับประทานยา ☐ ต่อเนื่อง ☐ ไม่สม่ำเสมอ ☐ ขาดยา ☐ อื่น ๆ..... **ADR** ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

อุบัติเหตุ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... **บาดแผล** ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

การผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... **ประจำเดือน** ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ ระบุ.....

การสูบบุหรี่ ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุ.....**ใช้ครั้งสุดท้าย**.....

การดื่มสุรา ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุ.....**คะแนน ASSIST V3**.....

สารเสพติด ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ระบุ.....**ใช้ครั้งสุดท้าย**.....

การใช้สารกัญชา ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ปริมาณ.....**เพื่อ**.....

ADL ☐ ทำได้เอง ☐ ทำได้บางส่วน ☐ ญาติต้องดูแล ☐ ญาติทำให้ทั้งหมด

การทำงาน ☐ ทำงานได้ มีเงินเดือน ☐ ทำงานได้ มีรายได้บ้าง ☐ ช่วยงานบ้านได้ ☐ ช่วยงานบ้านบางครั้ง ☐ ไม่ช่วยงานบ้าน

เวลา	ปัญหา/ความต้องการ/ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล	ผู้บันทึก

เหตุผลของการจำหน่าย : ☐ Admit..... ☐ Refer out ☐ Refer back ☐ นัด follow up ☐ อื่น ๆ.....

ลงชื่อพยาบาล .....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี..... เวลา.....น.

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบคำร้องแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล

วัน/เดือน/ปี.....

เรียน ผู้อำนวยการ.....

เรื่อง ขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล

ตามที่ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

มีความประสงค์จะขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลของ ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....ได้แก่

☐ คำนำหน้าเดิม.....แก้ไขเป็น.....

☐ ชื่อเดิม.....แก้ไขเป็น.....

☐ สกุลเดิม.....แก้ไขเป็น.....

☐ ที่อยู่ แก้ไขเป็น.....

.....

☐ ญาติผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน แก้ไขเป็น.....โทรศัพท์.....

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าว ตามที่ระบุมาพร้อมเอกสารแนบ

(ระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อ

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งแก้ไขข้อมูล
(.....)
เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ปรับปรุงข้อมูล
(.....)
ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้แจ้งแก้ไขข้อมูล
(.....)
เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง.....

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบหนังสือให้ความยินยอมจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

เขียนที่.....

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....

ชื่อ-สกุล ผู้ให้ความยินยอม.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล/สถาบัน ทำการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย ขณะมีพฤติกรรมรุนแรงเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน หรือเสี่ยงต่อการหลบหนี โดยอาจใช้วิธีจับตัว ใช้ผ้าพัน จำกัดพฤติกรรม การแยกห้อง หรือการผูกมัดในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการรักษา โดยอยู่ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ

☐ ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สถาบัน ทำการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย ขณะมีพฤติกรรมรุนแรง เสี่ยงที่จะเกิดอันตราย หากเกิดความเสียหายกับบุคคลและทรัพย์สิน ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดจากการกระทำของผู้ป่วย

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล คำอธิบาย และเข้าใจ จึงลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงนาม.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงนาม.....ผู้ให้ข้อมูล
(.....)

ลงนาม.....พยานฝ่ายผู้ป่วย
(.....)
เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงนาม.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง.....

<u>หมายเหตุ</u> กรณีญาติไม่ได้มาด้วย ให้ระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention)

วิชาชีพ.....

การวินิจฉัยโรค.....
แพทย์ผู้ส่ง .....
วัน/เดือน/ปี..... เวลาเริ่มต้น .....น. เวลาสิ้นสุด .....น.
อาการสำคัญหรือข้อบ่งชี้ของการบำบัด .....
เทคนิคหรือวิธีการบำบัด .....
สรุปปัญหาของผู้ป่วย .....
.....
.....
.....
กระบวนการบำบัด .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
การประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด .....
.....
.....
.....
แผนการบำบัดครั้งต่อไป .....
.....
.....
.....
การติดตามและการส่งต่อ F/U.....นัดครั้งต่อไป.....

ลงชื่อผู้บำบัด .....
(.....)
ตำแหน่ง .....

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Record)

วิชาชีพ.....

อาการสำคัญ/ปัญหาที่แพทย์ส่ง.....
แพทย์ผู้ส่ง.....การวินิจฉัยโรค.....
วัน/เดือน/ปีที่ทำการบำบัด.....ครั้งที่.....เวลาเริ่มต้น.....น. เวลาสิ้นสุด .....น..
ประวัติปัจจุบัน .....
.....
ประวัติอดีต .....
.....
การตรวจประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ .....
.....
.....
การวางแผนการรักษา/เป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพ .....
.....
.....
เทคนิคการบำบัดหรือหัตถการ .....
ข้อควรระวัง .....
.....
การฟื้นฟูสมรรถภาพ .....
.....
.....
การประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ .....
.....
.....
Home program หรือแผนการดูแลต่อเนื่อง .....
.....
การติดตามและการส่งต่อ ☐ F/U ..... นัดครั้งต่อไป.....
☐ D/C วันที่ .....
☐ ส่งต่อวิชาชีพอื่นตามแพทย์พิจารณา.....

ลงชื่อผู้บำบัด .....
(.....)
ตำแหน่ง .....

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

เวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD)

1. แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา
2. แบบประจำตัวผู้ป่วยรับไว้
3. แบบบันทึกประวัติ ตรวจร่างกายและสภาพจิตผู้ป่วยแรกรับ (แพทย์)
4. แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ (พยาบาล)
5. แบบบันทึกการระบุตำแหน่ง Wound/Injury
6. แบบบันทึกการประสานรายการยา (Medication Reconciliation Form)
7. แบบบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor’s Order Sheet)
8. แบบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคของทีมสหวิชาชีพ (Progress Note)
9. แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses’ Note)
10. แบบบันทึกสัญญาณชีพและการรักษา
11. แบบบันทึกสัญญาณชีพและระบบประสาท
12. แบบบันทึกการให้ยาฉีด
13. แบบบันทึกการให้ยารับประทาน
14. แบบติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยงสูง
15. แบบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Clinical Laboratory Reports)
16. แบบคัดกรองโรคติดเชื้อสำคัญและอาการที่ต้องเฝ้าระวัง
17. แบบหนังสือไม่ให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา
18. แบบหนังสือให้ความยินยอมติดตามการรักษาต่อเนื่อง
19. แบบสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Hospital Inpatient Summary)
20. หนังสือรับรองการตาย

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา

คำชี้แจงก่อนลงลายมือชื่อในแบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา

1. ยินยอมให้ทีมผู้รักษาให้การดูแล เพื่อวินิจฉัยโรค ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค รวมทั้งให้การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจทางการแพทย์ เช่น การฉีดยาหรือสารเข้าร่างกาย การรักษาด้วยวิธีพิเศษ ทั้งนี้อยู่ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ
2. ยินยอมให้ทำการถ่ายภาพผู้ป่วย เพื่อระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง
3. ยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น ๆ เมื่อมีเหตุอันควร
4. ยินยอมให้ทางสถาบัน/โรงพยาบาล ติดต่อกับญาติ เพื่อการรักษาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง
5. ยินยอมให้ทางสถาบัน/โรงพยาบาล ส่งผู้ป่วยกลับบ้านเอง กรณีไม่สามารถติดตามญาติหรือผู้เกี่ยวข้องได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการทุเลา พร้อมกลับบ้านได้
6. ยินยอมให้ส่งต่อข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ชื่อผู้รับการตรวจ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.... .....ปี

ชื่อผู้ให้ความยินยอมแทน (กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์หรือเป็นผู้ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา)

นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ... .....ปี เกี่ยวข้องเป็น

☐ คู่สมรส ☐ ผู้บุพการี ☐ ผู้สืบสันดาน ☐ ผู้ปกครอง(ตามกฎหมาย)

☐ ผู้พิทักษ์ ☐ ผู้อนุบาล ☐ ผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดแล้ว จึงลงนามให้ความยินยอมเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาแห่งนี้ต่อหน้าพยาน

ลงนาม..... (ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทน)
(.....)

ลงนาม.....(แพทย์/ผู้ให้คำอธิบาย)
(.....)

ลงนาม.....(พยานฝ่ายผู้ป่วย)
(.....)

ลงนาม.....(พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่)
(.....)

หมายเหตุ กรณีญาติไม่ได้มาด้วย ให้ระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประจำตัวผู้ป่วยรับไว้

เลขที่ทั่วไป (HN).....เลขที่รับไว้ (AN).....รับไว้รักษาครั้งที่.....
รับวัน/เดือน/ปี..... เวลา.....น.
วัน/เดือน/ปีที่จำหน่ายครั้งสุดท้าย..... จำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน.....วัน
คำนำหน้า.....ชื่อ .....สกุล.....
เพศ..... สถานภาพสมรส.....
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....
ศาสนา.....การศึกษา.....อาชีพ.....
เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐
บัตรอื่นๆ (ระบุ)..... เลขที่.....
สิทธิการรักษา.....
ชื่อ-สกุล บิดา .....ชื่อ-สกุล มารดา .....ชื่อ-สกุล คู่สมรส .....
ที่อยู่ (สามารถติดต่อได้) ของผู้ป่วย.....
.....โทรศัพท์..... ตำหนิ.....
แรกรับ น้ำหนัก.....kg ส่วนสูง.....cm
คดี ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....บาดแผล.....
ชื่อ-สกุล ผู้นำส่ง.....เกี่ยวข้องเป็น (ระบุ).....
ทรัพย์สินของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเก็บไว้.....
.....ชื่อ-สกุล ผู้เก็บทรัพย์สิน.....
ทรัพย์สินของผู้ป่วยที่ญาติรับกลับไป.....
.....ชื่อ-สกุล ผู้รับทรัพย์สินกลับ.....
ชื่อ-สกุล ผู้ติดต่อได้ .....เกี่ยวข้องเป็น (ระบุ).....
ที่อยู่ของญาติ (สามารถติดต่อได้) .....
.....โทรศัพท์.....
ตึกที่รับไว้..... แพทย์เจ้าของไข้.....

ลงชื่อ.....ผู้รับผู้ป่วย ลงชื่อ.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่
(.....) (.....)

ชื่อ-สกุล ผู้รับกลับ ..... เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐
เกี่ยวข้องเป็น.....วัน/เดือน/ปีที่จำหน่าย..... เวลา.....น.
ผลของการรักษา.....เหตุผลที่จำหน่าย.....
ที่อยู่หลังจำหน่าย (สามารถติดต่อได้) .....
.....โทรศัพท์.....
หมายเหตุ.....

ลงชื่อ.....ผู้รับผู้ป่วยกลับ ลงชื่อ.....พยาบาล
(.....) (.....)

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกประวัติ ตรวจร่างกายและสภาพจิตผู้ป่วยแรกรับ (แพทย์)

ประวัติได้จาก ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้นำส่ง ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์ ..... ☐ อื่นๆ ระบุ .....

อาการสำคัญ .....

ประวัติปัจจุบัน .....
.....
.....
.....

ประวัติอดีต/ประวัติส่วนตัว
โรคประจำตัว .....
ยาปัจจุบัน .....
.....
ประวัติแพ้ยา/อาหาร/สารอื่นๆ .....
ประวัติสารเสพติด .....
.....
ประวัติประจำเดือน .....
ประวัติวัคซีนและพัฒนาการ .....
อื่น ๆ .....
.....
.....

ประวัติครอบครัว .....
.....
.....

ประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ
อาการทั่วไป: .....
ระบบผิวหนัง: .....
ศีรษะ: .....
ระบบตา: .....
ระบบหู คอ จมูก: .....
ปากและช่องปาก: .....
ระบบหัวใจและหลอดเลือด: .....
ระบบทางเดินหายใจ: .....
ระบบทางเดินอาหาร: .....
ระบบทางเดินปัสสาวะ: .....
ระบบสืบพันธุ์: .....
ระบบต่อมไร้ท่อ: .....
ระบบเลือดและต่อมน้ำเหลือง: .....
ระบบประสาทและจิตเวช: .....
ระบบกระดูกและข้อ: .....

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

Physical Examination

Vital Signs: BT.....°C, HR.....bpm, BP...../.....mmHg, RR...../min

BW.....kg, Ht.....cm

HEENT	☐ Normal	☐ Abnormal .....
Heart	☐ Normal	☐ Abnormal .....
Lungs	☐ Normal	☐ Abnormal .....
Abdomen	☐ Normal	☐ Abnormal .....
Extremities	☐ Normal	☐ Abnormal .....
Nervous System	☐ Normal	☐ Abnormal .....

Others .....

.....

Mental Status Examination

General Appearance.....

Psychomotor.....

Mood and Affect.....

Speech.....

Thought.....

Perception.....

Sensorium and Cognition.....

Judgment.....

Insight.....

สรุปปัญหาของผู้ป่วย.....

.....

.....

การวินิจฉัยหลัก.....

การวินิจฉัยร่วม.....

.....

แผนการรักษา.....

.....

.....

.....

.....

แพทย์ผู้บันทึก .....

(.....)

ว.....

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ (พยาบาล)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวและประวัติการเจ็บป่วย

1. การรับผู้ป่วย

1.1 ประเภทการรับผู้ป่วย รับใหม่จาก ☐ OPD ☐ ER

1.2 มาถึงหอผู้ป่วยเวลา.....น. วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1.3 ผู้นำส่ง (ชื่อ – สกุล) ..... เกี่ยวข้องเป็น.....

1.4 ผู้ให้ข้อมูล ☐ ไม่มี ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้นำส่ง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

1.5 การนำส่งผู้ป่วย ☐ เดินมาเอง ☐ เปลนอน/รถเข็นนั่ง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

1.6 คดี ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

1.7 SMI-V ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

1.8 บาดแผล ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

2. ประวัติการเจ็บป่วย

2.1 ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต

2.1.1 อาการสำคัญ.....

2.1.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน.....

.....

.....

2.1.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

.....

2.2 ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย

2.2.1 โรคประจำตัวหรืออาการทางกายในปัจจุบัน ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี

☐ มี (ระบุ).....

☐ ไม่ได้รักษา ☐ อยู่ระหว่างการรักษา (ระบุชื่อยา/สถานพยาบาล).....

2.2.2 ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ/การผ่าตัด ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี

☐ มี (ระบุ).....

2.2.3 ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/สารอื่นๆ ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี

☐ มี (ระบุชนิดของสิ่งที่แพ้).....

☐ ผื่น ☐ บวม ☐ คัน ☐ หอบ ☐ อื่น ๆ.....

2.2.4 ประวัติการใช้สารเสพติด ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่เคยใช้ ☐ เคยใช้

ระบุ.....ปริมาณ/ความถี่.....ระยะเวลาที่ใช้.....ใช้ครั้งสุดท้าย.....

ระบุ.....ปริมาณ/ความถี่.....ระยะเวลาที่ใช้.....ใช้ครั้งสุดท้าย.....

ระบุ.....ปริมาณ/ความถี่.....ระยะเวลาที่ใช้.....ใช้ครั้งสุดท้าย.....

2.2.5 ประวัติประจำเดือน.....

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

ส่วนที่ 2 การประเมินสภาพร่างกายเบื้องต้น

รูปร่าง.....สีผิว.....

โรคผิวหนัง.....อาการบวม.....

การเคลื่อนไหว.....ความพิการ.....

ส่วนที่ 3 การประเมินสภาพจิต

3.1 อารมณ์ ☐ แจ่มใส ☐ หงุดหงิด ☐ ซึมเศร้า ☐ เฉยเมย/ไร้อารมณ์

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

3.2 พฤติกรรม ☐ ก้าวร้าว ☐ ทำลายสิ่งของเครื่องใช้

☐ หวาดระแวง ☐ ทำร้ายตนเอง * (ระบุวิธีการ).....

☐ พูดมาก ☐ ทำร้ายผู้อื่น * (ระบุวิธีการ).....

☐ พูดคนเดียว ☐ หัวเราะคนเดียว

☐ ร้องไห้ไม่สมเหตุผล ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

3.3 ความคิด ☐ สมเหตุสมผล ☐ ไม่สมเหตุสมผล ☐ ต่อเนื่อง ☐ ไม่ต่อเนื่อง

☐ หลงผิด..... ☐ หวาดระแวง.....

☐ หยุดชะงัก ☐ วกวน ☐ ฟุ้งซ่าน

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

3.4 การรับรู้ ☐ ตรงสภาพที่เป็นจริง ☐ ประสาทหลอน ระบุ.....

3.5 การรู้จักตนเอง ☐ ยอมรับการเจ็บป่วย ☐ ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย

3.6 ความจำ 3.6.1 ระยะสั้น ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ

3.6.2 ระยะยาว ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	วันที่เริ่มต้น	วันที่สิ้นสุดปัญหา
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ผู้ประเมิน.....

(.....)

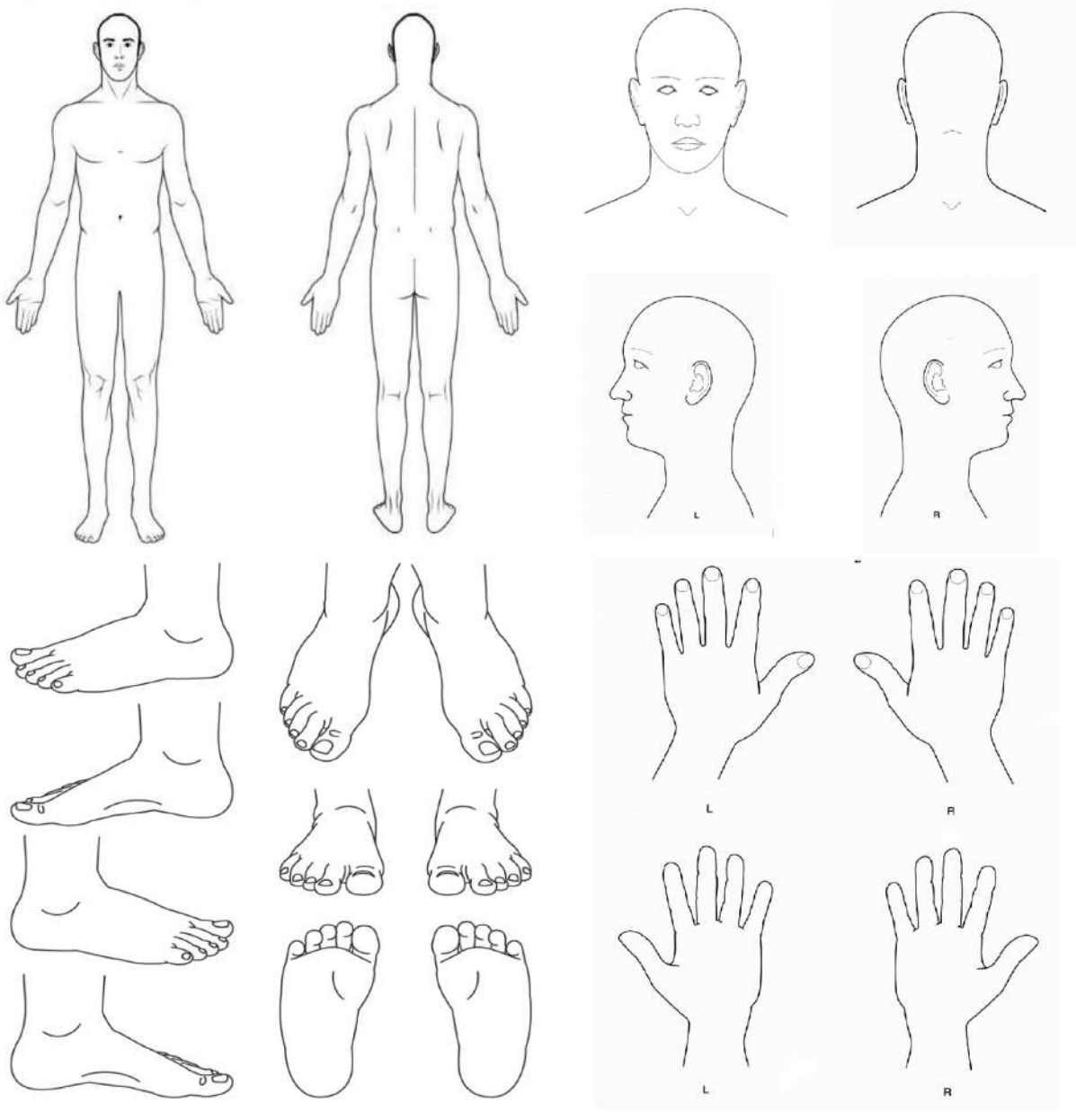
ตำแหน่ง.....

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกการระบุตำแหน่ง Wound/Injury

ระบุ วัน/เดือน/ปี และเวลาที่ตรวจพบบาดแผล กำกับที่ภาพ



แพทย์ผู้บันทึก .....

(.....)

ว.....

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกการประสานรายการยา (Medication Reconciliation Form)

ชื่อ-สกุล..... HN..... AN..... น้ำหนัก..... kg. ส่วนสูง..... cm.

ประวัติการแพ้ ☐ ยา..... ☐ อาหาร..... ☐ อาหารทะเล ระบุ..... ☐ สารทึบแสง ☐ Latex ☐ ไอโอดีน ☐ อื่นๆ.....

วันแรกรับ..... ยาผู้ป่วย ☐ นำติดตัวมาด้วย ☐ ไม่ได้นำติดตัวมา รพ. โรคประจำตัว.....

ข้อมูลรายการยาที่ใช้ก่อนมา รพ.ได้จาก ☐ ประวัติเดิม ☐ ผู้ป่วย ☐ ญาติ/ ผู้ดูแล ☐ ผู้นำส่ง ☐ คลินิก/ ร้านยา ☐ ภาชนะใส่ยา ☐ อื่นๆ.....

ข้อมูลที่ต้องการส่งต่อพิเศษ/ ผลการประเมินความร่วมมือการใช้ยา.....

รายการยาที่ใช้ก่อนมารพ. จากทุกแหล่ง	สถานพยาบาลที่รับยา	วันที่ได้รับ ยา	ขนาด	วิธีใช้ยา	Last dose	คำสั่งแรกรับเปรียบเทียบกับรายการยาก่อนมา รพ.			เหตุผล
						☐ ใช้	☐ ไม่ใช้	☐ ปรับ เพิ่ม ลด	1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ อื่นๆ.....
						☐ ใช้	☐ ไม่ใช้	☐ ปรับ เพิ่ม ลด	1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ อื่นๆ.....
						☐ ใช้	☐ ไม่ใช้	☐ ปรับ เพิ่ม ลด	1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ อื่นๆ.....
						☐ ใช้	☐ ไม่ใช้	☐ ปรับ เพิ่ม ลด	1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ อื่นๆ.....
						☐ ใช้	☐ ไม่ใช้	☐ ปรับ เพิ่ม ลด	1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ อื่นๆ.....
						☐ ใช้	☐ ไม่ใช้	☐ ปรับ เพิ่ม ลด	1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ อื่นๆ.....
สมุนไพร อาหารเสริม ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ									
						☐ ใช้	☐ ไม่ใช้	☐ ปรับ เพิ่ม ลด	
						☐ ใช้	☐ ไม่ใช้	☐ ปรับ เพิ่ม ลด	
						☐ ใช้	☐ ไม่ใช้	☐ ปรับ เพิ่ม ลด	

หมายเหตุ : 1 ไม่มี 2 มีข้อห้ามใช้ 3 มีอันตรกิริยากับยาอื่น 4 มีผลข้างเคียงจากยา 5 อื่นๆ

ผู้บันทึก .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor's Order Sheet)

PROGRESS NOTE	DATE/TIME	ORDERS FOR ONE DAY	ORDERS FOR CONTINUATION
แพ้ยา.....			

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคของทีมสหวิชาชีพ (Progress Note)

วัน/เดือน/ปี เวลา	บันทึกความก้าวหน้า	ผู้บันทึก/ตำแหน่ง

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' Note)

วัน/เดือน/ปี เวลา	ประเภทผู้ป่วย	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน	การวางแผน/การปฏิบัติการพยาบาล	ประเมินผล/ผู้บันทึก/ตำแหน่ง

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล..............

แบบบันทึกสัญญาณชีพและการรักษา

	Date								
	Day after	Admission							
		Operation							
	Pulse	°C	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22
รับใหม่เวลา..................		41							
		40							
	130 -								
	120 -	39							
	110 -								
	100 -	38							
	90 -								
	80 -	37							
	70 -								
	60 -	36							
	50 -								
	40 -	35							
	O_2 Sat								
	Respiratory Rate								
	BP	Systolic							
		Diastolic							
	Wt and Ht								
	Diet								
Fluid intake	Oral Fluid								
	Parenteral								
	Total								
Fluid Output	Urine								
	Emesis								
	Drainage								
	Aspiration								
	Total								
	Stool								
	Urine								
	Medication								

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกสัญญาณชีพและระบบประสาท

วัน เดือน ปี			เวลา										
			SCORE	น.	น.	น.	น.	น.	น.	น.	น.	น.	น.
COMA SCORE	การลืมตา (สังเกตหนังตาบน) C = ตาบวมปิด	ลืมได้เอง	4										
		ลืมเมื่อเรียก	3										
		ลืมเมื่อเจ็บ	2										
		ไม่ลืมตาเลย	1										
	การพูดที่ดีที่สุด T = ใช้ TUBE	พูดคุยได้ไม่สับสน	5										
		พูดคุยได้แต่สับสน	4										
		พูดเป็นคำ ๆ	3										
		ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	2										
		ไม่ออกเสียงเลย	1										
	การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด	ทำตามคำสั่ง	6										
		ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	5										
		ชักแขนขาหนี	4										
		แขนงอเมื่อเจ็บ	3										
		แขนเหยียดเกร็ง	2										
		ไม่เคลื่อนไหวเลย	1										
	COMA SCORE	TOTAL											
MOTOR POWER	แขน F = FRACTURE R = RIGHT L = LEFT BOTH	กำลังปกติ											
		อ่อนแรงเล็กน้อย											
		อ่อนแรงมาก											
		ผิดปกติเมื่องอ											
		ผิดปกติเมื่อเหยียด											
		ไม่มีการเคลื่อนไหว											
	ขา F = FRACTURE R = RIGHT L = LEFT BOTH	กำลังปกติ											
		อ่อนแรงเล็กน้อย											
		อ่อนแรงมาก											
		ผิดปกติเมื่องอ											
		ผิดปกติเมื่อเหยียด											
		ไม่มีการเคลื่อนไหว											
VITAL SIGNS	BP	mmHg											
	PR	ครั้ง/นาที											
	RR	ครั้ง/นาที											
	T	°C											
O_2 Sat		%											
PUPIL	ตัวอย่าง PUPIL												
	ขนาด (mm)		1	1.5	2	3	4	5	6	7	8		
	R	ขนาด											
		ปฏิกิริยา											
	L	ขนาด											
		ปฏิกิริยา											
ปฏิกิริยา R = REACTION N = NONREACTION													

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกการให้ยาฉีด

วัน/เดือน/ปี	เวลา	ชื่อยา/ขนาด/วิธีการให้ยา	ความดันโลหิต ก่อนฉีดยา (mmHg)	ความดันโลหิต หลังฉีดยา (mmHg)		ผู้ฉีดยา/ ตำแหน่ง	อาการข้างเคียงของยา	
				15 นาที	30 นาที		ไม่มี	มี ระบุอาการ

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.........................

แบบบันทึกการให้ยารับประทาน

Medication Administrator Record (MAR)

ชื่อและขนาดยา	เวลาให้ยา / ผู้ให้							
	วันที่ / เวลา							

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยงสูง

พยาบาลประเมินผู้ป่วยทุกวัน

- **หากไม่พบ ADR** *ให้ลงบันทึกการประเมินเมื่อใช้ยาครั้งแรก และต่อไปสัปดาห์ละ 1 ครั้งในเวรเช้า*
- **หากพบ ADR** *ให้ลงบันทึก **ทันที** เมื่อพบ และติดตามผู้ป่วย**ต่อเนื่องจนไม่พบ ADR** และ**ประเมินซ้ำ**เมื่อผู้ป่วยย้าย/จำหน่าย*
- **กรณีพบ** acute dystonia, akathesia, tardive dyskinesia, allergic reaction *ให้รายงานเภสัชกร/แพทย์ทันที*

วัน/เดือน/ปี	ยาความเสี่ยงสูงที่ผู้ป่วยได้รับ						ไม่พบ ADR	พบ ADR ระดับความรุนแรง				ลงชื่อ/ตำแหน่ง	หมายเหตุ Lab หรืออื่น ๆ
	Clozapine	Lithium	Carbamazepine	Sodium valproate	Phenytoin	ยาอื่นๆ.....		Mild	Moderate	Severe	Life-threatening		

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

แนวทางประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวชที่สำคัญและใช้บ่อยในโรงพยาบาล

ชื่อยาที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ	ความรุนแรงระดับ Mild (ระดับ 1) ให้คำแนะนำผู้ป่วย และเฝ้าระวังมิให้อาการรุนแรงขึ้น	ความรุนแรงระดับ Moderate (ระดับ 2) ให้รายงานแพทย์, เภสัชกร ภายใน 24 ชม.	ความรุนแรงระดับ severe (ระดับ 3) ให้รายงานแพทย์, เภสัชกร ภายใน 1 ชม.	ความรุนแรงระดับ life-threatening (ระดับ 4) ให้รายงานแพทย์, เภสัชกร ทันที	ระดับยาในเลือดที่เป็นระดับรักษา
Lithium	ระดับยาในเลือด 1.0-1.5 mEq/L CNS : ง่วงนอน มือสั่น GI : น้ำลายไหล Skin : สิวขึ้น Metabolic : น้ำหนักตัวเพิ่ม	ระดับยาในเลือด 1.5-2.0 mEq/L CNS : ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย/เดินเซ GI : ท้องเสีย คลื่นไส้ ปวดท้อง เบื่ออาหาร อื่นๆ : กระหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อย	ระดับยาในเลือด 2.0-2.5 mEq/L CNS : กล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินเซ กล้ามเนื้อกระตุก เห็นภาพซ้อน มึนงง ซึม เพ้อ GI : อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสียไม่หยุด Skin : ผื่นแดงที่ผิวหนัง อื่นๆ : ปัสสาวะออกน้อย / ปากแห้ง	ระดับยาในเลือดมากกว่า 2.5 mEq/L พบอาการในระดับ 3 ร่วมกับ CNS : พูดจาอ้อแอ้ พูดไม่ชัด กล้ามเนื้อกระตุก ชักเกร็งทั้งตัว ช็อค โคม่า CVS : หัวใจเต้นผิดจังหวะ อื่นๆ : ขาดน้ำอย่างรุนแรง	ช่วงแรกของการรักษา 1.0-1.5 mEq/L ระยะคงสภาพ 0.5-1.0 mEq/L
Clozapine	CNS : อ่อนเพลีย วิงเวียน GI : ท้องผูก Metabolic : น้ำหนักตัวเพิ่ม อื่นๆ : ปากแห้ง คอแห้ง เหงื่อออก น้ำลายไหล	CNS : ง่วงซึม ปวดศีรษะ EPS เช่น สั่น ผุดลุกผุดนั่ง ขยับแขนขา เดินไปมาตลอด CVS : WBC < 3,500/mm^3 GI : คลื่นไส้ อาเจียน อื่นๆ : ใจสั่น ตาพร่า ปัสสาวะลำบาก	CNS : สับสน กระวนกระวาย ชัก GI : ลุกนั่งหน้ามืด Metabolic : น้ำตาลในเลือดสูง อื่นๆ : WBC < 3,000/mm^3 หรือ Neutrophil < 1,500/mm^3	พบอาการในระดับ 3 และ WBC < 1,000/mm^3 หรือ Neutrophil < 500/mm^3 ร่วมกับมีไข้	250-350 ng/ml Toxic level: 2,000 mcg/ml
Carbamazepine	CNS : มึนงง เดินเซ อ่อนล้า GI : คลื่นไส้ Metabolic : น้ำหนักตัวเพิ่ม	CNS : ปวดศีรษะ เห็นภาพซ้อน สับสน พูดไม่ชัด GI : คลื่นไส้ อาเจียน อื่นๆ : ปากแห้ง บวม ตาพร่า	CNS : ง่วงซึม, เป็นลม CVS : บวมตามแขนขา อื่นๆ : ฟกช้ำง่าย (อาจเกิดความผิดปกติที่ระบบเลือด และตับ) หรือ ผื่นแดง ตับอักเสบ	Stevens-Johnson Syndrome : มีไข้ ผื่นแดง ปากอักเสบ ตาอักเสบ CVS : หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันต่ำหรือสูง อื่นๆ : มีจุดม่วงแดงจ้ำเขียวจากการตกเลือดเกิดขึ้นไตวาย	6-12 mcg/ml
Sodium valproate	GI : เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย Metabolic : น้ำหนักตัวเพิ่ม อื่นๆ : ผมร่วง	GI : คลื่นไส้ แน่นท้อง ท้องเสีย CVS : ใจสั่น อื่นๆ : มือสั่น ตัวสั่น ประจำเดือนมาไม่ปกติ	CNS : ง่วงซึม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนเปลี้ย CVS : หัวใจเต้นผิดจังหวะ บวมตามแขนขา GI : อาเจียน อื่นๆ : จำนวนเกล็ดเลือดลดลง ภาวะโลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำลง จำนวนเม็ดเลือดทุกชนิดลดลง LFT ผิดปกติ มีผื่น	มีอาการตามความรุนแรงระดับ 3 และ CNS : โคม่า ชัก รูม่านตาปิด รีเฟล็กต์กว่าปกติ CVS : การทำงานของระบบหายใจผิดปกติ	Epilepsy : 50-100 mcg/ml Mania : 50-125 mcg/ml Toxic may occur : 100-150 mcg/ml
Phenytoin	CNS : มึนงง มือสั่น GI : คลื่นไส้ ท้องผูก อื่นๆ : ริมฝีปากหนาใหญ่ขึ้น เหงือกหนาดำ ขนดกผิดปกติ	CNS : นอนไม่หลับ ปวดศีรษะมาก เดินเซ การเคลื่อนไหวสัมพันธ์กันน้อยลง	CNS : หูอื้อ ตากระตุก พูดไม่ชัด ประสาทหลอน สับสน เห็นภาพซ้อน CVS : หัวใจเต้นผิดจังหวะ อื่นๆ : เกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะขาดเม็ดเลือดทุกชนิด โรคตับอักเสบ น้ำตาลในเลือดสูง อาเจียน ผื่นแดงที่ผิวหนัง	Stevens-Johnson Syndrome : มีไข้ ผื่นแดง ปากอักเสบ ตาอักเสบ CNS : ชัก หมดสติ โคม่า CVS : ความดันเลือดต่ำ	10-20 mcg/ml

หมายเหตุ:
1. **Absolute neutrophil count (ANC)** = Total WBC x (% neutrophil)/100
2. **Neuroleptic malignant syndrome (NMS)** อาการที่พบได้แก่ ไข้สูง สับสนร่วมกับกล้ามเนื้อเกร็ง ชีพจร ความดันผิดปกติ ค่า CPK สูง
3. **Serotonin Syndrome (SS)** อาการที่พบได้แก่ ไข้สูง สับสน เหงื่อออกมาก กล้ามเนื้อเกร็ง reflex ไวเกิน
4. **Steven Johnson syndrome (SJS)** อาการที่พบได้แก่ มีไข้ ผื่นแดงร่วมกับเยื่อบุตา/ปากอักเสบ

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
(Clinical Laboratory Reports)

Paste 1st Report in This Line

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบคัดกรองโรคติดเชื้อสำคัญและอาการที่ต้องเฝ้าระวัง

A วัณโรค (TB) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่

1. ไอทุกวัน เกิน 2 สัปดาห์
   ☐ มี ☐ ไม่มี
2. ไอเป็นเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา
   ☐ มี ☐ ไม่มี
3. ไอน้อยกว่า 2 สัปดาห์
   ☐ มี ☐ ไม่มี
4. น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุใน 1 เดือนที่ผ่านมา
   ☐ มี ☐ ไม่มี
5. มีไข้ทุกวันนาน 1 สัปดาห์ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา
   ☐ มี ☐ ไม่มี
6. เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน ใน 1 เดือนที่ผ่านมา
   ☐ มี ☐ ไม่มี
7. มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยวัณโรค
   ☐ มี ☐ ไม่มี
8. บุคคลในครอบครัวที่ป่วยได้รับการรักษาวัณโรค
   ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี
9. สภาพแวดล้อมที่พักอาศัย
   ☐ แออัด ☐ ไม่แออัด
10. ท่านเคย Chest X-ray ภายใน 1 ปี
   ☐ ไม่เคย ☐ เคย
   ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

หมายเหตุ 1. หากมีข้อ 1, 2, 3, 7, 9 ให้ Chest X-ray ส่งตรวจเสมหะ

2. หากมีข้อ 7, 9 ข้อใดข้อหนึ่ง ให้เฝ้าระวังหรือคัดกรองทุก 6 เดือน ถึง 1 ปี

3. ผู้ป่วยที่กู้ภัยนำส่ง, ไม่มีญาติ, ระบุตัวตนไม่ได้, อยู่เรือนจำ ให้ตรวจ Chest X-ray และจัดพื้นที่แยกใน 1 สัปดาห์

A MERS-CoV

11. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการเดินทางไปต่างประเทศหรือไม่
   ☐ มี ระบุประเทศ..... ☐ ไม่มี

กรณีมีความเสี่ยงใน 3 ข้อนี้ ให้ตอบคำถามดังนี้

- มีไข้ ☐ มี ☐ ไม่มี
- อ่อนเพลีย ☐ มี ☐ ไม่มี
- ปวดกล้ามเนื้อ ☐ มี ☐ ไม่มี
- ปวดศีรษะ/เจ็บคอ ☐ มี ☐ ไม่มี

D ไข้หวัดนก

12. สัมผัสสัตว์ปีกหรืออยู่บริเวณที่มีสัตว์ปีกตาย ในช่วง 3 – 4 วันที่ผ่านมา
   ☐ มี ☐ ไม่มี

D ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009

13. อาศัยหรือเดินทางมาจากพื้นที่ ซึ่งพบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในระยะ 7 วันก่อนเริ่มป่วย
   ☐ มี ☐ ไม่มี

A+C สุกใส หัด

14. ประวัติการเป็นสุกใส ☐ เคยเป็น ☐ ไม่เคยเป็น
15. มีอาการไข้หวัดหรือปอดบวม มีไข้มากกว่า 38 °c ไอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อยกว่าปกติ
   ☐ มี ☐ ไม่มี
16. ใน 1 วันที่ผ่านมา ท่านมีไข้ ตัวร้อน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหรือไม่
   ☐ มี ☐ ไม่มี
17. ใน 7 วันที่ผ่านมาท่านมีผื่นขึ้นตามร่างกายหรือไม่
   ☐ มี ☐ ไม่มี

C ตาแดง

18. ท่านมีการระคายเคืองตา/ตาแดง มีขี้ตามากกว่าปกติหรือไม่
   ☐ มี ☐ ไม่มี

ไข้เลือดออก

19. มีไข้เฉียบพลันและสูงลอย 2-7 วัน ปวดกระบอกตา ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ/กระดูก ซึมลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีผื่นหรือจุดเลือดออกตามผิวหนัง เลือดกำเดาออก ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด ☐ มี ☐ ไม่มี

หมายเหตุ หากมีอาการในข้อใดข้อหนึ่ง ให้แยกตรวจในบริเวณที่กำหนด และให้บริการแบบ Fast track

การส่งต่อข้อมูลแก่หอผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนทางกายและการเฝ้าระวังอื่นๆ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้คัดกรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบหนังสือไม่ให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ซึ่งเป็นผู้ป่วยไม่สมัครใจที่จะ

☐ รับการบำบัดรักษา.....

☐ อยู่เพื่อรับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ในสถาบัน/โรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้า (ผู้แทนผู้ป่วย) นาย/นาง/นางสาว.....

มีความเกี่ยวข้องเป็น..... ไม่ยินยอมให้ (ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย).....

☐ รับการบำบัดรักษา.....

☐ อยู่เพื่อรับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ในสถาบัน/โรงพยาบาล.....

ขณะนี้ผู้ป่วยมีอาการ.....

.....

สมควรรักษาด้วยวิธี..... ทั้งนี้ได้อธิบายถึงความเสี่ยง หากไม่ได้รับการรักษา

ได้แก่.....ให้แก่

ผู้ป่วย/ผู้แทน ทราบแล้ว แต่ผู้ป่วย/ผู้แทน ยืนยันไม่รับการรักษาด้วยวิธี.....

ทีมผู้รักษาได้อธิบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการประเมินภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชเบื้องต้น ดังนี้.....

.....

รวมทั้งแนะนำว่าหากมีอาการผิดปกติ สามารถมารับการรักษาในสถาบัน/โรงพยาบาล ได้

ลงนาม.....(ผู้ป่วยหรือผู้แทน) ลงนาม.....(แพทย์)

(.....) (.....)

ลงนาม.....(พยานฝ่ายผู้ป่วย) ลงนาม.....(พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่)

(.....) (.....)

หมายเหตุ

1. ให้ชี้แจงทุกครั้งก่อนลงนาม ลายพิมพ์นิ้วมือ ในหนังสือไม่ให้ความยินยอมรับการรักษา ผู้มีสิทธิ์ลงนาม ได้แก่
   1.1 ผู้ป่วย กรณีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ และมีความสามารถในการตัดสินใจ
   1.2 คู่สมรสตามกฎหมาย
   1.3 ผู้บุพการี
   1.4 ผู้สืบสันดาน
   1.5 ผู้ปกครองตามกฎหมาย
   1.6 ผู้พิทักษ์ กรณีเสมือนไร้ความสามารถ
   1.7 ผู้อนุบาล กรณีไร้ความสามารถ
   1.8 ผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย
2. ในกรณีลงลายพิมพ์นิ้วมือ ต้องมีพยานรับรองลายมือชื่อ**อย่างน้อยสองคน**
3. กรณีญาติไม่ได้มาด้วย ให้ระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบหนังสือให้ความยินยอมติดตามการรักษาต่อเนื่อง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เกี่ยวข้องเป็น.....ผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต .....จังหวัด..... โทรศัพท์.....
ซึ่งเป็นผู้มารับการรักษาที่สถาบัน/โรงพยาบาล และจำเป็นที่จะต้องส่งต่อข้อมูลการบำบัดรักษาไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อติดตามเยี่ยมและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากผู้ให้บริการแล้ว ข้าพเจ้าเข้าใจและเห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีการส่งต่อข้อมูล หรือการติดตามเยี่ยมดังกล่าวแล้ว และข้าพเจ้าขอแสดงความจำนง ดังนี้

☐ **ยินยอม** ให้ทางสถาบัน/โรงพยาบาล ติดตามเยี่ยมและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

☐ **ไม่ยินยอม** เนื่องจาก.....

กรณีไม่ยินยอม ขอให้ผู้ป่วยมารับบริการตามแผนการรักษาของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตามนัด หากไม่สามารถมารับบริการตามนัด กรุณาโทรศัพท์แจ้งจุดนัดที่หมายเลข..... เพื่อเลื่อนนัดหรือแจ้งปัญหาในการรับบริการ

ลงนาม.....(ผู้ป่วย/ผู้แทน)
(.....)

ลงนาม.....(ผู้ขอความยินยอม)
(.....)
ตำแหน่ง.....

ลงนาม..... (พยานฝ่ายผู้ป่วย)
(.....)

ลงนาม.....(พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่)
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ กรณีญาติไม่ได้มาด้วย ให้ระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว

แนวทางปฏิบัติ

1) ดำเนินการในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในสถาบัน/โรงพยาบาล ทุกราย
2) ทำหนังสือยินยอมในวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถาบัน/โรงพยาบาล โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนั้นๆ ให้ข้อมูล และผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยลงนาม โดยผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย ได้แก่

ผู้บุพการี	หมายถึง	บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ทวด
คู่สมรสตามกฎหมาย		
ผู้ปกครอง	หมายถึง	ผู้ปกครองผู้เยาว์ที่ศาลแต่งตั้ง
ผู้พิทักษ์	หมายถึง	ผู้ที่ศาลแต่งตั้งให้ทำนิติกรรมบางประการแทนคนเสมือนไร้ความสามารถ
ผู้อนุบาล	หมายถึง	ผู้ที่ศาลแต่งตั้งให้ทำนิติกรรมแทนคนไร้ความสามารถ
ผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย	หมายถึง	ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้เป็นญาติ

3) กรณีไม่ยินยอม ให้สรุปบันทึกเหตุผลใน Progress Note

DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

แบบสรุปการรักษาผู้ป่วยใน

HOSPITAL

IN PATIENT SUMMARY

1. ADMISSION NUMBER	2. PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER OR PASSPORT NUMBER	3. HOSPITAL NUMBER

4. PATIENT NAME	5. PATIENT ADDRESS

6. SEX 1. MALE 2. FEMALE	7. MARITAL STATUS	8. ETHNIC GROUP	9. OCCUPATION

10. DATE OF BIRTH	11. AGE AT ADMISSION____YEARS. FOR INFANT____MONTHS____DAYS	12. BIRTHWEIGHT (INFANT ONLY) GRAMS

13. WARD	14. DEPARTMENT				15. DATE OF	DATE	MONTH	YEAR	TIME	16. LENGTH OF STAY _____DAYS
	01 MEDICINE 02 SURGERY 03 OBS.	04 GYN 05 PED 06 ENT	07 EYE 08 ORTHOPEDICS 09 PAYCHATRY	10 RADIOLOGY 11 DENTAL 12 OTHER	ADMISSION DISCHARGE					17. TOTAL LEAVE DAYS _____DAYS

18. DIAGNOSIS		DIAGNOSIS ICD CODING by CODER.....
	(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS บันทึกได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น	MAIN CONDITTION (มีได้รหัสเดียว)
	(2) PRE ADMISSION COMORBIDITY (S)	COMORBIDITY (S)
	(3) COMPLICATION (S) (POST ADMISSION COMORBIDITY)	COMPLICATION (S)
	(4) OTHER DIAGNOSIS	OTHER (S)
	(5) EXTERNAL CAUSE (S) OF INJURY	EXTERNAL CAUSE (S)

19. OPERATION	OPERATING ROOM PROCEDURES (ระบุจำนวนครั้ง)	DATE	TIME	TIME OUT
	1.	.....	.....	.....
	2.	.....	.....	.....
	3.	.....	.....	.....

20.	IMPORTANT NON OPERATING ROOM PROCEDURES	PROCEDURES ICD CODING by CODER.....
	1. ..... 2. ..... 3.	MAIN (มีได้รหัสเดียว)
21.	SPECIAL INVESTIGATIONS 1. ..... 2. ..... 3.	OTHER (S)

22. DISCHARGE STATUS		23. DISCHARGE TYPE	
1. COMPLETE RECOVERED	6. NORMAL CHILD DISCHARGE WITH MOTHER	1. WITH APPROVAL	5. OTHER
2. IMPROVED	7. NORMAL CHILD DISCHARGE SEPERATELY	2. AGAINST ADVICE	6. DEAD, AUTOPSY
3. NOT IMPROVED	8. DEAD	3. ESCAPE	7. DEAD, ON AUTOPSY
4. DELIVERED		4. BY TRANSFER	
5. UNDELIVERED		ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ.....	

ATTENDING PHYSICIAN.....

SIGNATURE

APPROVED BY .....

SIGNATURE

CERTIFICATE OF CAUSE OF PERINATAL DEATH

To be completed for stillbirths and liveborn infants dying within 168 hours (1 week) form birth

Identifying particulars

☐ This child was born live on at hours
And died on at hours
☐ This child was stillborn on at hours
And died before labour ☐ during labour ☐ not known ☐

Mother		Child
Date of birth ☐☐ ☐☐ ☐☐	1 st day last	Birthweight.....grams
Ro, if unknow, age (years) ☐☐	Menstrual period ☐☐ ☐☐ ☐☐	
	or, if unknow estimater duration	Sex:
Number of previous	of pregnancy ☐☐	☐ Boy ☐Girl ☐ Indeterminate
Pregnancies:	(completer weeks)	
Live birth ☐☐		☐ Single birth ☐ First twin
Stillbirths ☐☐	Antenatal care, two or more visits:	☐ Second twin ☐ Other multiple
Abortions ☐☐	☐ Yes	
	☐ No	**Attendant at birth**
Outcome of last previous	☐ Not know	
Pregnancy:		☐ Physician ☐ Trained midwife
☐ Live birth	Delivery:	Other trained person (specify)
☐ Stillbirth	☐ Normal spontaneous vertex	.....
☐ Abortion	Other (specify)	Other (specify)
Date ☐☐ ☐☐ ☐☐	.....	.....

Causer of death

a. Main disease or condition in fetus or infant

b. Other diseases of conditions in fetus or infant

c. Main maternal disease or condition affecting fetus or infant

d. Other maternal diseases or conditions affecting fetus or infant

e. Other relevant circumstances

☐ The certified cause of death has been confirmed by autopsy ☐ Autopsy information may be available later ☐ Autopsy not being held	..... Signature and qualification

ท.ร. 4/1 ตอนที่ 1

หนังสือรับรองการตาย

รหัสสถานพยาบาล.....

สถานพยาบาลที่ออกหนังสือรับรอง.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ที่...../..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1 ผู้ตาย	1.1 ชื่อ - สกุล		1.2 เลขประจำตัวประชาชน _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ - _	1.3 เพศ
	1.4 อายุ ปี	1.5 สัญชาติ	1.6 อาชีพ	1.7 สถานภาพสมรส
	1.8 ที่อยู่			
2 รายการตาย	2.1 ตาย วันที่ เวลา น.		2.2 ผู้รักษาก่อนตาย	
	2.3 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ (CAPITAL LETTER)) a) ..... (due to) b) ..... (due to) c) ..... (due to) d) ..... 2.4 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน.....			ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่งเสียชีวิต ....
	2.5 โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง “สาเหตุการตาย” ในมรณบัตร (ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้น โดยเขียนเป็นภาษาไทย)..... 2.6 หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี ☐ ไม่ตั้งครรภ์ ☐ กำลังตั้งครรภ์.....สัปดาห์ ขณะเสียชีวิต ☐ เพิ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ ☐ ไม่ทราบ			
3 สถานที่ตาย	3.1 ชื่อสถานที่ ที่อยู่			3.2 พักอยู่สถานที่ตายนาน ปี เดือน วัน
4 มารดาบิดาของผู้ตาย	4.1 ชื่อ - สกุลมารดา		4.2 สัญชาติ	4.3 เลขประจำตัวประชาชน _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ - _
	4.4 ชื่อ - สกุลบิดา		4.5 สัญชาติ	4.6 เลขประจำตัวประชาชน _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ - _
5 ผู้รับรองการตาย	5.1 ชื่อ - สกุล			เลขประจำตัวประชาชน _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ - _
	5.2 เป็น ☐ แพทย์แผนปัจจุบัน ☐ พยาบาล ☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุ.....			

หมายเหตุ: สาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ ระบุไว้ตามกฎหมายบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลราษฎร, ทำสถิติการตายของประเทศ และใช้ในด้านการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น จึงอาจแตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ) ได้

ใบรับแจ้งการตายสำหรับเจ้าหน้าที่สำนักทะเบียนที่รับแจ้ง

สำนักทะเบียน.....

ที่...../..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1 หลักฐานการแจ้งตาย	☐ บัตรประจำตัวของผู้แจ้ง..... ☐ หนังสือมอบหมายจากเจ้าบ้าน..... ☐ สำเนาทะเบียนบ้านเลขที่..... ☐ บัตรประจำตัวของผู้ตาย..... ☐ หลักฐานอื่นๆ	
2 ผู้แจ้งการตาย	2.1 ชื่อ - สกุล	2.2 เลขประจำตัวประชาชน _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ - _
	2.3 ที่อยู่.....	2.4 ความเกี่ยวพันเป็น.....
3 ศพ	3.1 จัดการศพโดย ☐ เก็บ ☐ ฝัง ☐ เผา ☐ อื่นๆ	3.2 สถานที่จัดการศพ

ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง ลงชื่อ.....นายทะเบียนผู้รับแจ้ง

(.....) (.....)

เสนอ นายทะเบียน..... ตรวจสอบหลักฐานแล้ว ปรากฏว่า..... เห็นควร..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... ...../...../.....	คำสั่งนายทะเบียน ..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... ...../...../.....

บันทึกการปฏิบัติงาน	ลงชื่อผู้ปฏิบัติ
☐ ได้ออกมรณบัตรแล้ว เลขที่.....	.....
☐ ได้จำหน่ายชื่อในทะเบียนบ้าน เลขที่.....	.....
☐ อื่น ๆ	.....

ข้าพเจ้าได้รับ ☐ มรณบัตรเลขที่..... ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน เลขที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับ

(.....)

...../...../.....

ได้รับหลักฐานการรับแจ้งตายแล้ว ลงชื่อ.....ผู้แจ้ง

คำสั่งการจัดการศพ

☐ เก็บ ☐ ฝัง ☐ เผา ☐ อื่นๆ

สถานที่.....

ลงชื่อ.....นายทะเบียนผู้รับแจ้ง

(.....)

หลักฐานการรับแจ้งตาย

สำนักทะเบียน.....

ได้รับแจ้งการตายของ.....

ตามใบรับแจ้งการตายเลขที่...../.....

ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....นายทะเบียนผู้รับแจ้ง

(.....)

ท.ร. 4/1 ตอนที่ 2

หนังสือรับรองการตาย

รหัสสถานพยาบาล.....

สถานพยาบาลที่ออกหนังสือรับรอง.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ที่...../..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1 ผู้ตาย	1.1 ชื่อ - สกุล		1.2 เลขประจำตัวประชาชน _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ - _	1.3 เพศ
	1.4 อายุ ปี	1.5 สัญชาติ	1.6 อาชีพ	1.7 สถานภาพสมรส
	1.8 ที่อยู่			
2 รายการตาย	2.1 ตาย วันที่ เวลา น.		2.2 ผู้รักษาก่อนตาย	
	2.3 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ (CAPITAL LETTER)) a) ..... (due to) b) ..... (due to) c) ..... (due to) d) ..... 2.4 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน.....			ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่งเสียชีวิต ....
	2.5 โรคหรือภาวะที่ให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง "สาเหตุการตาย" ในมรณบัตร (ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้น โดยเขียนเป็นภาษาไทย)..... 2.6 หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี ☐ ไม่ตั้งครรภ์ ☐ กำลังตั้งครรภ์.....สัปดาห์ ขณะเสียชีวิต ☐ เพิ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ ☐ ไม่ทราบ			
3 สถานที่ตาย	3.1 ชื่อสถานที่ ที่อยู่			3.2 พักอยู่สถานที่ตายนาน ปี เดือน วัน
4 มารดาบิดาของผู้ตาย	4.1 ชื่อ - สกุลมารดา		4.2 สัญชาติ	4.3 เลขประจำตัวประชาชน _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ - _
	4.4 ชื่อ - สกุลบิดา		4.5 สัญชาติ	4.6 เลขประจำตัวประชาชน _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ - _
5 ผู้รับรองการตาย	5.1 ชื่อ - สกุล			เลขประจำตัวประชาชน _ - _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ - _
	5.2 เป็น ☐ แพทย์แผนปัจจุบัน ☐ พยาบาล ☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุ.....			

หมายเหตุ: สาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ ระบุไว้ตามกฎหมายบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลราษฎร, ทำสถิติการตายของประเทศ และใช้ในด้านการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น จึงอาจแตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ) ได้

แบบประเมินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป

1. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST V3)
2. แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS)
3. แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (CIWA-Ar)
4. แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Minneapolis Detoxification Scale: MINDS)
5. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)
6. แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the Nation Outcome Scale: HoNos)
7. แบบบันทึกการประเมิน (Clinical Global Impression - Severity of illness: CGI-S)
8. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย
9. แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน (Living Skills Assessment: LSA30)
10. แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE)
11. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)
12. แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST V3)

ชื่อ-สกุล.....เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง อายุ.....ปี HN.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....

วันที่ประเมิน.....ผู้ประเมิน.....หน่วยงาน.....

คำชี้แจง คำถามแต่ละข้อจะถามถึงประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง สุรา เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ ไวน์ เป็นต้น ขอให้ตอบตามความเป็นจริงเพื่อประโยชน์ในการให้บริการสุขภาพของท่าน

ข้อคำถาม	คำตอบ					คะแนน
ข้อ 1. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณ เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ (หรือเคยดื่มแต่หยุดดื่มมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป)	ไม่เคย (ยุติการประเมิน)	เคย	ไม่เคยดื่ม ตลอดชีวิตที่ผ่านมา เคยดื่มแต่หยุดดื่มมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป ดื่มในช่วง 3 เดือนแต่ไม่ระบุรายละเอียด			ลงรหัส 1B600 ลงรหัส 1B601 ลงรหัส 1B609
ข้อ 2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร	ไม่เคย (0) (ข้ามไปที่ข้อ 6)	ครั้งสองครั้ง (2)	ทุกเดือน (3)	ทุกสัปดาห์ (4)	เกือบทุกวัน (6)	
ข้อ 3. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกอยากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมากบ่อยเพียงไร	ไม่เคย (0)	ครั้งสองครั้ง (3)	ทุกเดือน (4)	ทุกสัปดาห์ (5)	เกือบทุกวัน (6)	
ข้อ 4. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้คุณ เกิดปัญหาสุขภาพครอบครัว สังคม กฎหมาย หรือการเงิน บ่อยเพียงไร	ไม่เคย (0)	ครั้งสองครั้ง (4)	ทุกเดือน (5)	ทุกสัปดาห์ (6)	เกือบทุกวัน (7)	
ข้อ 5. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณไม่สามารถทำกิจกรรมที่คุณควรจะทำได้ตามปกติ เนื่องจากคุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บ่อยเพียงไร	ไม่เคย (0)	ครั้งสองครั้ง (5)	ทุกเดือน (6)	ทุกสัปดาห์ (7)	เกือบทุกวัน (8)	
ข้อ 6. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา เพื่อนฝูง ญาติ หรือคนอื่น เคยแสดงความกังวลหรือตักเตือนคุณเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคุณ หรือไม่	ไม่เคย (0)	เคย, ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (6)	เคย, ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (3)			
ข้อ 7. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยพยายามหยุดหรือลดการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยลงแต่ทำไม่สำเร็จหรือไม่	ไม่เคย (0)	เคย, ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (6)	เคย, ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (3)			
					คะแนนรวม	

คำตอบ "ในช่วง 3 เดือนผ่านมา"	คำตอบ "ตลอดชีวิตที่ผ่านมา"
• "ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยเลยในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา"	• "ไม่เคยเกิดขึ้นเลยในชีวิต"
• "ครั้งสองครั้ง หมายถึง 1-2 ครั้งในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา"	• "เคยและเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา"
• "ทุกเดือน หมายถึง เฉลี่ย 1-3 ครั้งต่อเดือนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา"	• "เคย แต่เกิดขึ้นก่อนหน้า 3 เดือนนี้"
• "ทุกสัปดาห์ หมายถึง 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา"	
• "ทุกวันหรือเกือบทุกวัน หมายถึง 5-7 วันต่อสัปดาห์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา"	

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

คำตอบ	รหัสบันทึก	แนวทางการรักษา	รหัสบันทึก
ไม่เคยดื่ม ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	1B600	แสดงความชื่นชมที่ไม่ดื่ม และให้ความรู้อันตรายจากการดื่ม	
เคยดื่มแต่หยุดดื่มมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป	1B601	แสดงความชื่นชมที่สามารถหยุดดื่มได้ และให้ความรู้อันตรายจากการดื่ม	
ดื่มในช่วง 3 เดือน แต่ไม่ระบุรายละเอียด	1B609	ให้ความรู้อันตรายจากการดื่ม	
คะแนน 0-10 ดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ หมายถึง การดื่มในขณะที่มีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มสุราแต่ในอนาคตหากดื่มมากกว่านี้มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุราได้	1B602	การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) 1. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ 2. การให้ความรู้อันตรายจากการดื่ม 3. การกำหนดเป้าหมาย 4. ให้คำแนะนำการดื่มลดลง	1B610
คะแนน 11-26 ดื่มในระดับเสี่ยงปานกลาง หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลางต่อสุขภาพและปัญหาอื่นๆ หรืออาจเริ่มมีปัญหาบางอย่างเกิดขึ้นแล้ว การดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง ลักษณะเช่นนี้จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่นๆ เพิ่มขึ้นได้ในอนาคต รวมถึงเสี่ยงต่อการติดสุราได้ โดยเฉพาะในคนที่เคยมีปัญหาจากการดื่มสุราหรือเคยติดสุรามาก่อน	1B603	การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) 1. *การให้คำแนะนำแบบสั้น* สะท้อนข้อมูลปัญหาและผลกระทบจากการดื่ม แสดงความเป็นห่วง แนะนำถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างความตระหนัก 2. *ประเมินแรงจูงใจ* หรือความพร้อมในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับระดับแรงจูงใจ • ขั้นเมินเฉยหรือไม่สนใจปัญหา: ให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงปัญหาการดื่มที่เกิดขึ้น ให้ข้อมูลอันตรายจากการดื่ม • ขั้นลังเลใจ: เน้นประโยชน์จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ข้อมูลปัญหาจากการดื่มและความเสี่ยงหากปล่อยไว้ ชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อไม่ดีของการดื่ม ข้อดีและข้อไม่ดีของการหยุดดื่ม • ขั้นตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: ให้ทางเลิกเป้าหมาย ให้คำแนะนำเสริมกำลังใจ • ขั้นลงมือปรับเปลี่ยน: ทบทวนให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ติดตามพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง • ขั้นกระทำต่อเนื่อง: เสริมกำลังใจ ป้องกันการกลับสู่พฤติกรรมเดิม • ขั้นตอนกลับพฤติกรรมเดิม: ให้กำลังใจ ช่วยให้ตั้งหลักได้อีกครั้ง 3. *ตั้งเป้าหมาย*ในการลด ละ เลิก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4. *ติดตามต่อเนื่อง* เพื่อติดตามพฤติกรรมการดื่มในทุกครั้งที่รับบริการสุขภาพ แก้ไขปัญหาอุปสรรค กำหนดวิธีการแก้ไขที่ชัดเจน	1B611
คะแนนตั้งแต่ 27 ขึ้นไป ดื่มในระดับเสี่ยงสูง หมายถึง บ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการติดสุราแล้วหรือติดสุราแล้ว หรือกำลังประสบปัญหาสุขภาพ สังคม การเงิน กฎหมาย ที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา	1B604	ให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) และส่งต่อ (Refer) เพื่อรับการประเมินและบำบัดแบบเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญ	1B612

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS)

ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE

Date & Time of last Alcohol use: ...../...../..... .....AM/PM	DATE										
	TIME										
Perspiration (เหงื่อ)	0 ไม่มีเหงื่อ 1 ชื้นเฉพาะฝ่ามือ 2 มีเม็ดเหงื่อตามหน้า ลำตัว 3 เหงื่อเปียกชื้นตามตัว 4 เหงื่อออกมาจนเสื้อผ้าเปียก										
Tremor (สั่น)	0 ไม่มีอาการสั่น 1 สั่นเฉพาะเวลายื่นมือจับสิ่งของ 2 มือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา 3 มือสั่นมากตลอดเวลา										
Anxiety (วิตกกังวล)	0 สงบไม่มีอาการกังวล 1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ 2 รู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย 3 วิตกกังวล กลัว สงบได้ยาก 4 ไม่สามารถควบคุมอาการกังวลไว้ / panic										
Agitation (กระสับกระส่าย)	0 ปกติ 1 งุ่นง่าน อยู่ไม่สุข 2 กระวนกระวาย นอนพักนิ่งๆไม่ได้ 3 กระสับกระส่าย เดินไปมาไม่มีจุดหมาย 4 กระสับกระส่ายมาก เดินไปมาตลอด										
Temperature	0 < 37.0 °C 1 37.1 °C – 37.5 °C 2 37.6 °C – 38.0 °C 3 38.1 °C – 38.5 °C 4 > 38.5 °C										
Hallucinations Specify if:- V = Visual T = Tactile A = Auditory	0 ไม่มีประสาทหลอน 1 มีเป็นบางครั้ง แต่รู้ตัวว่าไม่ได้เกิดขึ้นจริง 2 มีประสาทหลอนชัดเจน ช่วงสั้นๆแต่รู้ตัว 3 มีประสาทหลอน รับรู้ความจริงบางเรื่อง 4 มีประสารทหลอน ไม่รับรู้ความเป็นจริง										
Orientation (การรับรู้บุคคล วัน เวลา สถานที่)	0 รับรู้บุคคล วัน เวลา สถานที่ 1 สับสนเวลา 2 สับสนวัน เวลา สถานที่ 3 สับสนวัน เวลา สถานที่ บุคคลเป็นบางครั้ง 4 ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล										
AWS Total											
Blood Pressure											
Pulse											
Temperature											
Respirations											
Conscious Level	1 Alert, obeys, oriented 2 Confused, responds of speech 3 Stuporous, responds to pain 4 Semi-comatose 5 Comatose										
Pupils + reacts - no reaction B brisk S Sluggish	Size in mm										
	Reaction										
Medication Given											
Nurse Initials											

Scale (mm)
1 •
2 •
3 ●
4 ●
5 ●
6 ●
7 ●
8 ●

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (CIWA-Ar)

วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย.....เวลา.....น.

	Day ที่รับไว้รักษาใน รพ.												
	วันที่												
	เวลาที่ประเมิน												
1	อาการคลื่นไส้อาเจียน												
2	การรับสัมผัสผิดปกติ												
3	อาการสั่น												
4	การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ												
5	อาการเหงื่อออกเป็นพักๆ												
6	การรับรู้ทางตาผิดปติ												
7	อาการวิตกกังวล												
8	ปวดหัว มึนตื้อ												
9	อาการกระวนกระวาย												
10	การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล												
	คะแนนรวม												

ข้อที่ 1 อาการคลื่นไส้อาเจียน ถาม "คุณรู้สึกคลื่นไส้ พะอืดพะอมบ้างไหม?" "อาเจียนไหม?" สังเกต 0 - ไม่คลื่นไส้ ไม่อาเจียน 1 - คลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน 4 - คลื่นไส้เป็นพักๆ อาเจียนแต่ไม่มีอะไร 7- คลื่นไส้อยู่เรื่อยๆ อาเจียนบ่อย	ข้อที่ 2 การรับสัมผัสผิดปกติ ถาม "คุณรู้สึกคันยุบยิบ ปวดแสบ/ร้อน/แปลบๆ/รู้สึกมีแมลงไต่/ไซ้ผิวหนังบ้างไหม?" สังเกต 0 - ไม่มี 1 - คันยุบยิบ เหน็บชา ปวดแปลบๆ เป็นน้อยมาก 2 - คันยุบยิบ เหน็บชา ปวดแปลบๆ เป็นน้อย 3 - คันยุบยิบ เหน็บชา ปวดแปลบๆ เป็นปานกลาง 4 - มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างมาก 5 - มีประสาทหลอนทางสัมผัสมาก 6 – มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างมาก 7 - มีประสาทหลอนอยู่ตลอด	ข้อที่ 3 อาการสั่น ให้เหยียดแขนตรง กางมือออก สังเกต 0 - ไม่มีอาการสั่น 1 - ไม่เห็นแต่รู้สึกว่าปลายนิ้วแต่ละนิ้วมีอาการสั่น 4 - ปานกลาง พบสั่นขณะผู้ป่วยเหยียดแขนตรง 7 - รุนแรง เห็นแม้ขณะไม่เหยียดแขน	ข้อที่ 4 การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ ถาม "รู้สึกพะวงเสียงรอบตัว? ฟังระคายหู? ไม่มีตัวจริงๆ?" 0 - ไม่มีเสียง 1 – เสียงระคายหูหรือทำให้กลัวน้อยมาก 2 - เสียงระคายหูหรือทำให้กลัวน้อย 3 - เสียงระคายหูหรือทำให้กลัวปานกลาง 4 - มีอาการหูแว่วค่อนข้างรุนแรง 5 - มีอาการหูแว่วรุนแรงมาก 6 – มีอาการหูแว่วรุนแรงมากชัดเจน 7 - มีอาการหูแว่วอยู่ตลอดเวลา	ข้อที่ 5 อาการเหงื่อออกเป็นพักๆ สังเกต 0 - ไม่เห็นเหงื่อ 1 – ไม่ค่อยเห็นว่าเหงื่อออก, ฝ่ามือชื้น 4 - เห็นเหงื่อเป็นเม็ดๆ ชัดบริเวณหน้าผาก 7 – เหงื่อแตกทั่วตัว
ข้อที่ 6 การรับรู้ทางตาผิดปกติ ถาม "รู้สึกว่าแสงไฟที่เห็นสว่างจ้าเกินปกติ? สีเปลี่ยน? รู้สึกเคืองตา? เห็นอะไรแปลก? เห็นอะไรที่ไม่มีอยู่จริง?" สังเกต 0 - ไม่มี 1 - ไวต่อแสงกว่าปกติน้อยมาก 2 - ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย 3 - ไวต่อแสงกว่าปกติปานกลาง 4 - อาการประสาทหลอนค่อนข้างรุนแรง 5 - อาการประสาทหลอนรุนแรง 6 - อาการประสาทหลอนรุนแรงมาก 7 - มีประสาทหลอนอยู่ตลอด	ข้อที่ 7 อาการวิตกกังวล ถาม "คุณรู้สึกวิตกกังวลไหว?" สังเกต 0 - ไม่กังวล, ผ่อนคลาย 1 - กังวลเล็กน้อย 4 - กังวลปานกลาง หรือปิดบังทำให้สงสัย 7 - ตระหนักกลัวรุนแรงมาก	ข้อที่ 8 ปวดหัว มึนตื้อ ถาม "ปวดมึนหัว? รู้สึกเหมือนมีอะไรมารัดรอบหัว?" ไม่รวมอาการวิงเวียน งงๆ ดูตามความรุนแรงของอาการ 0 - ไม่มี 1 - มีน้อยมาก 2 - มีน้อย 3 - ปานกลาง 4 - ค่อนข้างรุนแรง 5 - รุนแรง 6 - รุนแรงมาก 7 - รุนแรงที่สุด	ข้อที่ 9 อาการกระวนกระวาย สังเกต 0 - พฤติกรรมปกติ 1 - กระวนกระวายกว่าปกติเล็กน้อย 4 - ดูกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง 7 - เดินไปมาขณะตอบคำถาม หรืออยู่กับที่ไม่ได้เลย	ข้อที่ 10 การรับรู้เรื่องเวลา สถานที่ ถาม "วันนี้วันอะไร? ขณะนี้คุณอยู่ที่ไหน? คิดว่าผู้ตรวจเป็นใคร?" 0 - ตอบได้ตรง 1 - ไม่แน่ใจเรื่องวัน 2 - ตอบผิดเรื่องวัน แต่ผิดพลาดไม่เกิน 2 วัน 3 - ตอบวันผิดมากกว่า 2 วัน 4 - ตอบผิดด้านสถานที่ และ/หรือบุคคล

อุณหภูมิ												
ชีพจร												
อัตราการหายใจ												
ความดันโลหิต												
COMA scale												
Pupils												
ยาที่ให้เพิ่ม												
พยาบาล												

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา
(MINNEAPOLIS DETOXIFICATION SCALE: MINDS)

การประเมินความรุนแรงตามค่า (MINDS Scale)	วัน เดือน ปี (Date)										
	เวลา (Time)										
	อัตราการเต้นของชีพจร (PR)										
	ความดันโลหิต (BP)										
	อุณหภูมิร่างกาย (BT)										
ค่าคะแนนตามชีพจร (Pulse Score) 0-<90 1-90-110 2->110											
ค่าคะแนนความดันโลหิต (BP Score) ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) 0-<90 1-90-110 2->110											
อาการสั่น (Tremor) 0 - ไม่มีอาการสั่น (None) 1 – ไม่พบอาการสั่น (Not visible), มีอาการสั่นเฉพาะปลายนิ้ว (fingertip to fingertip only) 4 - พบอาการสั่นตั้งแต่มือถึงแขน (Moderate) 6 - พบอาการสั่นทั้งตัว (Severe)											
อาการเหงื่อออก (Sweating) 0 – ไม่พบเหงื่อออก (None) 2 - ชื้นเฉพาะฝ่ามือ (Moist palm) 4 - มีเหงื่อออกเป็นเม็ดจนเห็นได้ (Beads of sweat visible) 6 - เหงื่อเปียกชุ่ม (Drenching sweats)											
อาการประสาท (Hallucination) 0 – ไม่พบอาการประสาทหลอน (None) 2 - มีประสาทหลอนเล็กน้อย (Mild) 4 – มีประสาทหลอนชัดเจนเฉพาะของบางสิ่งหรือบางเหตุการณ์และเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ (Moderate/Intermittent) 6 – มีประสาทหลอนชัดเจนในหลายเรื่องรุนแรง/ต่อเนื่อง (Severe2conticuous)											
การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) 0 - รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Oriented) 2 – รับรู้เฉพาะบุคคลและสถานที่ (To person & place only) 4 – รับรู้เฉพาะบุคคล (To person only) 6 - ไม่รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Totally disoriented)											
พลุ่งพล่าน (Agitation) 0 - ไม่มีอาการพลุ่งพล่าน (None) 2 – มีอาการพลุ่งพล่านเล็กน้อย (Somewhat) 4 – มีอาการพลุ่งพล่านค่อนข้างมาก (Moderate) 6 – มีอาการพลุ่งพล่านมาก (Severe)											
อาการหลงผิด (Delusions) 0 – ไม่มีอาการหลงผิด (Absent) 4 - มีอาการหลงผิดปรากฏชัดเจน (Present)											
ชัก (Seizures) 0 – ไม่มีอาการชักหลังจากประเมินครั้งสุดท้าย (None since lase rating) 6 – มีอาการชักหลังประเมินครั้งล่าสุดหรือครั้งนี้เป็นการประเมินครั้งแรกแล้วก่อนหน้านี้มีการชักเกิดขึ้น (have accursed since last rating or at all if first rating)											
ถ้าได้คะแนน 10 คะแนนขึ้นไป (Treat if 10)	รวมคะแนน (Total)										
	กิจกรรม (Action)*										
	ผลลัพธ์ (Result)*										
	ลงชื่อ (Signature)										

<u>หมายเหตุ</u> กิจกรรม (Action)*
0 = ไม่มีกิจกรรม (None)
1 = ดูแลแบบประคับประคอง (Supportive care)
2 = ดูแลให้การรักษาด้วยยา (Medication given)
3 = รายงานแพทย์ (Physician notified)
4 = ผูกยึดไว้/จำกัดพฤติกรรม (Restraints)
5 = เริ่มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV started)
6 = เริ่มให้ยาใหม่ (New med started)
7 = ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเมื่อส่งต่อ (Transfer)
8 = อื่นๆ ระบุ (Other (specify))……

<u>ผลลัพธ์ (Result)*</u>
0 = ไม่มีการเปลี่ยนแปลง (No change)
1 = ดีขึ้น (Improved)
2 = แย่ลง (Worsens)
3 = ชัก (Seizure)
4 = มีภาวะแทรกซ้อน (Complication)
5 = ได้รับบาดเจ็บ (Injury)
6 = อื่นๆ ระบุ (Other (specify))……

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)

หัวข้อ	อาการและการแสดงออก	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่ .....
1	Somatic concern (G) คุณรู้สึกตนเองป่วยเป็นโรคทางกายภาพหรือไม่							
2	Anxiety (G) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม/ความคิดนี้รบกวนจิตใจบ่อยไหม/รู้สึกมีอาการใจสั่น เหงื่อออก/อาการที่บอกมีผลต่อการทำงานของคุณไหม							
3	Emotional Withdrawal (N) มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับผู้อื่น ไม่แสดงอารมณ์ หน้าเฉยเมย							
4	Conceptual disorganization (P) พูดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พูดอ้อมค้อม ไม่ค่อยต่อเนื่อง (ดูใน 15 นาทีแรก)							
5	Guilt Feeling (G) รู้สึกตำหนิตนเองในสิ่งที่ทำไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่							
6	Tension (G) มองจากท่านั่งรู้สึกตึงเครียด ขณะพูดอาจมีการกระตุก เสียงสั่น							
7	Mannerism and posturing (G) มีท่าทางการเคลื่อนไหวไม่เป็นธรรมชาติ เก้งก้าง แข็ง ดูแปลกๆ							
8	Grandiosity (P) คุณมีความรู้สึกมีอำนาจพิเศษบางอย่างหรือไม่/ที่ผ่านมาคิดว่าเป็นใครที่มีชื่อเสียงหรือไม่							
9	Depressive mood (G) คุณรู้สึกว่าไม่มีความสุขหรือความเศร้า/รู้สึกเศร้าไหม/รู้สึกเศร้าบ่อยแค่ไหน สามารถเบนความสนใจไปในเรื่องที่ทำให้มีความรู้สึกได้ไหม/ความรู้สึกรบกวนการทำงานของคุณไหม							
10	Hostility (P) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ่อยๆ เคยมีปัญหาชกต่อย หรือทะเลาะกับคนอื่น/สัมพันธภาพกับคนอื่น คนในครอบครัว เพื่อนร่วมงานเป็นอย่างไร							
11	Suspiciousness (P) คุณรู้สึกมีคนคอยจับผิด มีคนคิดร้ายบ้างไหม/โดยวิธีใด/รู้สึกกังวลกับการคิดร้ายของใครบ้างไหม							
12	Hallucinatory behavior (P) คุณได้ยินเสียงหรือมีคนพูดด้วยโดยไม่เห็นตัวหรือไม่ คุณมองเห็นสิ่งหรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้สึก/ประสบการณ์นี้มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไหม							
13	Motor retardation (G) การพูด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (สังเกตพฤติกรรม)							
14	Uncooperativeness (G) มีท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15	Unusual thought content (G) ความคิดแปลก เช่น มีความเชื่อเรื่องพลังจิต วิญญาณ หากพบในข้อ Somatic Grandiosity Delusion จะพบในหัวข้อนี้ด้วย							
16	Blunted affect (N) สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17	Excitement (P) มีท่าทีลุกลี้ลุกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว อยู่ไม่เป็นสุข							
18	Disorientation (G) ถามวันที่ สถานที่ เวลา บุคคล							
	คะแนนรวม							
	ผู้บันทึก.....ตำแหน่ง.....							

Rating Key 1 = ไม่มีอาการ 2 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = อาการปานกลาง
5 = อาการค่อนข้างรุนแรง 6 = อาการรุนแรง 7 = อาการรุนแรงมาก

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (Health of the Nation Outcome Scale: HoNos)

ข้อแนะนำ ให้ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับค่าที่ประเมินได้

หัวข้อการประเมิน	ครั้งที่ 1					ครั้งที่ 2					ครั้งที่ 3					ครั้งที่ 4					ครั้งที่ 5					ครั้งที่ 6				
	วันที่					วันที่					วันที่					วันที่					วันที่					วันที่				
	ผู้ประเมิน					ผู้ประเมิน					ผู้ประเมิน					ผู้ประเมิน					ผู้ประเมิน					ผู้ประเมิน				
	ระดับความรุนแรง					ระดับความรุนแรง					ระดับความรุนแรง					ระดับความรุนแรง					ระดับความรุนแรง					ระดับความรุนแรง				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Health of the Nation Outcome Scale: HoNos																														
1. ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมที่มากเกินควร หรือเกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าว รบกวนผู้อื่นหรือวุ่นวาย อยู่ไม่สงบ																														
2. มีความคิดหรือพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย มีการทำร้ายตัวเองที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ																														
3. ปัญหาการดื่มสุราหรือการใช้ยาเสพติด																														
4. ปัญหาด้านพุทธิปัญญาเกี่ยวกับความจำ การรู้เวลา สถานที่ บุคคล และความเข้าใจในเรื่องต่างๆ																														
5. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรือพิการทางร่างกาย																														
6. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอนและหลงผิด																														
7. อารมณ์ซึมเศร้า																														
8. ปัญหาทางจิตและพฤติกรรมอื่นๆ																														
9. ปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในเชิงเกื้อหนุนกับผู้อื่น																														
10. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน การไร้ความสามารถโดยรวม																														
11. โอกาสที่จะใช้หรือพัฒนาความสามารถในบริเวณที่ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่																														
12. โอกาสในการใช้และพัฒนาปรับปรุงความสามารถในด้านอาชีพและนันทนาการ																														

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกการประเมิน
(Clinical Global Impression – Severity of illness: CGI-S)

CGI-S score								
วัน เดือน ปี	1 Normal Not at all ill	2 Borderline Mentally ill	3 Mildly ill	4 Moderately ill	5 Morbidly ill	6 Severely ill	7 Among the most extremely ill patients	ผู้ประเมิน
วันที่ admit								
วันที่จำหน่าย								

หมายเหตุ 1) ประเมิน ณ วันที่ Admit และวันที่จำหน่าย
2) หลังประเมินวันที่จำหน่ายแล้ว ให้แนบแบบฟอร์มไว้กับเวชระเบียน เจ้าหน้าที่เวชระเบียนจะเอาออกเอง

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

ข้อแนะนำ ให้ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

ลำดับที่	คำถาม	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

หมายเหตุ กรณี มี 1 ข้อขึ้นไปให้ประเมิน 9Q ต่อ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ลำดับที่	ใน2สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1 – 7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดช้า ทำอะไรช้าจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
	รวม				

☐ < 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ 7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ☐ 13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ☐ ≥ 19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

หมายเหตุ คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ลำดับที่	คำถาม ในเดือนที่ผ่านมารวมวันนี้	ไม่ใช่	ใช่
1	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2	อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ให้ถามต่อ)	0	6
	ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือ บอกไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ 0	ไม่ได้ 8
4	มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5	ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือ เตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ	0	9
6	ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
	รวม		

☐ 0 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ 1-8 แนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย ☐ 9-16 แนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง ☐ ≥ 17 แนวโน้มฆ่าตัวตายรุนแรง

หมายเหตุ มีคะแนน ตั้งตั้ง 1 ขึ้นไปให้รายงานแพทย์และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

แบบประเมิน / ระดับ	8Q	9Q
Mild		
Moderate		
Severe		

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน (Living Skills Assessment: LSA 30)

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความสามารถของผู้ป่วยเพียงช่องเดียว โดยพิจารณาความสามารถในปัจจุบัน หรือเวลาที่ใกล้เคียง หากกิจกรรมใดที่ผู้อื่นทำแทน ให้พิจารณาความสามารถจริงของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องทำกิจกรรมนั้นเอง โดยเลือกประเมินดังนี้

0 หมายถึง ขาดทักษะหรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ระบุ
1 หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่ทำ แม้ว่ากระตุ้น (ช่วยเหลือ) ก็ไม่ทำ หรือทำได้แต่ไม่มีโอกาส (ไม่ได้รับอนุญาต)
2 หมายถึง สามารถทำได้ เมื่อได้รับการกระตุ้น (หรือช่วยเหลือ) ทุกครั้งหรืออย่างมาก
3 หมายถึง สามารถทำได้ เมื่อได้รับการกระตุ้น (หรือช่วยเหลือ) ทุกครั้งหรือเล็กน้อย
4 หมายถึง สามารถทำได้เอง โดยไม่ต้องกระตุ้น

ลำดับ	ข้อคำถาม	ครั้งที่ 1					ครั้งที่ 2					ครั้งที่ 3				
		0 ทำไม่ได้	1 ทำได้แต่ไม่ทำ	2 ทำได้ต้องกระตุ้นทุกครั้ง	3 ทำได้ต้องกระตุ้นบางครั้ง	4 ทำได้เอง	0 ทำไม่ได้	1 ทำได้แต่ไม่ทำ	2 ทำได้ต้องกระตุ้นทุกครั้ง	3 ทำได้ต้องกระตุ้นบางครั้ง	4 ทำได้เอง	0 ทำไม่ได้	1 ทำได้แต่ไม่ทำ	2 ทำได้ต้องกระตุ้นทุกครั้ง	3 ทำได้ต้องกระตุ้นบางครั้ง	4 ทำได้เอง
1. ทักษะด้านสุขอนามัยส่วนตัว																
1	แปรงฟันหรือทำความสะอาดช่องปากทุกวัน															
2	ล้างหน้าและอาบน้ำทุกวัน															
3	สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง															
4	ดูแลทั้งเล็บมือเล็บเท้าให้สะอาดอยู่เสมอ															
5	ทำความสะอาดมือหลังสัมผัสสิ่งสกปรก															
2. ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน																
1	จัดเก็บหรือทิ้งขยะถูกที่															
2	ดูแลหรือจัดเก็บเครื่องนอนให้เป็นระเบียบทุกครั้งหลังตื่นนอน															
3	ดูแลและทำความสะอาดภาชนะที่ใช้ในการเตรียมรับประทานอาหารได้															
4	ใช้น้ำอย่างประหยัด															
5	ปัสสาวะ อุจจระ ทั้งถูกสถานที่และไม่เลอะเทอะ															

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

ลำดับ	ข้อคำถาม	ครั้งที่ 1					ครั้งที่ 2					ครั้งที่ 3				
		0 ทำไม่ได้	1 ทำได้แต่ไม่ทำ	2 ทำได้ต้องกระตุ้นทุกครั้ง	3 ทำได้ต้องกระตุ้นบางครั้ง	4 ทำได้เอง	0 ทำไม่ได้	1 ทำได้แต่ไม่ทำ	2 ทำได้ต้องกระตุ้นทุกครั้ง	3 ทำได้ต้องกระตุ้นบางครั้ง	4 ทำได้เอง	0 ทำไม่ได้	1 ทำได้แต่ไม่ทำ	2 ทำได้ต้องกระตุ้นทุกครั้ง	3 ทำได้ต้องกระตุ้นบางครั้ง	4 ทำได้เอง
3. ทักษะด้านการสื่อสาร																
1	ทักทายอย่างถูกกาลเทศะเมื่อพบปะผู้อื่น (เช่น ไหว้ จับมือ พูดยิ้ม ฯลฯ)															
2	มีการสบตาขณะพูดคุยกับคนอื่น															
3	ใช้คำพูดที่สุภาพกับผู้ที่พูดคุย															
4	รู้จักกล่าวขอโทษและขอบคุณได้เหมาะสมกับโอกาส															
5	ถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัยเพื่อให้ได้รายละเอียดเพิ่มเติม															
4. ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน																
1	รู้ว่าเมื่อจ่ายเงินเกินราคาสินค้าต้องได้รับเงินทอน															
2	รู้จักเลือกเครื่องแต่งกายให้เหมาะสมกับงานในชุมชน															
3	ได้ร่วมทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์หรือช่วยเหลือชุมชนให้เกิดประโยชน์															
4	เลือกใช้ยานพาหนะในการเดินทางได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม															
5	ปฏิบัติตามกฎระเบียบ กติกาของชุมชน หรือที่ทำงาน (เช่น รอคิวซื้อตั๋ว ฯลฯ)															
5. ทักษะด้านการผ่อนคลาย																
1	ทำกิจกรรมยามว่างหรืองานอดิเรก (เช่น ดูทีวี ฟังวิทยุ เล่นกีฬา พูดคุย ฯลฯ)															
2	แบ่งเวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจทุกวัน															
3	ผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองได้ (เช่น นั่งสมาธิ ดูรายการตลก ฟังเพลง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกหายใจ ฯลฯ)															
4	ทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจนอกสถานที่ (เช่น ไปเที่ยว ไปห้างสรรพสินค้า ไปงานประเพณี ฯลฯ)															
5	เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (เช่น ฟังเทศน์ที่วัด ไปโบสถ์ มัสยิด ฯลฯ)															

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

ลำดับ	ข้อคำถาม	ครั้งที่ 1					ครั้งที่ 2					ครั้งที่ 3				
		0 ทำไม่ได้	1 ทำได้แต่ไม่ทำ	2 ทำได้ต้องกระตุ้นทุกครั้ง	3 ทำได้ต้องกระตุ้นบางครั้ง	4 ทำได้เอง	0 ทำไม่ได้	1 ทำได้แต่ไม่ทำ	2 ทำได้ต้องกระตุ้นทุกครั้ง	3 ทำได้ต้องกระตุ้นบางครั้ง	4 ทำได้เอง	0 ทำไม่ได้	1 ทำได้แต่ไม่ทำ	2 ทำได้ต้องกระตุ้นทุกครั้ง	3 ทำได้ต้องกระตุ้นบางครั้ง	4 ทำได้เอง
6. ทักษะด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ																
1	พยายามหางานหรือรักษางานเดิมไว้															
2	มีรายได้จากการทำงาน															
3	ทำงานง่าย ๆ ได้สำเร็จ (เช่น งานบ้าน เกษตรกรรม แรงงานก่อสร้าง ฯลฯ)															
4	ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้															
5	พยายามพัฒนาที่ทำอยู่ให้ดีขึ้น (เช่น ทำงานที่ยากขึ้นได้/หรือทำงานเดิมแต่มีคุณภาพ/ผลผลิตมากขึ้น)															

สรุปผล

1. ทักษะด้านสุขภาพอนามัยส่วนตัว ระดับคะแนน เท่ากับ.....
2. ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน ระดับคะแนน เท่ากับ.....
3. ทักษะด้านการสื่อสาร ระดับคะแนน เท่ากับ.....
4. ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน ระดับคะแนน เท่ากับ.....
5. ทักษะด้านการผ่อนคลาย ระดับคะแนน เท่ากับ.....
6. ทักษะด้านการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ ระดับคะแนน เท่ากับ.....

การหาค่าคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน

$$\text{คะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน} = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนทั้งหมดในแต่ละด้าน}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมดในแต่ละด้าน}}$$

ผู้ประเมิน.....ระบุความสัมพันธ์.....กับผู้ป่วย

การแปรผล

ระดับคะแนนและการแปลผลด้านทักษะทางสังคม

ระดับ 1 ค่าเฉลี่ย 0 - 0.5 คะแนน หมายถึง ขาดความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น

ระดับ 2 ค่าเฉลี่ย 0.51 – 1.5 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ไม่ได้ทำ

ระดับ 3 ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.5 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้แต่ต้องช่วยเหลือทุกครั้ง

ระดับ 4 ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.5 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เมื่อช่วยเหลือบางครั้ง

ระดับ 5 ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.0 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้เอง

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE)

1/2

เกณฑ์การเฝ้าระวังความเสี่ยงสำคัญทางคลินิก	วัน/เดือน/ปี				
	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
	OPD/ER	แรกรับ	ขณะรักษาในสถาบัน/โรงพยาบาล		
แบบประเมินฆ่าตัวตาย (S : Suicide)					
• มีแนวโน้มจะทำร้ายตนเองจากอาการทางจิต (ข้อใดข้อหนึ่ง)					
- **มีอาการหูแว่ว สั่งให้ทำร้ายตนเอง*** (1 คะแนน)					
- หวาดกลัว หวาดระแวง (1 คะแนน)					
- หลงผิด หุนหันพลันแล่น (1 คะแนน)					
- ซึมเศร้า ท้อแท้ (1 คะแนน)					
• ตลอดชีวิตที่ผ่านมา เคยพยายามฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)					
• ใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีการสูญเสียที่สำคัญ เช่น บุคคลใกล้ชิด/หน้าที่การงาน/อวัยวะ ระบุ..... (1 คะแนน)					
• ใน 1 เดือนที่ผ่านมา					
- มีความคิดฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)					
- มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)					
- **เคยพยายามฆ่าตัวตาย*** (1 คะแนน)					
หมายเหตุ : 0-3 = ต่ำ 4-6 = ปานกลาง 7-9 = สูง **รวมคะแนน**					
• ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา					
- มีความคิดฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)					
- มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย (1 คะแนน)					
- **พยายามฆ่าตัวตาย*** (1 คะแนน)					
หมายเหตุ : 0-2 = ต่ำ 3-5 = ปานกลาง 6-7 = สูง **รวมคะแนน**					
แบบประเมินอุบัติเหตุ (A : Accident)					
• การทรงตัวไม่ดี					
- อายุ 60 ปีขึ้นไป/หรือมีภาวะทุพพลภาพ (1 คะแนน)					
- อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) (1 คะแนน)					
- ได้รับยา HAD/หรือยากลุ่ม Benzodiazepine หรือยาที่มีผลต่อความดันโลหิต หรือได้รับยาฉีด PRN (1 คะแนน)					
- **อ่อนเพลีย ง่วงซึม งุนงง สับสน อยู่ไม่นิ่ง*** (1 คะแนน)					
• มีแนวโน้มที่จะได้รับอุบัติเหตุจากโรคร่วม/ภาวะทางกาย (ข้อใดข้อหนึ่ง)					
- โรคลมชัก/สมองเสื่อม/โรคทางสมอง (1 คะแนน)					
- ภาวะถอนพิษสุรา (1 คะแนน)					
- ภาวะเพ้อ (1 คะแนน)					
- ภาวะ hypo - hypertension (BP<90/60 mmHg, >140/90 mmHg) (1 คะแนน)					
- ภาวะ hypo - hyperglycemia (DTX<80mg%, >180 mg%) (1 คะแนน)					
หมายเหตุ : 0-3 = ต่ำ 4-6 = ปานกลาง 7-9 = สูง **รวมคะแนน**					

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินความเสี่ยงทางคลินิก (SAVE)

เกณฑ์การเฝ้าระวังความเสี่ยงสำคัญทางคลินิก	วัน/เดือน/ปี				
	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
	OPD/ER	แรกรับ	ขณะรักษาในสถาบัน/โรงพยาบาล		
แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (V : Violence)					
• ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีประวัติพกพาอาวุธ/ทำลายของ/ทำร้ายผู้อื่น (1 คะแนน)					
• ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากอาการทางจิต (ข้อใดข้อหนึ่ง)					
- หวาดกลัว หวาดระแวง (1 คะแนน)					
- มีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน (1 คะแนน)					
- หลงผิด หุนหันพลันแล่น (1 คะแนน)					
• พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ต่อตนเอง					
- **ทำร้ายตนเองรุนแรง* (1 คะแนน)**					
- ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผมโขกศีรษะ กรีดตัวเองเป็นรอยขนาดเล็ก (1 คะแนน)					
• พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ต่อผู้อื่นทั้งทาง คำพูดและการแสดงออก					
- **พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน/ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ*** (1 คะแนน)					
- ด่า ใช้ถ้อยคำหยาบคาย รุนแรง แสดงท่าทางคุกคาม (1 คะแนน)					
- หงุดหงิดส่งเสียงดังตะโกนด้วยความโกรธหรือ ตะโกนด่าผู้อื่น ด้วยถ้อยคำ ไม่รุนแรง (1 คะแนน)					
• พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ต่อทรัพย์สิน					
- **ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย*** (1 คะแนน)					
- ขว้างปา/เตะ/ทุบวัตถุหรือสิ่งของ (1 คะแนน)					
- ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัดกระจาย (1 คะแนน)					
หมายเหตุ : 0-4 = ต่ำ 5-8 = ปานกลาง 9-12 = สูง **รวมคะแนน**					
แบบประเมินหลบหนี (Escape)					
• มีประวัติพยายามหลบหนี ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่อยากอยู่ รพ. (1 คะแนน)					
• มีประวัติติดสุรา/ยา/สารเสพติด (1 คะแนน)					
• วิตกกังวลเกี่ยวกับภารกิจ ส่วนตัวที่ต้องจัดการด้วยตนเองหรือมีภาระรับผิดชอบ ครอบครัว รบเร้าให้ติดต่อญาติรับกลับบ้าน ขอออกนอกตึกบ่อย ๆ (1 คะแนน)					
• **มีพฤติกรรมพยายามหลบหนี*** (1 คะแนน)					
• มีแนวโน้มที่จะหลบหนี (ข้อใดข้อหนึ่ง)					
- แพทย์อนุญาตให้กลับได้ แต่ญาติไม่มารับกลับ (1 คะแนน)					
- มีแนวโน้มญาติทอดทิ้ง (1 คะแนน)					
- สับสน เดินเรื่อยเปื่อย พูดว่าจะหนี หรือหูแว่ว ภาพหลอน หลงผิดว่า มีคนสั่งให้ออกไปข้างนอกหอผู้ป่วย/โรงพยาบาล (1 คะแนน)					
- **อยากเสพสุรา/ยา/สารเสพติด*** (1 คะแนน)					
หมายเหตุ : 0-2 = ต่ำ 3-5 = ปานกลาง 6-8 = สูง **รวมคะแนน**					
ลงชื่อผู้ประเมิน					

หมายเหตุ : ประเมินข้อใดที่มีเครื่องหมาย * ให้ปรับความเสี่ยงเป็นระดับสูง

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
(Overt Aggression Scale: OAS)

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง		
	3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน	2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน	1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน
1. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง	ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยช้ำ มีรอยกรีดลึกเลือดออก หรือมีการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือหมดสติฯลฯ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผมโขกศีรษะ กรีดตัวเองเป็นรอยขนาดเล็ก	
2. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันจะฆ่าแก ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ เช่น ช้ำ เคล็ด บวม เกิดบาดแผล กระดูกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือหมดสติ ฯลฯ	ด่าคำหยาบคาย ใช้คำสกปรกรุนแรง แสดงท่าทางคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าต่อยลม หรือกระชากคอเสื้อผู้อื่น พุ่งชน เตะ ผลัก หรือดึงผมผู้อื่น แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ	หงุดหงิด ส่งเสียงดังตะโกนด้วยความโกรธ หรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่ รุนแรง
3. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็นอันตราย หรือจุดไฟเผาฯลฯ	ขว้างปา เตะ ทุบวัตถุหรือสิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัดกระจาย

การแปลผลคะแนน :

การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรม เพียงคำเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) หมายถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (Moderate) ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

เร่งด่วน (Urgency) หมายถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง

ฉุกเฉิน (Emergency) หมายถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นหรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันที่ทันใด

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ซอย/ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด).....อาชีพ.....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) วันที่คัดกรอง.....สถานที่คัดกรอง.....

☐ ยาบ้า ☐ ไอซ์ ☐ ยาอี ☐ กัญชา ☐ กระท่อม ☐ สารระเหย ☐ เฮโรอีน ☐ ฝิ่น ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ คือ..... ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	**ไม่เคย**	**เพียง 1-2 ครั้ง**	**เดือนละ 1-3 ครั้ง**	**สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง**	**เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)**
1. คุณใช้.....บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6
2. คุณมีความต้องการ หรือมีความรู้สึกอยากใช้..... จนทนไม่ได้บ่อยเพียงใด	0	3	4	5	6
3. การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด	0	4	5	6	7
4. การใช้.....ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือทำกิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติได้บ่อยเพียงใด	0	5	6	7	8

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	**ไม่เคย**	**เคยแต่ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา**	**เคยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา**
5. ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยว่ากล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับ.....หรือไม่		3	6
6. คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ หรือไม่		3	6
รวมคะแนน			

ระดับคะแนน	**ระดับผลกระทบจากการใช้**	**คัดกรองโรคร่วมหรือโรคอื่นๆ ที่สำคัญ**
2 – 3	ต่ำ*	• การคัดกรองโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น ลมชัก เบาหวาน หัวใจ ความดัน • การคัดกรองโรคคิดต่อในระยะติดต่อ เช่น วัณโรค สุกใส งูสวัด • การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ – โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q) – ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) – โรคจิต (แบบคัดกรองโรคจิต) • การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง – ใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา – ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา – ใช้ยานอนหลับเป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
5 - 26	ปานกลาง**	
27^{+}	สูง***	
คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย		**ข้อแนะนำ**
ถ้าเคย ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้บ่อยเพียงใด ☐ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า 3 วันติดต่อกัน ☐ มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 3 วันติดต่อกัน		• ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) • ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา 10 ชุดบริการ • ประเมินเพิ่มเติม วางแผนและให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นรายบุคคล

หมายเหตุ *อนุมานว่าเป็นผู้ใช้ **อนุมานว่าเป็นผู้เสพ ***อนุมานว่าเป็นผู้ติด

ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์

(.....)

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

สิ่งที่ควรคำนึงถึงก่อนการทำการคัดกรอง

เพื่อให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดเกิดความไว้วางใจและได้คำตอบที่เป็นจริง ผู้ทำการคัดกรองควรปฏิบัติดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน โดยการชวนพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไป สั้นๆ แสดงท่าทีที่จริงใจ เป็นมิตร
- มีทัศนคติเชิงบวกกับผู้ใช้ยาและสารเสพติด ไม่ตัดสินถูกผิดในคำตอบที่ไม่เห็นด้วย
- แสดงท่าทีให้เห็นว่ากำลังตั้งใจฟังในสิ่งที่เขาพูด
- ไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์และแสดงความเห็นอก เห็นใจ
- แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าข้อมูลที่ให้นี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ และจะเก็บรักษาเป็นความลับ

แนวทางการช่วยเหลือในกลุ่มต่างๆ

กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วยเหลือ
ผู้ใช้	• การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) • การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice: BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention: BI) จำนวน 1 – 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ • การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน • การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี) หมายเหตุ: กลุ่มผู้ใช้ไม่ต้องบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูล บสต.
ผู้เสพ	• ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 9 วัน/วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์/มัสยิดเป็นศูนย์สงเคราะห์ (1 เดือน) • การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) (Motivational Enchantment Therapy: MET) 1 – 2 เดือน • การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) 1 – 2 เดือน • จิตสังคมบำบัด ได้แก่ Modified MATRIX, จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน, จิตสังคมบำบัดในรพ.สต., คลินิกใกล้ใจในชุมชน (1 – 2 เดือน) • ± การรักษาด้วยยา (Medication) • การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
ผู้ติด	• การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคมบำบัด เช่น Modified Matrix, MATRIX Program (4 เดือน), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) 2 – 4 เดือน, การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) 2 – 4 เดือน, ครอบครัวบำบัด 2 – 4 เดือน, จิตบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model) 2 – 4 เดือน • การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community: TC), การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) 4 เดือน – 1 ปี • ± การรักษาด้วยยา (Medication) • การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)

แนวปฏิบัติการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) สำหรับผู้ใช้หรือเคยใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (10 ชุดบริการ)

- การให้ความรู้และการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด
- การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว (MMT)
- การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด
- การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ
- การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันการเสพติดซ้ำ
- การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาวัณโรค
- การแจกถุงยางอนามัย
- การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด
- กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

แบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy)

1. แบบหนังสือให้ความยินยอมการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก
2. แบบหนังสือให้ความยินยอมการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก
3. แบบประเมินความพร้อมก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า
4. แบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า
5. แบบบันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวที่ห้องพักฟื้น
6. แบบบันทึกตรวจเยี่ยมประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังรักษาด้วยไฟฟ้า (Post-anesthetic Round)

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบหนังสือให้ความยินยอมการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก

วันที่.....เวลา.....

การรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก

จุดมุ่งหมาย

1. เป็นการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าวรุนแรง ซึมเศร้า พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งอาการดังกล่าวรุนแรงมากจนอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น
2. ผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล

วิธีการรักษา

คือ การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ Unmodified หมายถึง การรักษาด้วยไฟฟ้าโดยไม่ได้ใช้ยาระงับความรู้สึก

จำนวนครั้งและระยะเวลาของการรักษา

ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ..... ครั้ง สัปดาห์ละ ..... ครั้ง ความถี่ของการรักษาด้วยไฟฟ้าอาจปรับตามอาการและสภาพร่างกายของผู้ป่วย

ประโยชน์ของการรักษา

เพื่อลดอาการทางจิตและป้องกันความเสี่ยงซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

ผลข้างเคียงที่พบบ่อย

บางรายอาจเกิดอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน ในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรก หลังทำการรักษา บางรายมีหลงลืมชั่วคราว แต่สามารถฟื้นตัวได้เป็นปกติภายใน 2–6 เดือน นอกจากนี้ อาจพบกระดูกหักหรือข้อต่อเคลื่อนได้ในผู้ป่วยที่มีการชักรุนแรง และพบการเสียชีวิตได้ แต่น้อยมาก อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยไฟฟ้าอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังผลข้างเคียง

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... สกุล..... ในฐานะเป็น.....ของผู้ป่วย ได้รับทราบข้อมูลข้างต้นทั้งหมดแล้วยินยอมให้ผู้ป่วยชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) .....สกุล ..... ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก

ลงนาม.....
(.....)
ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทน
กรณีเขียนชื่อไม่ได้ลายนิ้วหัวแม่มือ

ลงนาม.....
(.....)
ว.....
แพทย์ผู้ให้ข้อมูล

ลงนาม .....
(.....)
☐ พยานฝ่ายผู้ป่วย
☐ ญาติมาคนเดียว

ลงนาม.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบันโรงพยาบาล.....

แบบหนังสือให้ความยินยอมการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก

วันที่.....เวลา.....

การรับทราบข้อมูลและยินยอมให้ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก

จุดมุ่งหมาย

1. เป็นการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าวรุนแรง ซึมเศร้า พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งอาการดังกล่าวรุนแรงมากจนอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น

2. ผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล

วิธีการรักษา คือ การรักษาด้วยไฟฟ้า แบบ Modified โดยวิธีใช้ยาระงับความรู้สึก

ข้อดี ไม่รู้สึกตัวขณะทำหัตถการ ลดความวิตกกังวลในการทำหัตถการ

ข้อเสีย อาจมีภาวะความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า อาจสูดสำลักเข้าปอด อาจแพ้ยาระงับความรู้สึก อาจเกิดภาวะหลอดลมหดเกร็งได้

จำนวนครั้งและระยะเวลาของการรักษา

ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า ..... ครั้ง สัปดาห์ละ ..... ครั้ง ความถี่ของการรักษาด้วยไฟฟ้าอาจปรับตามอาการและสภาพร่างกายของผู้ป่วย

ประโยชน์ของการรักษา

เพื่อลดอาการทางจิตและป้องกันความเสี่ยงซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

ผลข้างเคียงที่พบบ่อย

บางรายอาจเกิดอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน ในระยะ 1-2 ชั่วโมง แรก หลังทำการรักษา บางรายมีหลงลืมชั่วคราว แต่สามารถฟื้นตัวได้เป็นปกติภายใน 2–6 เดือน พบการเสียชีวิตได้ แต่น้อยมาก อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยไฟฟ้าอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังผลข้างเคียง

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) .....สกุล..... ในฐานะเป็น.....ของผู้ป่วย ได้รับทราบข้อมูลข้างต้นทั้งหมดแล้วยินยอมให้ผู้ป่วยชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล ..... ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก

ลงนาม.....
(.....)
ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทน
กรณีเขียนชื่อไม่ได้ลายนิ้วหัวแม่มือ

ลงนาม.....
(.....)
ว.....
แพทย์ผู้ให้ข้อมูล

ลงนาม.....
(.....)
☐ พยานฝ่ายผู้ป่วย
☐ ญาติมาคนเดียว

ลงนาม.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

แบบประเมินความพร้อมก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า

ส่วนที่ 1 แพทย์

Diagnosis.....

ชนิดของ ECT ☐ Unmodified ☐ Modified

จำนวน..... ครั้ง ทุกวัน.....

1. Indication

☐ มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย

☐ มีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

☐ มีประวัติตอบสนองต่อการรักษาด้วยไฟฟ้ามาก่อน

☐ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือมีภาวะดื้อต่อการรักษา

☐ Catatonia

☐ มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางกายหากไม่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

☐ อื่นๆ.....

.....

2. ข้อควรระวัง

☐ Space occupying lesion

☐ Increased intracranial pressure

☐ Recent intracerebral hemorrhage

☐ Recent myocardial infarction

☐ Unstable heart function

☐ Hypertension

☐ Fracture or dislocation of musculoskeletal system

☐ Epilepsy

☐ Infection

☐ อื่นๆ.....

3 . ยาที่ต้องเฝ้าระวัง

☐ Benzodiazepine ระบุ.....

☐ Tricyclic antidepressants ระบุ.....

☐ Valproate

☐ Carbamazepine

☐ Lamotrigine

☐ Lithium

☐ Clozapine

☐ Chlorpromazine

☐ Bupropion

☐ Theophylline

☐ อื่นๆ.....

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาไฟฟ้าในครั้งนี้

☐ CBC ☐ BUN, Cr ☐ Electrolyte ☐ EKG 12 leads ☐ CXR ☐ LFT ☐ FBS ☐ UPT ☐ อื่นๆ ระบุ.....

แพทย์ผู้สั่งการรักษา..... **ว**..... **วันที่**.....

ส่วนที่ 2 ทันตแพทย์

☐ **ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจสุขภาพช่องปาก**

☐ **ไม่พบความเสี่ยงทางทันตกรรม สามารถให้การรักษาด้วยไฟฟ้าได้**

☐ **พบความเสี่ยงทางทันตกรรม สามารถให้การรักษาด้วยไฟฟ้าได้ แต่ต้องเพิ่มความระมัดระวัง**

☐ มีฟันปลอมถอดได้ บน / ล่าง ☐ ติดเครื่องมือจัดฟัน ☐ มีแผลในช่องปาก บริเวณ ..... ☐ มีความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร

☐ ฟันโยก บริเวณ ..... ☐ การสบฟันผิดปกติ ☐ ฟันผุขนาดใหญ่/ฟันสึกบริเวณคอฟันที่มีรอยสึกขนาดใหญ่ ☐ อื่นๆ.....

☐ **พบความเสี่ยงสูงทางทันตกรรม ควรให้การรักษาทางทันตกรรม ก่อนให้การรักษาด้วยไฟฟ้า**

☐ ฟันโยกระดับ 3 mobility ☐ มีอาการบวมบริเวณใบหน้า ช่องปาก

☐ **อื่น ๆ** .....

ทันตแพทย์ผู้ตรวจ..... **ท**..... **วันที่**.....

ส่วนที่ 3 วิสัญญีพยาบาล

BW.....kg Ht.....cm BMI..... ASA 1 2 3 4 5 Allergy.....โรคประจำตัว.....

current physical medicine..... Vital signs: BT.....°c PR ...../min, RR ...../min, BP.....mmHg, O_2Sat.....%

Others : Tobacco .....pack/yr ☐ Stopped alcohol ☐ None ☐ Occasional ☐ Regular drug abuse.....ประวัติการผ่าตัด/ศัลยกรรม.....

Airway Mouth opening ☐ Normal ☐ Limited.....

Neck movement ☐ Normal ☐ Limited.....

Mallampati ..cm

Class I Class II Class III Class IV

Cardiovascular ☐ NAD ☐ HTN O well controlled O poor controlled ☐ CAD.....

☐ Arrhythmia..... ☐ Dyslipidemia

NYHA class..... ☐ Other.....

Respiratory ☐ NAD ☐ COPD ☐ Asthma ☐ Recent URI ☐ TB

☐ Other.....

Premedication.....

Anesthesia Plan .....

ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ.....

CBC วันที่ตรวจ..... Blood chemistry วันที่ตรวจ.....

BUN, Cr วันที่ตรวจ..... EGFR วันที่ตรวจ.....ผล.....

FBS วันที่ตรวจ.....ผลตรวจ.....

Other.....

Other.....

EKG วันที่ตรวจ.....ผลตรวจ.....

.....

CXR วันที่ตรวจ.....ผลตรวจ.....

.....

ประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้า.....

Other.....

วิสัญญีพยาบาลผู้ประเมิน..... **วันที่**.....

ส่วนที่ 4 พยาบาล

การลงนามยินยอมรักษาไฟฟ้า ☐ ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนลงชื่อยินยอมรักษาด้วยไฟฟ้า ☐ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา (มติเป็นเอกฉันท์)

พยาบาลผู้ประเมิน..... **วันที่**.....

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า

ชนิดของ ECT ☐ Unmodified ☐ Modified ECT

Choice of anesthesia : ☐ GA under mask ☐ Other.....

เครื่องทำ ECT ที่ใช้.....

ว.ด.ป / ครั้งที่	บันทึกการรักษาของแพทย์			บันทึกการระงับความรู้สึก				Complication/ Treatment/ Plan	Staff
	Charge (millicoulombs)	Duration of Seizure (sec) / grade	Seizure	V/S ก่อนชัก	V/S หลังชัก ทันที	V/S หลังชัก 5 นาที	Anesthesia		
..... /	1..... 2..... 3..... 4..... / Operation Time กดไฟจนถึงสิ้นสุดการชัก Start.....น. Stop.....น.	EEG seizure ..... sec Motor seizure ..... sec Grade.....	☐ Adequate seizure ☐ Missed seizure ☐ Inadequate seizure ☐ Prolonged seizure	PR...../min BP.....mmHg O_2 Sat.....% EKG O Normal sinus rhythm O Tachycardia O Bradycardia O Other.....	PR...../min BP.....mmHg O_2 Sat..... % EKG O Normal sinus rhythm O Tachycardia O Bradycardia O Other.....	PR...../min BP.....mmHg O_2 Sat.....% EKG O Normal sinus rhythm O Tachycardia O Bradycardia O Other.....	Anesthetic Agent : Thiopental.....mg iv Propofol.....mg iv Succinylcholine.....mg iv ยาอื่นๆ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ..... Record I/O ☐ ไม่มี ☐ มี Intake..... Output.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ☐ Oral..... ☐ Aspiration ☐ Cyanosis ☐ Desaturation ☐ Hypertension ☐ Hypotension ☐ Confusion อื่นๆ	..... (.....) แพทย์ ว..... ..... (.....) วิสัญญีพยาบาล
..... /	1..... 2..... 3..... 4..... / Operation Time กดไฟจนถึงสิ้นสุดการชัก Start.....น. Stop.....น.	EEG seizure ..... sec Motor seizure ..... sec Grade.....	☐ Adequate seizure ☐ Missed seizure ☐ Inadequate seizure ☐ Prolonged seizure	P...../min BP.....mmHg O_2 Sat.....% EKG O Normal sinus rhythm O Tachycardia O Bradycardia O Other.....	P...../min BP.....mmHg O_2 Sat.....% EKG O Normal sinus rhythm O Tachycardia O Bradycardia O Other.....	P...../min BP.....mmHg O_2 Sat.....% EKG O Normal sinus rhythm O Tachycardia O Bradycardia O Other.....	Anesthetic Agent : Thiopental.....mg iv Propofol.....mg iv Succinylcholine.....mg iv ยาอื่นๆ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ..... Record I/O ☐ ไม่มี ☐ มี Intake..... Output.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ☐ Oral..... ☐ Aspiration ☐ Cyanosis ☐ Desaturation ☐ Hypertension ☐ Hypotension ☐ Confusion อื่นๆ	..... (.....) แพทย์ ว..... ..... (.....) วิสัญญีพยาบาล

HN	Name			Doctor		
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page	

กรมสุขภาพจิต

สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวที่ห้องพักฟื้น

(Modified Aldrete Recovery Score)

No.	ครั้งที่.....	ครั้งที่.....	ครั้งที่.....	ครั้งที่.....	เกณฑ์การให้คะแนน Modified Aldrete score
Date	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	
สัญญาณชีพ เวลาแรกรับ	เวลาแรกรับ.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	เวลาแรกรับ.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	เวลาแรกรับ.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	เวลาแรกรับ.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	<u>ความสามารถเคลื่อนไหว</u> 2=ขยับทั้ง 4 ext. ได้เองหรือตามคำสั่ง 1=ขยับเพียง 2 ext. ได้เองหรือตามคำสั่ง 0=ไม่สามารถขยับแขนขาได้เอง หรือตามคำสั่ง ..... <u>ความรู้สึก</u> 2=ตื่นดี รู้ตัว 1=ตื่นเมื่อปลุก 0=เรียกไม่ตอบสนอง ..... <u>ระบบการหายใจ</u> 2=หายใจได้ลึก ไอได้ 1=หายใจลำบากหรือหายใจได้น้อย 0=ไม่หายใจ ..... <u>O_2Sat</u> 2=O_2Sat > 92% (room air) 1=O_2Sat > 90% (On O_2) 0=O_2Sat < 90% (On O_2) ..... <u>ระบบไหลเวียนเลือด</u> 2=BP สูง/ต่ำกว่าปกติ 20 mmHg 1=BP สูง/ต่ำกว่าปกติ 20- 50 mmHg 0=BP สูง/ต่ำกว่าปกติ >50 mmHg ..... <u>หมายเหตุ</u> คะแนนรวม 10 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนน ≥ 9 ฟื้นตื่นดี สามารถ discharge หรือกลับบ้านได้
สัญญาณชีพ 15 นาที	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	
สัญญาณชีพ 30 นาที	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	
สัญญาณชีพ 45 นาที	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	
สัญญาณชีพ 60 นาที	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....% PAR score.....คะแนน	
Complication/ Treatment/Plan					
PAR score จำหน่าย	เวลาจำหน่าย.....น. PAR score.....คะแนน	เวลาจำหน่าย.....น. PAR score.....คะแนน	เวลาจำหน่าย.....น. PAR score.....คะแนน	เวลาจำหน่าย.....น. PAR score.....คะแนน	
ผู้ประเมิน D/C					
แรกรับที่หอผู้ป่วย .....น	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....%	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....%	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....%	เวลา.....น. BT.....°C BP.....mmHg PR...../min RR...../min O_2 Sat .....%	Complication/Treatment/Plan ....
ผู้ประเมินที่หอผู้ป่วย					

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกตรวจเยี่ยมประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังรักษาด้วยไฟฟ้า
(Post-Anesthetic Round)

Preriod (ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์): หลังการระงับความรู้สึกภายใน 24 ชม.

Severity of anesthetic adverse evauation scale (SAVES) :
1= ไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วย 2= มีผลเกิดกับผู้ป่วย 3 = มีผลเกิดกับผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแผนการรักษา 4=คุกคามต่อชีวิต 5= เสียชีวิต

หลังทำครั้งที่..... วันที่.....		หลังทำครั้งที่..... วันที่.....		หลังทำครั้งที่..... วันที่.....	
Event	SAVES	Event	SAVES	Event	SAVES
☐ ไม่มี		☐ ไม่มี		☐ ไม่มี	
☐ มี		☐ มี		☐ มี	
1. Death		1. Death		1. Death	
2. Cardiac arrest		2. Cardiac arrest		2. Cardiac arrest	
3. Coma (new event)		3. Coma (new event)		3. Coma (new event)	
4. Stroke (new event)		4. Stroke (new event)		4. Stroke (new event)	
5. Malignant hyperthermia		5. Malignant hyperthermia		5. Malignant hyperthermia	
6. Nerve injury		6. Nerve injury		6. Nerve injury	
7. Suspected MI		7. Suspected MI		7. Suspected MI	
8. Pulmonary aspiration		8. Pulmonary aspiration		8. Pulmonary aspiration	
9. Desaturation		9. Desaturation		9. Desaturation	
10. Dental injury		10. Dental injury		10. Dental injury	
11. Lip trauma		11. Lip trauma		11. Lip trauma	
12. Eye injury		12. Eye injury		12. Eye injury	
13. Allergic reaction		13. Allergic reaction		13. Allergic reaction	
14. Fracture		14. Fracture		14. Fracture	
15. Headache		15. Headache		15. Headache	
16. Nausea		16. Nausea		16. Nausea	
17. Vomiting		17. Vomiting		17. Vomiting	
18. Myalgia		18. Myalgia		18. Myalgia	
19. Drug error		19. Drug error		19. Drug error	
20. Painful mastication		20. Painful mastication		20. Painful mastication	
21. Other		21. Other		21. Other	
Vital signs		**Vital signs**		**Vital signs**	
BT.....°C PR...../min RR...../min O_2 Sat.....% NIBP.....mmHg		BT.....°C PR...../min RR...../min O_2 Sat.....% NIBP.....mmHg		BT.....°C PR...../min RR...../min O_2 Sat.....% NIBP.....mmHg	
รายละเอียดและแนวทางการแก้ไข		รายละเอียดและแนวทางการแก้ไข		รายละเอียดและแนวทางการแก้ไข	
....		....		....	
ผู้เยี่ยมผู้ป่วย..... (.....) วิสัญญีพยาบาล		ผู้เยี่ยมผู้ป่วย..... (.....) วิสัญญีพยาบาล		ผู้เยี่ยมผู้ป่วย..... (.....) วิสัญญีพยาบาล	

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

เวชระเบียน
ผู้ป่วยจิตเวช
เด็กและวัยรุ่น

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน (OPD/ER)

1. แบบกรอกข้อมูลประวัติผู้ป่วยใหม่
2. แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
3. แบบบันทึกทางคลินิก (Clinical Record) ครั้งแรก (แพทย์
4. แบบบันทึกทางคลินิก (Clinical Record) ครั้งรอง (แพทย์)
5. แบบบันทึกทางคลินิก (Clinical Record) ครั้งแรก (พยาบาล)
6. แบบบันทึกทางคลินิก (Clinical Record) ครั้งรอง (พยาบาล)
7. แบบสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยใหม่
8. แบบคำร้องแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล
9. แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา*
10. แบบหนังสือให้ความยินยอมจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย
11. แบบบันทึกการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention)*
12. แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Record) ครั้งแรก*
13. แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Record) ครั้งรอง*
14. แบบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Chemical Laboratory Reports)*

หมายเหตุ * แบบบันทึกเวชระเบียนใช้สำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบกรอกข้อมูลประวัติผู้ป่วยใหม่

(โปรดกรอกข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วน ชัดเจน และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ และตรงกับสำเนาทะเบียนบ้านหรือบัตรประชาชน หรือเอกสารที่นำมาประกอบ)

1. ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย ☐ด.ช. ☐ด.ญ. ☐นาย ☐นาง ☐นางสาว .....ชื่อเล่น.....

2. เลขประจำตัวประชาชน

☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

เลขที่ใบต่างด้าว/ เลขที่หนังสือเดินทาง

.....

วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี

3. เชื้อชาติ..... 4. สัญชาติ.....

5. ศาสนา.....

6. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

7. ระดับการศึกษา.....โรงเรียน.....

8. อาชีพ.....

7. สถานภาพสมรส (ตามความเป็นจริง)

☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า

☐ แยกกันอยู่

8. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....

บ้าน/ หมู่บ้าน.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ตามทะเบียนบ้าน

เลขที่.....หมู่ที่.....

บ้าน/ หมู่บ้าน.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....

9. สิทธิการรักษา

☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม

☐ จ่ายตรง (กรมบัญชีกลาง/กทม./อปท.) ☐ ผู้พิการ

☐ ชำระเงินเอง ☐ อื่นๆ.....

12. ชื่อ-สกุล บิดา.....โทรศัพท์.....

13. ชื่อ-สกุล มารดา.....โทรศัพท์.....

14. ชื่อ-สกุล สามี/ภรรยา.....โทรศัพท์.....

15. หมู่เลือด ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ ไม่ทราบ

16. การแพ้ยา/อาหาร/สารอื่นๆ

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

17. โรคประจำตัว

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

อาการสำคัญ.....

18. ☐ ผู้ป่วยมาเอง

☐ ผู้นำส่ง/หน่วยราชการนำส่ง

ชื่อ-สกุล ผู้นำส่ง.....

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ .....หมู่ที่.....

บ้าน/ หมู่บ้าน.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

19. บุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน.....

เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ ☐ ตามทะเบียนบ้านผู้ป่วย

☐ ตามที่อยู่ปัจจุบันผู้ป่วย

☐ ตามที่อยู่ปัจจุบันผู้นำส่ง

โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ผู้กรอกข้อมูล

สำหรับเจ้าหน้าที่

<u>หลักฐานอ้างอิง</u>

☐ ไม่มีหลักฐานมา

☐ บัตรประจำตัวประชาชน/ทะเบียนบ้าน/สูติบัตร

☐ หนังสือเดินทาง

☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้ซักประวัติ/ผู้บันทึก

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

เลขที่ทั่วไป : .....
วัน/เดือน/ปี ที่มาโรงพยาบาลครั้งแรก.....เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย ชื่อเล่น
เพศ เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่ใบต่างด้าว
เลขที่หนังสือเดินทาง
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เดือน วัน สถานภาพสมรส
ชื่อ-สกุล บิดา โทรศัพท์
ชื่อ-สกุล มารดา โทรศัพท์
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา
การศึกษา กรุ๊ปเลือด อาชีพ
การแพ้ยา/อาหาร/สารอื่นๆ

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน หมู่ที่ บ้าน/ หมู่บ้าน
ซอย ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ที่อยู่ปัจจุบัน หมู่ที่ บ้าน/ หมู่บ้าน
ซอย ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์

ชื่อ-สกุล ผู้นำมารักษา/ผู้นำส่ง เกี่ยวข้องเป็น
ที่อยู่ผู้นำส่ง หมู่ที่ บ้าน/ หมู่บ้าน
ซอย ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ผู้บันทึกข้อมูล.....
ตำแหน่ง.....
วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกทางคลินิก (Clinical Record) ครั้งแรก (แพทย์)

วัน/เดือน/ปี..... เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล.....ชื่อเล่น.....อายุ.....ปี

ชั้นเรียน.....โรงเรียน.....ผู้ให้ประวัติ ☐ บิดา/มารดา ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ อื่นๆ.....

อาการสำคัญ ☐ วัน ☐ เดือน ☐ ปี ก่อนมาโรงพยาบาล

.....

.....

ประวัติปัจจุบัน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ประวัติพัฒนาการ

Gross motor VS GM ☐ ปกติตามวัย ☐ ช้า

Fine motor VS GM ☐ ปกติตามวัย ☐ ช้า

ภาษา ☐ ปกติตามวัย ☐ ช้า

สังคม ☐ ปกติตามวัย ☐ ช้า

.....

.....

.....

ประวัติจิตเวชในอดีต ☐ไม่มี ☐ มี.....

☐ ขาดการรักษา เป็นระยะเวลา..... (วัน/เดือน/ปี)

☐ ขาดยาทางจิตเวชที่กินประจำ

☐ ประวัติคดีเด็กและเยาวชน/ อาชญากรรม.....

☐ ประวัติการใช้ยา/สารเสพติด.....

☐ ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว.....

ประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ .....

.....

การตรวจร่างกาย*

GA& Dysmorphic features ☐ Normal

☐ Abnormal.....

HEENT ☐ Normal ☐ Abnormal.....

Heart&Lungs ☐ Normal ☐ Abnormal.....

Abdomen ☐ Normal ☐ Abnormal.....

Extremities ☐ Normal ☐ Abnormal.....

NEURO - Grossly ☐ Normal ☐ Abnormal.....

- Soft signs ☐ Unremarkable ☐ Abnormal.....

- Coordination ☐ Normal ☐ Abnormal.....

การตรวจสุขภาพจิต ☐ผู้ป่วย ☐N/A เนื่องจาก.....

MSE

GA* ☐ Normal ☐ Fidget ☐ Hyperactive ☐ Impulse

☐ Repetitive behavior

Eye contact ☐ Poor ☐ Fair ☐ Good

Speech* ☐ Normal ☐ Talkative ☐ Mute ☐ Neologism

☐ พูดไม่ชัด ☐ อื่นๆ .....

Mood & Affect*☐ Euthymic ☐ Irritable ☐ Depressed ☐ Anxious

☐Restricted ☐Blunt ☐Flat ☐อื่นๆ.....

☐Appropriate ☐Inappropriate

Perception* ☐Normal ☐VH ☐AH ☐อื่นๆ.....

Thought* ☐Normal ☐Abnormal.....

☐ Delusion.....

Death wish ☐No ☐Yes.....

Suicidal idea☐No ☐Yes.....

Play ☐ Normal ☐Abnormal.....

Sensorium & Cognition

Orientation* ☐ Normal ☐Abnormal.....

Attention/Concentration* ☐ Normal ☐ Abnormal.....

☐DF.....☐DB.....

Memory recall ☐ Normal ☐Abnormal.....

Intelligence* ☐ Average ☐ Above average
☐ Below average .....
Three wishes
1.....
2.....
3.....
Insight* ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor
Judgment* ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor

Assessment and Diagnosis	ICD 10

Progression of disease (CGI-S)

1	2	3	4	5	6	7

Risk assessment for Violence / Suicide
☐ No risk ☐ Low ☐ High

Management
☐ Crisis intervention/Psychotherapy.....
☐ Psychoeducation ผู้ป่วยและผู้ปกครองเรื่องโรค และแผนการรักษา / เรื่องยา และผลข้างเคียง หรือ.....
.....
.....
☐ ออกใบรับรองแพทย์/ใบรับรองคนพิการ/ใบ refer
☐ อื่นๆ.....

Medication* (ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ระบุเหตุผลการใช้ยา)
☐ไม่มี ☐มี (ชื่อยา ขนาด วิธีใช้ จำนวน หมายเหตุ) ระบุ
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Investigation
☐ Lab.....
☐ EEG .....☐ อื่นๆ ระบุ.....
.....

ส่งต่อทีมสหวิชาชีพ
☐ ทันตแพทย์.....
☐ กุมารแพทย์ระบบประสาท.....
☐ นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา
☐ IQ test ☐ Achievement test ☐ Projective test
☐ Test อื่นๆ.....
☐การบำบัดทางจิตวิทยา.....
☐ นักสังคมสงเคราะห์.....
☐ พยาบาลชุมชน.....
☐ พยาบาล.....
☐ นักวิชาการการศึกษาพิเศษ.....
☐ นักกิจกรรมบำบัด.....
☐ นักกายภาพบำบัด.....
☐ นักแก้ไขการพูด.....
☐ อื่นๆ ระบุ.....

ประเด็นที่ต้องติดตามครั้งหน้า ☐ SNAP-IV ☐ School report
☐ อื่นๆ.....
.....
.....
☐ **Admit** .....
☐ **นัดครั้งต่อไป** .....
☐ **ไม่นัดต่อเนื่องจาก**.....

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ .....
(.....)
ว. .....

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกทางคลินิก (Clinical Record) ครั้งรอง (แพทย์)

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี

ชั้นเรียน.....โรงเรียน.....ผู้ให้ประวัติ ☐ บิดา/มารดา ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ อื่นๆ.....

อาการสำคัญ* ☐ ติดตามอาการตามนัด

☐ อื่นๆ.....

สรุปอาการ/การเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Self harm/Suicidal attemp ก่อนมาพบแพทย์ ☐ ไม่มี ☐ มี

วิธี.....

.....

การเลี้ยงดูและปรับพฤติกรรม ☐เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การรักษาด้วยยา

Compliance ☐ Good ☐ Poor.....

ผลข้างเคียงจากยาจิตเวช ☐ ไม่มี ☐ มี .....

.....

.....

.....

.....

การตรวจร่างกาย*

☐ Normal ☐ Abnormal.....

.....

.....

การตรวจสุขภาพจิต ☐ผู้ป่วย ☐N/A* เนื่องจาก.....

MSE

GA ☐Normal ☐Fidget ☐Hyperactive ☐Impulse
☐Repetitive behavior

Eye contact ☐Poor ☐Fair ☐Good

Speech ☐ Normal ☐ Talkative ☐ Mute ☐ Neologism
☐ พูดไม่ชัด ☐ อื่นๆ .....

Mood & Affect ☐Euthymic ☐Irritable ☐Depressed
☐Anxious ☐Restricted ☐Blunt ☐Flat ☐อื่นๆ.....
☐Appropriate ☐Inappropriate

Perception ☐Normal ☐VH ☐☐AH ☐อื่นๆ.....

Thought ☐Normal ☐Abnormal.....
☐ Delusion.....

Death wish ☐No ☐Yes.....

Suicidal idea☐No ☐Yes.....

Play ☐Cooperative ☐Non cooperative

Sensorium & Cognition

Attention/Concentration ☐Normal ☐ Abnormal.....

Judgment ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor

Insight ☐ Good ☐ Fair ☐Poor

Assessment and Diagnosis*	ICD 10

CGI-S	1	2	3	4	5	6	7
CGI_I	1	2	3	4	5	6	7

Risk assessment for Violence / Suicide

☐ No risk ☐ Low ☐ High

Management

☐ Crisis intervention

☐ *Psychoeducation ผู้ป่วยและผู้ปกครองเรื่องโรค และแผนการรักษา

☐ Psychoeducation ผู้ป่วยและผู้ปกครองเรื่องยา และผลข้างเคียง

☐ ให้คำแนะนำผู้ปกครองเรื่อง.....

.....

☐ ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่อง.....

.....

☐ ออกใบรับรองแพทย์/ใบรับรองคนพิการ/ใบ refer

☐ อื่นๆ.....

Medication * (ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ระบุเหตุผลการใช้ยา)

☐ ไม่มี ☐ มี (ชื่อยา ขนาด วิธีใช้ จำนวน หมายเหตุ)

ระบุ.....

.....

.....

.....

มีการเปลี่ยนยา☐ ไม่มี ☐ มี เนื่องจาก ☐ SE .....

.....

Investigation

☐ Lab.....

☐ EEG .....☐ อื่นๆ ระบุ.....

.....

ส่งต่อทีมสหวิชาชีพ

☐ ทันตแพทย์.....

☐ กุมารแพทย์ระบบประสาท.....

☐ แพทย์ทางเลือก.....

☐ นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา

☐ IQ test ☐ Achievement test ☐ Projective test

☐ Test อื่นๆ.....

☐การบำบัดทางจิตวิทยา.....

☐ นักสังคมสงเคราะห์.....

☐ พยาบาลชุมชน.....

☐ พยาบาล.....

☐ นักวิชาการการศึกษาพิเศษ.....

☐ นักกิจกรรมบำบัด.....

☐ นักกายภาพบำบัด.....

☐ นักแก้ไขการพูด.....

☐ อื่นๆ ระบุ.....

ประเด็นที่ต้องติดตามครั้งหน้า ☐ SNAP-IV ☐ School report

☐ อื่นๆ.....

.....

.....

☐ **Admit**.....

☐ **นัดครั้งต่อไป** .....(สัปดาห์/เดือน)

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น

☐ **ไม่นัดต่อเนื่องจาก**

☐ Refer for admit.....

☐ Refer รักษาที่อื่น.....

☐ Off service

☐ ปฏิเสธการรักษา เพราะ.....

☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ .....

(.....)

ว. .....

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกทางคลินิก (Clinical Record) ครั้งแรก (พยาบาล)

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....

ผู้ให้ประวัติ ☐ บิดา/มารดา ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ อื่นๆ.....

การตรวจประเมินสภาวะสุขภาพและมิติความรุนแรง

อุณหภูมิ.....°c
ชีพจร.....ครั้ง/นาที
อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต.....mmHg
น้ำหนัก..... kg
ส่วนสูง..... cm
รอบศีรษะ..... cm
รอบเอว.....cm
ภาวะโภชนาการ/BMI.....

ภาวะติดเชื้อ
( ) ไม่มี
( ) มี
- ☐ ตาแดง
- ☐ สุกใส
- ☐ มือเท้าปาก
- ☐ หัด
- ☐ อุจจาระร่วง
- ☐ วัณโรค
- ☐ ไข้หวัดใหญ่
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

โรคประจำตัว
( ) ไม่มี
( ) มี ระบุ.....

การใช้สารเสพติด
( ) ไม่มี
( ) มี ระบุ.....
.....
ปริมาณที่ใช้.....
ใช้ล่าสุดเมื่อ.....
วัคซีน ( ) ไม่ทราบ ( ) ครบ ( ) ไม่ครบ

ความเสี่ยงทางคลินิก
- ☐ ปัญหาการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม
- ☐ หลบหนี/พลัดหลง
- ☐ อาการชัก/โรคลมชัก
- ☐ โรคหัวใจ
- ☐ อุบัติเหตุ/พลัดตก/หกล้ม
- ☐ ความเสี่ยงอื่น ๆ .....

.....
- ☐ ไม่มีความเสี่ยงทางคลินิก

จำแนกตามมิติความสามารถในการดำรงชีวิตอิสระตามวัย
- ☐ ดำรงชีวิตอิสระได้ (สีเขียว)
- ☐ ดำรงชีวิตอิสระได้ เป็นส่วนใหญ่ (สีเหลือง)
- ☐ ดำรงชีวิตอิสระได้ เป็นบางส่วน (สีส้ม)
- ☐ ไม่สามารถดำรงชีวิตอิสระได้ (สีแดง)

ประเภท	การประเมิน
☐ ทั่วไป	☐ สัญญาณชีพปกติ ☐ ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/ทรัพย์สิน ☐ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ☐ ควบคุมอาการชักได้
☐ กึ่งเร่งด่วน	☐ สัญญาณชีพคงที่ สามารถควบคุมตนเองได้ ☐ ทำร้ายตนเอง ขีดข่วนผิวหนัง ไม่มีบาดแผล ☐ มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แต่ไม่ส่งผลต่อการรักษา ☐ มีประวัติชักภายใน 24 ชั่วโมง
☐ เร่งด่วน	☐ สัญญาณชีพคงที่ อยู่ในภาวะที่สามารถควบคุมได้ ☐ ทำร้ายตนเอง แสดงท่าทางคุกคามผู้อื่นขว้างปาสิ่งของ ☐ มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ☐ มีอาการชักภายใน 1 ชั่วโมง
☐ วิกฤต/ฉุกเฉิน	☐ สัญญาณชีพผิดปกติ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ☐ ทำร้ายตนเอง มีบาดแผล รอยช้ำ ทำสิ่งของแตกหัก ☐ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างรุนแรง ☐ มีอาการชักนานกว่า 30 วินาที หรือชักมากกว่า 2 ครั้ง ขึ้นไปภายใน 1 ชั่วโมง

แบบประเมิน.....

ส่วนที่ 1 อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญ
.....
.....

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน
.....
.....
.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
.....
.....
.....

ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/สารอื่น ๆ ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี
☐ มี ระบุ.....อาการ.....

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
.....
.....

ความต้องการ.....
.....

ปัญหาทางการพยาบาล
.....
S : .....
.....
O : .....
.....

กิจกรรมพยาบาล :
- ☐ ให้คำแนะนำผู้ปกครอง/ผู้ป่วย เรื่อง.....
- ☐ ให้ข้อมูลบริการ .....
- ☐ อื่น ๆ ระบุ .....

ประเมินผล .....
.....

ลงชื่อ .....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ประเมินสุขภาพจิตผู้ดูแล.....

<u>ส่วนที่ 2 การดูแลหลังพบแพทย์ (Post Care)</u> ☐ ไม่จำเป็น ☐ จำเป็น

กิจกรรมพยาบาล : ให้ข้อมูล/คำแนะนำ เช่น

☐ เรื่องยา (การรับประทานยาต่อเนื่อง การสังเกตอาการข้างเคียง การมารับยาต่อเนื่อง)

☐ ขั้นตอนการรับบริการครั้งต่อไป

☐ เรื่องโรคและการดูแล (ระบุชื่อโรค.....)

☐ การใช้สิทธิการรักษา

☐ การรับยาเดิม

☐ หัตถการ ระบุ.....

☐ อื่น ๆ ระบุ .....

ประเมินผล ☐ ผู้ป่วยรับทราบ ☐ ญาติรับทราบ ☐ ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

.....

นัดพบแพทย์ครั้งต่อไป วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง : .....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

<u>ส่วนที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังตรวจ (Exit Care)</u> ☐ ไม่จำเป็น ☐ จำเป็น

กิจกรรมพยาบาล :

☐ ทบทวนแผนการรักษา ระบุ .....

☐ วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและผู้ปกครอง ระบุ .....

☐ ตกลงบริการ ระบุ .....

☐ ให้ข้อมูล/คำแนะนำ เช่น

☐ เรื่องยา (เช่น การรับประทานยาต่อเนื่อง การสังเกตุอาการข้างเคียง ฯลฯ) ระบุ.....

☐ ขั้นตอนการรับบริการครั้งต่อไป (เช่น การมารับยาต่อเนื่อง การมาพบแพทย์ตามนัด ฯลฯ) ระบุ.....

☐ เรื่องโรคและการดูแล (ระบุชื่อโรค.....)

☐ การใช้สิทธิการรักษา

☐ หัตถการ ระบุ.....

☐ อื่น ๆ ระบุ .....

☐ กิจกรรมอื่น ๆ ระบุ .....

ประเมินผล : .....

นัดหมายครั้งต่อไป

☐ ไม่นัด ☐ นัด ระบุ.....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกทางคลินิก (Clinical Record) ครั้งรอง (พยาบาล)

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....

ผู้ให้ประวัติ ☐ บิดา/มารดา ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ อื่นๆ.....

การตรวจประเมินสภาวะสุขภาพและมิติความรุนแรง

อุณหภูมิ.....°c
ชีพจร.....ครั้ง/นาที
อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต.....mmHg
น้ำหนัก.....kg
ส่วนสูง.....cm
รอบศีรษะ.....cm
รอบเอว.....cm
ภาวะโภชนาการ/BMI.....

ภาวะติดเชื้อ
( ) ไม่มี
( ) มี
☐ ตาแดง
☐ สุกใส
☐ มือเท้าปาก
☐ หัด
☐ อุจจาระร่วง
☐ วัณโรค
☐ ไข้หวัดใหญ่
☐ อื่นๆ ระบุ.....

โรคประจำตัว
( ) ไม่มี
( ) มี ระบุ.....

การใช้สารเสพติด
( ) ไม่มี
( ) มี ระบุ.....
.....
ปริมาณที่ใช้.....
ใช้ล่าสุดเมื่อ.....
วัคซีน ( ) ไม่ทราบ ( ) ครบ ( ) ไม่ครบ

ความเสี่ยงทางคลินิก
☐ ปัญหาการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม
☐ หลบหนี/พลัดหลง
☐ อาการชัก/โรคลมชัก
☐ โรคหัวใจ
☐ อุบัติเหตุ/พลัดตก/หกล้ม
☐ ความเสี่ยงอื่น ๆ .....
.....
☐ ไม่มีความเสี่ยงทางคลินิก

จำแนกตามมิติความสามารถในการดำรงชีวิตอิสระตามวัย
☐ ดำรงชีวิตอิสระได้ (สีเขียว)
☐ ดำรงชีวิตอิสระได้ เป็นส่วนใหญ่ (สีเหลือง)
☐ ดำรงชีวิตอิสระได้ เป็นบางส่วน (สีส้ม)
☐ ไม่สามารถดำรงชีวิตอิสระได้ (สีแดง)

ประเภท	การประเมิน
☐ ทั่วไป	☐ สัญญาณชีพปกติ ☐ ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/ทรัพย์สิน ☐ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ☐ ควบคุมอาการชักได้
☐ กึ่งเร่งด่วน	☐ สัญญาณชีพคงที่ สามารถควบคุมตนเองได้ ☐ ทำร้ายตนเอง ขีดข่วนผิวหนัง ไม่มีบาดแผล ☐ มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แต่ไม่ส่งผลต่อการรักษา ☐ มีประวัติชักภายใน 24 ชั่วโมง
☐ เร่งด่วน	☐ สัญญาณชีพคงที่ อยู่ในภาวะที่สามารถควบคุมได้ ☐ ทำร้ายตนเอง แสดงท่าทางคุกคามผู้อื่นขว้างปาสิ่งของ ☐ มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ☐ มีอาการชักภายใน 1 ชั่วโมง
☐ วิกฤต/ฉุกเฉิน	☐ สัญญาณชีพผิดปกติ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ☐ ทำร้ายตนเอง มีบาดแผล รอยช้ำ ทำสิ่งของแตกหัก ☐ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างรุนแรง ☐ มีอาการชักนานกว่า 30 วินาที หรือชักมากกว่า 2 ครั้ง ขึ้นไปภายใน 1 ชั่วโมง

แบบประเมิน.....

ส่วนที่ 1 อาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญ
.....
.....

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน /ผลการรักษา
.....
.....
.....

ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/สารอื่น ๆ ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี
☐ มี ระบุ.....อาการ.....

ความคาดหวัง.....
.....

ปัญหาทางการพยาบาล
.....
S : .....
.....
O : .....
.....

กิจกรรมพยาบาล :
☐ ให้คำแนะนำผู้ปกครอง/ผู้ป่วย เรื่อง.....
☐ ให้ข้อมูลบริการ .....
☐ อื่น ๆ ระบุ .....

ประเมินผล .....
.....

การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง :
☐ ไม่นัด
☐ นัด.....
เพื่อ.....
วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

ลงชื่อ .....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ประเมินสุขภาพจิตผู้ดูแล.....

<u>ส่วนที่ 2 การดูแลหลังพบแพทย์ (Post Care)</u> ☐ **ไม่จำเป็น** ☐ **จำเป็น**

กิจกรรมพยาบาล : ให้ข้อมูล/คำแนะนำ เช่น

☐ เรื่องยา (การรับประทานยาต่อเนื่อง การสังเกตอาการข้างเคียง การมารับยาต่อเนื่อง)

☐ ขั้นตอนการรับบริการครั้งต่อไป

☐ เรื่องโรคและการดูแล (ระบุชื่อโรค.....)

☐ การใช้สิทธิการรักษา

☐ การรับยาเดิม

☐ หัตถการ ระบุ.....

☐ อื่น ๆ ระบุ .....

ประเมินผล ☐ ผู้ป่วยรับทราบ ☐ ญาติรับทราบ ☐ ผู้ป่วยและญาติรับทราบ

.....

นัดพบแพทย์ครั้งต่อไป วัน/เดือน/ปี.....เวลา..... .....น.

การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง : .....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

<u>ส่วนที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังตรวจ (Exit Care)</u> ☐ **ไม่จำเป็น** ☐ **จำเป็น**

กิจกรรมพยาบาล :

☐ ทบทวนแผนการรักษา ระบุ .....

☐ วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและผู้ปกครอง ระบุ .....

☐ ตกลงบริการ ระบุ ....

☐ ให้ข้อมูล/คำแนะนำ เช่น

☐ เรื่องยา (เช่น การรับประทานยาต่อเนื่อง การสังเกตุอาการข้างเคียง ฯลฯ) ระบุ.....

☐ ขั้นตอนการรับบริการครั้งต่อไป (เช่น การมารับยาต่อเนื่อง การมาพบแพทย์ตามนัด ฯลฯ) ระบุ.....

☐ เรื่องโรคและการดูแล (ระบุชื่อโรค.....)

☐ การใช้สิทธิการรักษา

☐ หัตถการ ระบุ.....

☐ อื่น ๆ ระบุ .....

☐ กิจกรรมอื่น ๆ ระบุ .....

ประเมินผล : .....

นัดหมายครั้งต่อไป

☐ ไม่นัด ☐ นัด ระบุ..... .....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยใหม่

▪ ประวัติทั่วไป

ชื่อ-สกุล (ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว)..... HN.....

ชื่อเล่น..... อายุ.....ปี ชั้นเรียน..... โรงเรียน.....

ผู้แนะนำมารับบริการ

❒ แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ ส่งตัวหรือแนะนำมา ❒ คุณครู ❒ เพื่อน/ญาติ/ผู้ปกครองผู้ป่วย

❒ มาเอง ได้ข้อมูลจาก ❒อินเทอร์เนต เวปไซด์ ❒ อื่นๆ ระบุ.....

▪ อาการ/ปัญหาสำคัญ

1.อาการป่วย/ปัญหาในปัจจุบันของผู้ป่วยที่ต้องการมารับบริการ

❒ พัฒนาการช้า ระบุ..... ❒ ติดเกม

❒ สมาธิสั้น ไม่อยู่นิ่ง ❒ ซึมเศร้า

❒ ปัญหาการเรียน ❒ ปัญหาพฤติกรรม ระบุ.....

❒ ปัญหาอารมณ์ ระบุ.....

2. ระยะเวลาที่เกิดปัญหา

❒ 2 สัปดาห์ ❒ 1 เดือน ❒ 3 เดือน ❒ 6 เดือน ❒ 1 ปี ❒ เวลาอื่นๆ ระบุ.....

3. เคยรับการรักษาปัญหาดังกล่าวจากโรงพยาบาลอื่นมาก่อนหรือไม่

❒ ไม่เคย ❒ เคย โรงพยาบาล.....เมื่ออายุ.....ปี

3.1 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น.....

3.2 ได้รับการรักษาโดยการใช้ยา ❒ ไม่มี ❒ มีระบุ.....

.....

3.3 ปัจจุบันยังทานยาอยู่หรือไม่ ❒ ยังทานอยู่ ❒ ไม่ได้ทาน เพราะ .....

.....

▪ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

1. ผู้ป่วยเคยมีประวัติการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล / ผ่าตัด / อุบัติเหตุ หรือไม่

❒ ไม่มี ❒ มี ระบุ.....เมื่ออายุ.....ปี

2. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือไม่ เช่น โรคลมชัก หอบหืด โรคเลือด ฯลฯ

❒ ไม่มี ❒ มี ระบุ.....

3. ขณะนี้ผู้ป่วยมียาที่ใช้เป็นประจำหรือไม่

❒ ไม่มี ❒ มี ระบุ.....รับยาจาก.....

4. ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้หญิง ☐ ยังไม่มีประจำเดือน ☐ มีประจำเดือนแล้ว ครั้งล่าสุด.....

▪ ประวัติการตั้งครรภ์ และพัฒนาการ

(กรณีที่ผู้ดูแลไม่ทราบข้อไหน ให้ทำเครื่องหมายวงกลมตรงเลขข้อนั้น เช่น ①)

1. การตั้งครรภ์ ☐ วางแผน ☐ ไม่ได้วางแผน
2. การคลอด ☐ ครบกำหนด ☐ เกินกำหนด ..... สัปดาห์ ☐ก่อนกำหนด ..... สัปดาห์

   สาเหตุ.....
3. วิธีการคลอด ☐ คลอดเอง ☐ ผ่าคลอด เนื่องจาก ..... ☐ใช้อุปกรณ์ช่วยดึงเด็กออก เนื่องจาก .....
4. น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม
5. มีภาวะแทรกซ้อน ☐ ไม่มี ☐ ขณะตั้งครรภ์ ☐ หลังคลอด โปรดระบุ.....

ขณะมารดาตั้งครรภ์ได้ใช้สารเสพติดหรือไม่

☐ 1. ไม่ได้ใช้ และไม่มีคนในครอบครัวใช้ยาเสพติด

☐ 2. ไม่ได้ใช้ แต่มีคนในครอบครัวใช้ยาเสพติดชนิดเผาสูดแล้วมารดาอยู่บริเวณเดียวกันขณะตั้งครรภ์

☐ 3. มี โปรดระบุ.....

7. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุโรค.....การรักษา.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

8. พัฒนาการ ☐เดินได้เอง อายุ.....เดือน/ปี ☐พูดคำแรกที่มีความหมาย(เช่น แม่,ยาย) อายุ.....เดือน/ปี

9. ผู้ป่วยได้รับวัคซีน* ☐ ไม่ทราบ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ โปรดระบุ.....

▪ **ประวัติครอบครัว**

มารดา อายุ.....ปี อาชีพ..... รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

ระดับการศึกษา ☐ไม่ได้เรียน ☐ประถมศึกษา ☐มัธยมศึกษาตอนต้น ☐มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า.....

บิดา อายุ.....ปี อาชีพ..... รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

ระดับการศึกษา ☐ไม่ได้เรียน ☐ประถมศึกษา ☐มัธยมศึกษาตอนต้น ☐มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า.....

กรณี เสียชีวิต ระบุ ☐ บิดาเสียชีวิต ☐ มารดาเสียชีวิต ขณะผู้ป่วยอายุ.....ปี

ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลหลัก ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บิดาและมารดา

☐ บุคคลอื่น ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ระดับการศึกษา ☐ไม่ได้เรียน ☐ประถมศึกษา ☐มัธยมศึกษาตอนต้น ☐มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า.....

อาชีพ..... รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

1. จำนวนสมาชิกในบ้านที่อยู่ปัจจุบัน.....คน ประกอบด้วย.....

2. สถานภาพสมรสของพ่อแม่ ☐ อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ แยกกันอยู่ ขณะผู้ป่วยอายุ.....ปี

3. ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่.....ในจำนวนพี่น้อง.....คน

4. ความสัมพันธ์ในครอบครัว.....

▪ **ประวัติการศึกษา**

1. ผลการเรียน .....☐ ไม่ทราบ

2. การย้ายโรงเรียน ☐ ไม่มี ☐ มี เนื่องจาก.....

3. ความสัมพันธ์กับเพื่อนและครู ☐ไม่มีปัญหา ☐มีปัญหา คือ.....

ลงชื่อ..... ผู้กรอกข้อมูล เกี่ยวข้องเป็น.....

(.....)

ผู้สัมภาษณ์.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบคำร้องแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

เรียน ผู้อำนวยการ.....

เรื่อง ขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล

ตามที่ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

มีความประสงค์จะขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลของ ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....ได้แก่

☐ คำนำหน้าเดิม.....แก้ไขเป็น.....

☐ ชื่อเดิม.....แก้ไขเป็น.....

☐ สกุลเดิม.....แก้ไขเป็น.....

☐ ที่อยู่ แก้ไขเป็น.....

.....

☐ ญาติผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน แก้ไขเป็น.....โทรศัพท์.....

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าว ตามที่ระบุมาพร้อมเอกสารแนบ

(ระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อ

ลงชื่อ.....ผู้แจ้งแก้ไขข้อมูล
(.....)
เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ปรับปรุงข้อมูล
(.....)
ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายผู้แจ้งแก้ไขข้อมูล
(.....)
เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง.....

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา

คำชี้แจงก่อนลงลายมือชื่อในแบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา

1. ยินยอมให้ทีมผู้รักษาให้การดูแล เพื่อวินิจฉัยโรค ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค รวมทั้งให้การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจทางการแพทย์ เช่น การฉีดยาหรือสารเข้าร่างกาย การรักษาด้วยวิธีพิเศษ ทั้งนี้อยู่ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ
2. ยินยอมให้ทำการถ่ายภาพผู้ป่วย เพื่อระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง
3. ยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น ๆ เมื่อมีเหตุอันควร
4. ยินยอมให้ทางสถาบัน/โรงพยาบาล ติดต่อกับญาติ เพื่อการรักษาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง
5. ยินยอมให้ทางสถาบัน/โรงพยาบาล ส่งผู้ป่วยกลับบ้านเอง กรณีไม่สามารถติดตามญาติหรือผู้เกี่ยวข้องได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการทุเลา พร้อมกลับบ้านได้
6. ยินยอมให้ส่งต่อข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....เวลา.....น.

ชื่อสถานบำบัดการรักษา .....

ชื่อผู้รับการตรวจ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... ....อายุ.....ปี
ชื่อผู้ให้ความยินยอมแทน (กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์หรือเป็นผู้ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา)
นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น

☐ คู่สมรส ☐ ผู้บุพการี ☐ ผู้สืบสันดาน ☐ ผู้ปกครอง(ตามกฎหมาย)
☐ ผู้พิทักษ์ ☐ ผู้อนุบาล ☐ ผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย

มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา เนื่องจาก(เหตุผลความจำเป็นในการบัดรักษา).....
....

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียด ประโยชน์ของการบำบัดและภาวะแทรกซ้อนแล้ว จึงลงนามให้ความยินยอมเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาแห่งนี้ต่อหน้าพยาน

ลงนาม.....(ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทน) ลงนาม.....(แพทย์/ผู้ให้คำอธิบาย)
(.....) (.....)

ลงนาม.....(พยานฝ่ายผู้ป่วย) ลงนาม.....(พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่)
(.....) (.....)

หมายเหตุ กรณีไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วยให้ระบุเหตุผล

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบหนังสือให้ความยินยอมจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....

ชื่อ-สกุล ผู้ให้ความยินยอม.....

เลขประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล/สถาบัน ทำการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย ขณะมีพฤติกรรมรุนแรงเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน หรือเสี่ยงต่อการหลบหนี โดยอาจใช้วิธีจับตัว ใช้ผ้าพัน จำกัดพฤติกรรม การแยกห้อง หรือการผูกมัดในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการรักษา โดยอยู่ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ

☐ ข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สถาบัน ทำการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย ขณะมีพฤติกรรมรุนแรงเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย หากเกิดความเสียหายกับบุคคลและทรัพย์สิน ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดจากการกระทำของผู้ป่วย

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล คำอธิบาย และเข้าใจเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียด ประโยชน์ของการบำบัดและภาวะแทรกซ้อนแล้ว จึงลงนามให้ความยินยอมเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาแห่งนี้ต่อหน้าพยาน

ลงนาม.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงนาม.....ผู้ให้ข้อมูล
(.....)

ลงนาม.....พยานฝ่ายผู้ป่วย
(.....)
เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงนาม.....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่
(.....)
ตำแหน่ง.....

<u>หมายเหตุ</u> กรณีญาติไม่ได้มาด้วย ให้ระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว

แบบบันทึกการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention)
วิชาชีพ.....

การวินิจฉัยโรค.....
แพทย์ผู้ส่ง .....
วัน/เดือน/ปี..... เวลาเริ่มต้น .....น. เวลาสิ้นสุด .....น.
อาการสำคัญหรือข้อบ่งชี้ของการบำบัด .....
เทคนิคหรือวิธีการบำบัด .....
สรุปปัญหาของผู้ป่วย .....
.....
.....
.....
กระบวนการบำบัด .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
การประเมินผลหลังสิ้นสุดการบำบัด .....
.....
.....
.....
แผนการบำบัดครั้งต่อไป .....
.....
.....
.....
การติดตามและการส่งต่อ F/U.....นัดครั้งต่อไป.....

ลงชื่อผู้บำบัด .....
(.....)
ตำแหน่ง .....

ชื่อ-นามสกุล	ชื่อเล่น	อายุ	HN
			AN

แบบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Record) ครั้งแรก

วิชาชีพ.....

อาการสำคัญ/ปัญหาที่แพทย์ส่ง.....

แพทย์ผู้ส่ง.....การวินิจฉัยโรค.....

วัน/เดือน/ปีที่ทำการบำบัด ..... เวลาเริ่มต้น .....น. เวลาสิ้นสุด .....น..

ปัญหาหลักที่พบ.....

.....

.....

ประวัติที่สำคัญ .....

.....

.....

การตรวจประเมินเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ.....

.....

.....

การวางแผนการรักษา/เป้าหมาย .....

.....

.....

เทคนิคการบำบัดหรือหัตถการ .....

การบำบัดรักษา.....

.....

.....

ผลการรักษา.....

.....

คำแนะนำผู้ปกครอง/ Home program /แผนการฝึกต่อเนื่อง.....

.....

.....

ข้อควรระวัง.....

การติดตามและการส่งต่อ

- ☐ F/U ..... นัดครั้งต่อไป.....
- ☐ D/C วันที่ .....
- ☐ ส่งต่อวิชาชีพอื่นตามแพทย์พิจารณา.....

ลงชื่อผู้บำบัด.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ชื่อ-นามสกุล	ชื่อเล่น	อายุ	HN
			AN

แบบบันทึกการให้ฟื้นฟูสมรรถภาพ Rehabilitation Record ครั้งรอง

โดย .....

วันที่..... ครั้งที่..... เวลาเริ่มต้น.....น. เวลาสิ้นสุด.....น.	แพทย์ผู้ส่ง..... การวินิจฉัยโรค..... อาการสำคัญ/ลักษณะที่เห็น/ประวัติอดีต .... การตรวจประเมิน..... .... ปัญหาหลักที่พบ..... ..... การบำบัดรักษา.....	การวางแผนการรักษา/เป้าหมาย .... ชนิดของการฟื้นฟู..... .... ผลการบำบัดรักษา/ความก้าวหน้า ☐ ดีขึ้น ☐ เท่าเดิม ☐ แย่ลง .... คำแนะนำผู้ปกครอง/แผนการฝึกต่อเนื่องที่บ้าน	ข้อควรระวัง..... .... การติดตามและการส่งต่อ ☐ F/U ..... นัดครั้งต่อไป..... ☐ D/C วันที่..... ☐ ส่งต่อวิชาชีพอื่นตามแพทย์พิจารณา..... ..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... ผู้บำบัด
วันที่..... ครั้งที่..... เวลาเริ่มต้น.....น. เวลาสิ้นสุด.....น.	แพทย์ผู้ส่ง..... การวินิจฉัยโรค..... อาการสำคัญ/ลักษณะที่เห็น/ประวัติอดีต .... การตรวจประเมิน..... .... ปัญหาหลักที่พบ..... ..... การบำบัดรักษา.....	การวางแผนการรักษา/เป้าหมาย .... ชนิดของการฟื้นฟู..... .... ผลการบำบัดรักษา/ความก้าวหน้า ☐ ดีขึ้น ☐ เท่าเดิม ☐ แย่ลง .... คำแนะนำผู้ปกครอง/แผนการฝึกต่อเนื่องที่บ้าน	ข้อควรระวัง..... .... การติดตามและการส่งต่อ ☐ F/U ..... นัดครั้งต่อไป..... ☐ D/C วันที่..... ☐ ส่งต่อวิชาชีพอื่นตามแพทย์พิจารณา..... ..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... ผู้บำบัด

ชื่อ-นามสกุล	ชื่อเล่น	อายุ	HN
			AN

Paste 1st Report in This Line

ชื่อ-นามสกุล	ชื่อเล่น	อายุ	HN
			AN

เวชระเบียนผู้ป่วยใน (IPD)

1. แบบบันทึกประวัติ ตรวจร่างกายและสภาพจิตผู้ป่วยแรกรับ (แพทย์)
2. แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ (พยาบาล)
3. แบบบันทึกการประสานรายการยา (Medication Reconcilitation Form)
4. แบบบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor’s Order Sheet)
5. แบบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคของทีมสหวิชาชีพ (Progress Note)
6. แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses’ Note)
7. แบบบันทึกสัญญาณชีพและการรักษา
8. แบบบันทึกการให้ยาฉีด
9. แบบบันทึกการให้ยารับประทาน
10. แบบติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยงสูง
11. แบบคัดกรองโรคติดเชื้อสำคัญและอาการที่ต้องเฝ้าระวัง
12. แบบหนังสือไม่ให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา
13. แบบหนังสือให้ความยินยอมติดตามการรักษาต่อเนื่อง
14. แบบสรุปการรักษาผู้ป่วยใน (Hospital Inpatient Summary)

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกประวัติ ตรวจร่างกายและสภาพจิตผู้ป่วยแรกรับ (แพทย์)

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.
ชื่อเล่น.....การศึกษา.....
โรงเรียน.....
ผู้พามาตรวจ/ให้ประวัติ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ อื่นๆ.....
อาการสำคัญ* .....☐ วัน ☐ เดือน ☐ ปี ก่อนมาโรงพยาบาล*
.....

Present illness* (เป็นอะไร ตั้งแต่เมื่อไร)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Past illness* ☐ ไม่มี ☐ มี
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ประวัติ vaccination (ถ้าอายุ 0-14 ปี*) ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ
.....
.....

ประวัติพัฒนาการ*
Gross motor (GM) ☐ ปกติตามวัย ☐ ช้า
Fine motor (FM) ☐ ปกติตามวัย ☐ ช้า
ภาษา ☐ ปกติตามวัย ☐ ช้า
สังคม ☐ ปกติตามวัย ☐ ช้า

ประวัติการเลี้ยงดู
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ประวัติการเจ็บป่วยของระบบร่างกายอื่นๆ
☐ ปกติทุกระบบ* ☐ ผิดปกติ ระบุ
ระบบผิวหนัง:.....
ศีรษะ: .....
ระบบตา: .....
ระบบหู คอ จมูก: .....
ปากและช่องปาก: .....
ระบบหัวใจและหลอดเลือด: .....
ระบบทางเดินหายใจ:.....
ระบบทางเดินอาหาร: .....
ระบบทางเดินปัสสาวะ: .....
ระบบสืบพันธุ์: .....
ระบบต่อมไร้ท่อ: .....
ระบบเลือดและต่อมน้ำเหลือง:.....
ระบบประสาท: .....
ระบบกระดูกและข้อ: .....

ประวัติประจำเดือน (ถ้าอายุ 11-60ปี*)
☐ ปกติ
☐ ผิดปกติ.....
.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
จิตเวช ☐ ไม่มี ☐ มี.....
แอลกอฮอล์ ☐ ไม่มี ☐ มี.....
สารเสพติด ☐ ไม่มี ☐ มี.....

ประวัติแพ้ยา/อาหาร/สารอื่นๆ*
☐ ไม่มี ☐ มี .....

โรคประจำตัวฝ่ายกาย
☐ ไม่มี ☐ มี .....

ประวัติครอบครัว
1.โรคทางจิตเวช
☐ ไม่มี ☐ มี .....
2.การฆ่าตัวตาย
☐ ไม่มี ☐ มี .....
3.การใช้สารเสพติด
☐ ไม่มี ☐ มี .....
ชนิด.....
.....
4.ปัญหาพัฒนาการหรือการเรียน
☐ ไม่มี ☐ มี .....

ประวัติส่วนตัว/สังคม*
นิสัย .....
.....
.....
.....
.....
ผลการเรียน.....
การกระทำผิดกฎหมาย (ถ้ามี) .....
.....
.....
.....
.....
.....

การตรวจร่างกาย

Wt.....kg Ht.....cm V/S : BT.....°C PR...../min

RR...../min BP...../.....mmHg

GA& Dysmorphic features ☐ Normal ☐ Abnormal.....

HEENT ☐Normal ☐ Abnormal.....

Heart & Lungs ☐ Normal ☐ Abnormal.....

Abdomen ☐ Normal ☐ Abnormal.....

Extremities ☐ Normal ☐ Abnormal.....

NEURO ☐ Normal ☐ Abnormal.....

การตรวจสุขภาพจิต

MSE

GA* ☐ Normal ☐ Fidget ☐ Hyperactive ☐ Impulse
☐ Repetitive behavior

Eye contact ☐ Poor ☐ Fair ☐ Good

Speech* ☐ Normal ☐ Talkative ☐ Mute ☐ Neologism
☐ พูดไม่ชัด ☐ อื่นๆ .....

Mood & Affect* ☐ Euthymic ☐ Irritable ☐ Depressed
☐ Anxious ☐ Restricted ☐ Blunt ☐ Flat ☐ อื่นๆ.....
☐ Appropriate ☐ Inappropriate

Perception* ☐ Normal ☐ VH ☐ AH ☐ อื่นๆ.....

Thought* ☐ Normal ☐ Abnormal.....
☐ Delusion.....

Death wish ☐ No ☐ Yes.....

Suicidal idea ☐ No ☐ Yes.....

Play ☐ Normal ☐ Abnormal.....

Sensorium & Cognition

Orientation* ☐ Normal ☐ Abnormal.....

Attention/Concentration* ☐ Normal ☐ Abnormal.....
☐ DF.....☐ DB.....

Memory recall ☐ Normal ☐ Abnormal.....

Intelligence* ☐ Average ☐ Above average
☐ Below average.....

Insight* ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor

Judgment* ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor

Problem list

1. .....
2. .....
3. .....

Provisional Diagnosis	ICD 10

Plan of management

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อแพทย์..... แพทย์เจ้าของไข้

(.....)

ว. .....

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ (พยาบาล)

ชื่อ-สกุลผู้นำส่ง..... ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย..... โทร.....

ส่วนที่ 1 ด้านสุขภาพ (Health)

เข้ารับการรักษาโดย ☐ เดินมา ☐ อุ้มมา ☐ อื่นๆ.....

1.อาการสำคัญ.....

2.อาการผู้ป่วยแรกรับ.....

.....

อุณหภูมิ..... °C ชีพจร.....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต...../.....mmHg

น้ำหนัก.....kg ส่วนสูง.....cm รอบศีรษะ.....cm

2.1 สำหรับผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี

☐ -2S.D (ผอม) ☐ P-1.5SD (ค่อนข้างผอม) ☐ MEDIAN (สมส่วน) ☐ +1.5S.D. (ท้วม) ☐ +2S.D. (เริ่มอ้วน) ☐+3S.D. (อ้วน)

2.2 สำหรับผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป BMI.....แปลผล ☐ <18.5 (ผอม) ☐ 18.5 – 22.9 (ปกติ) ☐ 18.5 – 22.9 (อ้วนระดับ 1)
☐ 25 – 29.9 (อ้วนระดับ 2) ☐ >30 (อ้วนระดับ 3)

3.ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน.....

.....

4. ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย

4.1 โรคประจำตัวหรืออาการทางกายในปัจจุบัน ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี

☐ มี (ระบุ).....

☐ ไม่ได้รักษา ☐ อยู่ระหว่างการรักษา (ระบุชื่อยา/ สถานพยาบาล).....

4.2 ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ/ การผ่าตัด ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี

☐ มี (ระบุ).....

4.3 ประวัติการแพ้ยา/ อาหาร/ สารอื่นๆ ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี

☐ มี (ระบุชนิดของสิ่งที่แพ้).....อาการ.....

4.4 ประวัติการชัก ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่มี ☐ มี ชักครั้งสุดท้ายเมื่อ.....ลักษณะการชัก.....

5. ผลการตรวจพิเศษ/ห้องปฏิบัติการ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....เมื่อวัน/เดือน/ปี.....

ผลการตรวจ.....

6. ประวัติการได้รับวัคซีน

6.1 วัคซีนพื้นฐาน (เฉพาะแรกเกิด – 5 ปี) ☐ ไม่ทราบ ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ (ระบุ ที่ขาด).....

6.2 วัคซีนอื่นๆ (ทุกช่วงวัย) สุกใส ☐ ไม่เคย ☐ เคย (☐ เข็ม 1 , ☐ เข็ม 2) หมายเหตุ ☐ เคยเป็นสุกใสแล้ว

เพิ่มเติมวัคซีนอื่น (ถ้ามี).....

7.การมองเห็น ☐ ปกติ ☐ เอียง..... ☐ สั้น..... ☐ ยาว..... ☐ เห็นเลือนราง

8. การได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....

ระบุผลการตรวจ.....การรักษาที่ได้รับ.....

9. ปัญหาการนอน ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

10. ปัญหาพฤติกรรม.....

11.ปัญหาการกิน

11.1 อุปนิสัยการรับประทานอาหาร จำนวน.....มื้อ/วัน

☐ ไม่มีปัญหา ☐ มีปัญหา เช่น เลือกอาหาร รับประทานของซ้ำๆ เป็นต้น (ระบุ).....

.....

11.2 การใช้ขวดนม ☐ ไม่ใช้แล้ว ☐ ยังใช้ขวดนม (ระบุ).....

11.3 การเคี้ยวกลืน ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....

11.4 ประเภทของอาหาร ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ)..... ☐ สับหยาบ ☐ สับละเอียด ☐ ข้าวตุ๋น/โจ๊ก

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

12. การมีประจำเดือน

☐ ไม่มี เพราะ..... ☐ มีปกติ ☐ มีไม่ปกติระบุ.....LMP.....

<u>ส่วนที่ 2</u> ความสามารถในการดูแลตนเอง (function) และพัฒนาการ (Development)

: การรับประทานอาหาร ☐ ได้ ☐ ได้บางส่วน* ☐ ไม่ได้ จำนวน.....มื้อ/วัน ระบุปัญหาที่พบ.....

: การขับถ่ายปัสสาวะ ☐ ได้ ☐ ได้บางส่วน ☐ ไม่ได้ ระบุปัญหาที่พบ.....

: การขับถ่ายอุจจาระ ☐ ได้ ☐ ได้บางส่วน ☐ ไม่ได้ ระบุปัญหาที่พบ.....

: การอาบน้ำ ☐ ได้ ☐ ได้บางส่วน ☐ ไม่ได้

: การแปรงฟัน ☐ ได้ ☐ ได้บางส่วน ☐ ไม่ได้

: การแต่งตัว ☐ ได้ ☐ ได้บางส่วน ☐ ไม่ได้

: การสระผม ☐ ได้ ☐ ได้บางส่วน ☐ ไม่ได้

ผลการประเมินพัฒนาการแรกรับ วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน.....อายุ.....ปี.....เดือน

พัฒนาการ	อายุพัฒนาการ
GM	
FM	
RL	
EL	
PS	

<u>ส่วนที่ 3 (Transition)</u>

4.1 ความสามารถในการไปโรงเรียน ☐ ไปได้ ☐ ไปไม่ได้ ระบุ.....

4.1.1 ด้านเด็ก ☐ ทักษะจำเป็นสำหรับการไปเรียนที่โรงเรียนบกพร่อง ☐ อื่นๆ.....

4.1.2 ด้านครอบครัว ☐ หาโรงเรียนให้เด็กยังไม่ได้ ☐ อื่นๆ.....

4.2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ☐ ไม่มีปัญหา ☐ มีปัญหา

☐ ไม่มีผู้ดูแลหลัก ☐ ผู้ดูแลหลักขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็ก

☐ ผู้ดูแลหลักขาดทักษะที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

( ) การให้ยา ( ) การจัดการพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็ก ( ) การส่งเสริมพัฒนาการ/ฝึกทักษะเด็ก

( ) อื่น ๆ.....

4.3 ปัญหาเรื่องเพศ

4.3.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในเรื่องเพศ ☐ สมวัย ☐ ไม่สมวัย (ระบุ)..... .....

4.3.2 พฤติกรรมทางเพศ ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม (ระบุ).....

4.3.3 ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ☐ ไม่มี ☐ มี ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

4.3.4 การคุมกำเนิด ☐ ไม่มี ☐ มี วิธี .....

4.3.5 ผู้ปกครองสามารถจัดการปัญหาทางเพศของเด็ก ☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม (ระบุ).....

.....

ส่วนที่ 4 การประเมินครอบครัว/ Contexual

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลและครอบครัว

ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้.....เกี่ยวข้องเป็น.....โทร..... ( ) บุคคลเดียวกับผู้ให้ข้อมูล

ชื่อผู้ดูแลหลัก..... เกี่ยวข้องเป็น.....โทร.....( ) บุคคลเดียวกับผู้ให้ข้อมูล

โรคประจำตัวของผู้ดูแลหลัก ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....

.....

1.การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ของผู้ป่วย ☐ รุนแรง ☐ ไม่รุนแรง ☐ อื่นๆ.....

2.ผลการประเมินสุขภาพจิตผู้ปกครอง

☐ ความเครียด..... คะแนน

☐ 2Q..... คะแนน

☐ 9Q..... คะแนน

☐ 8Q..... คะแนน

3. ความคาดหวังต่อการรักษาครั้งนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ โดยใส่ตัวเลขเรียงตามลำดับ)

☐ เดินได้ ☐ พูดได้ ☐ไปเรียนได้ ☐ช่วยเหลือตนเองได้ ☐มีสมาธิ

☐ ทำตามคำสั่งได้ ☐ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ☐ อื่นๆ.....

4. สิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ปกครอง

☐ ศาสนา ☐ ครอบครัว ☐ อื่นๆ.....

5. รูปแบบการเลี้ยงดูเด็ก ☐ ตามใจ ☐ ประนีประนอม/ผ่อนปรน ☐ เข้มงวด ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	วันที่เริ่มต้น	วันที่สิ้นสุดปัญหา
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

(.....)

วัน/เดือน/ปีที่ประเมิน.....เวลา.....น.

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกการประสานรายการยา (Medication Reconciliation Form)

ข้อมูลรายการยา ☐ แฟ้มเวชระเบียน/ระบบฐานข้อมูล ร.พ	ชื่อ-สกุล.....
ได้จาก ☐ ญาติ/ผู้ดูแล ☐ ผู้ป่วย ☐อื่นๆ.....	HN.....วันเกิด.....
ประวัติแพ้ ☐ยา..... ☐อาหาร..... ☐อื่นๆ ระบุ.....โรคประจำตัว.....	

รายการยา (ขนาด)	วิธีใช้	สถานพยาบาลที่รับยา	วัน/เดือน/ปี										
เภสัชกร													
แพทย์													
พยาบาล													

หมายเหตุ : ทุกๆvisit 1.กรณี <u>ได้</u> รับยาต่อเนื่อง

2.กรณี <u>ไม่ได้</u> รับยาต่อ ให้ขีดฆ่ารายการยา และระบุ D/C (discontinued), ระบุเหตุผล

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor's Order Sheet)

PROGRESS NOTE	DATE/TIME	ORDERS FOR ONE DAY	ORDERS FOR CONTINUATION
แพ้ยา.....			

HN	Name		Doctor		
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกความก้าวหน้าการดำเนินโรคของทีมสหวิชาชีพ (Progress Note)

วัน/เดือน/ปี เวลา	บันทึกความก้าวหน้า	ผู้บันทึก/ตำแหน่ง

HN	Name		Doctor		
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' Note)

วัน/เดือน/ปี เวลา	ประเภท ผู้ป่วย	ข้อวินิจฉัย/ปัญหาทางการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	การวางแผน/การปฏิบัติการพยาบาล	ประเมินผล/ผู้บันทึก /ตำแหน่ง

HN	Name		Doctor		
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล...............

แบบบันทึกสัญญาณชีพและการรักษา

	Date								
	Day after	Admission							
		Operation							
	Pulse	°C	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22	2 6 10 14 18 22
รับใหม่เวลา..................		41							
		40							
	130 -								
	120 -	39							
	110 -								
	100 -	38							
	90 -								
	80 -	37							
	70 -								
	60 -	36							
	50 -								
	40 -	35							
	O_2 Sat								
	Respiratory Rate								
	BP	Systolic							
		Diastolic							
	Wt and Ht								
	Diet								
Fluid intake	Oral Fluid								
	Parenteral								
	Total								
Fluid Output	Urine								
	Emesis								
	Drainage								
	Aspiration								
	Total								
	Stool								
	Urine								
	Medication								

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล..........................

แบบบันทึกการให้ยาฉีด

วัน/เดือน/ปี	เวลา	ชื่อยา	ขนาด (mg)	วิธีการให้ยา	ความดันโลหิตหลังฉีดยา (mmHg.)		ผู้ฉีดยา	อาการข้างเคียงของยา	
					15 นาที	30 นาที		ไม่มี	มี ระบุอาการ

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล..........................

แบบบันทึกการให้ยารับประทาน
Medication Administrator Record (MAR)

ชื่อและขนาดยา	เวลาให้ยา / ผู้ให้							
	วันที่ / เวลา							
		/	/	/	/	/	/	/

HN	Name			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยงสูง

พยาบาลประเมินผู้ป่วยทุกวัน

- **หากไม่พบ ADR** *ให้ลงบันทึกการประเมินเมื่อใช้ยาครั้งแรก และต่อไปสัปดาห์ละ 1 ครั้งในเวรเช้า*
- **หากพบ ADR** *ให้ลงบันทึก **ทันที** เมื่อพบ และติดตามผู้ป่วย**ต่อเนื่องจนไม่พบ ADR** และ**ประเมินซ้ำ**เมื่อผู้ป่วยย้าย/จำหน่าย*
- **กรณีพบ** acute dystonia, akathesia, tardive dyskinesia, allergic reaction *ให้รายงานเภสัชกร/แพทย์ทันที*

วัน/เดือน/ปี	ยาความเสี่ยงสูงที่ผู้ป่วยได้รับ						ไม่พบ ADR	พบ ADR ระดับความรุนแรง				ลงชื่อ/ตำแหน่ง	หมายเหตุ Lab หรืออื่น ๆ
	Clozapine	Lithium	Carbamazepine	Sodium valproate	Phenytoin	ยาอื่นๆ.....		Mild	Moderate	Severe	Life-threatening		

แนวทางประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทางจิตเวชที่สำคัญและใช้บ่อยในโรงพยาบาล

รายชื่อยาความเสี่ยงสูง	ความรุนแรงระดับ Mild	ความรุนแรงระดับ Moderate	ความรุนแรงระดับ Severe	ความรุนแรง life-threatening
แนวทางการดำเนินการ	พยาบาลให้คำแนะนำ ข้อปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และเฝ้าระวังไม่ให้เกิดอาการรุนแรงขึ้น	ให้รายงานแพทย์/ เภสัชกร ภายในเวรปฏิบัติงาน	ให้รายงานแพทย์/ เภสัชกร	ให้รายงานแพทย์/ เภสัชกร <u>ทันที</u>
1. Risperidone	CNS ง่วงซึม / ปวดศีรษะ CVS หน้าซีดบ่อยๆขณะเปลี่ยนท่าทาง GI น้ำลายไหลมากกว่าปกติ Metabolic น้ำหนักตัวเพิ่ม	CVS ใจสั่น/ มือสั่น/ เป็นลม GI ท้องเสีย Endocrine น้ำนมไหล	CNS กล้ามเนื้อบิดเกร็งเป็นพักๆอย่างรุนแรง CNS กระวนกระวายผุดลุกผุดนั่ง CNS การเคลื่อนไหวผิดปกติของกล้ามเนื้อบริเวณรอบปาก คาง และลิ้น(Tardive dyskinesia) ตัวแข็ง เดินเกร็ง (parkinsonism) Genitourinary มีภาวะผิดปกติในการควบคุมการขับถ่าย Respiratory การหายใจลำบาก Skin ผื่นแดงตามตัว	CNS ชัก หมดสติ CVS หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันต่ำ การทำงานของระบบหายใจผิดปกติ
2. Ritalin	CNS ปวดศีรษะ/นอนไม่หลับ GI คลื่นไส้ /อาเจียน/ปวดท้อง GI ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด Respiratory น้ำมูกไหล หายใจไม่ออก	CVS ใจสั่น CNS กระสับกระส่าย / หงุดหงิด CNS ปวดศีรษะมาก CNS มือสั่น CNS ตาพร่า	CNS ซึม สับสน CNS กล้ามเนื้อกระตุก CNS ปวดศีรษะอย่างรุนแรง CVS หัวใจเต้นเร็ว	CNS ชัก หมดสติ CVS การทำงานของระบบหายใจผิดปกติ CVS หัวใจเต้นผิดจังหวะ
3. Depakin	GI เบื่ออาหาร CNS อ่อนเพลีย ง่วงซึม Metabolic น้ำหนักตัวเพิ่ม **อื่นๆ** ผมร่วง	GI คลื่นไส้ GI แน่นท้อง / ท้องเสีย CVS ใจสั่น **อื่นๆ** มือสั่น ตัวสั่น ประจำเดือนมาไม่ปกติ	CNS ง่วงซึม สับสน CNS กล้ามเนื้ออ่อนเปลี้ย CVS หัวใจเต้นผิดจังหวะ CVS บวมตามแขนขา GI อาเจียน **อื่นๆ** จำนวนเม็ดเลือดทุกชนิดลดลง ตัวเหลืองตาเหลืองLFT ผิดปกติ มีผื่นแดงขึ้นตามตัว	CNS หมดสติ ชัก รูม่านตาปิด รีเฟล็กซ์ต่ำว่าปกติ CVS การทำงานของระบบหายใจผิดปกติ **อื่นๆ** จำนวนเกล็ดเลือดลดลง < 100,000 , มีจ้ำเลือดตามตัว
4.Carbamazepine (Tegretol®) Max dose: 1,200 mg/day (บางรายอาจมากกว่า 1,600 mg/day)	CNS วิงเวียน CVS ความดันโลหิตสูง/ต่ำกว่าปกติ GI คลื่นไส้ อาเจียน **อื่นๆ** น้ำหนักตัวขึ้น	CNS ง่วงซึม สับสน วิงเวียน CVS ความดันโลหิตสูง/ต่ำกว่าปกติ **อื่นๆ** มีไข้ มีผื่น ฟกช้ำง่าย		Stevens-Johnson Syndrome : มีไข้ ผื่นแดง ปากอักเสบ ตาอักเสบ CVS มีจ้ำเลือด ช้ำจากการตกเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นลม **อื่นๆ** บวมตามแขน ขา เปลือกตา Angioedema ระบบเลือดผิดปกติ (เม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำ) Hyponatremia
5.Lithium		CNS เซื่องซึม สับสน เดินเซ CVS ความดันโลหิตต่ำ **อื่นๆ** ผื่นแดง	CNS ตากระตุก พูดไม่ชัด เห็นภาพซ้อน ชัก **ระบบเลือด** หัวใจเต้นผิดจังหวะ เม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำ **อื่นๆ** SJS (มีไข้ ผื่นแดงร่วมกับเยื่อบุตา/ปากอักเสบ) ตับอักเสบ	
6.Clozapine	CNS : อ่อนเพลีย วิงเวียน GI : ท้องผูก Metabolic : น้ำหนักตัวเพิ่ม อื่นๆ : ปากแห้ง คอแห้ง เหงื่อออก น้ำลายไหล	CNS : ง่วงซึม ปวดศีรษะ EPS เช่น สั่น ผุดลุกผุดนั่ง ขยับแขนขา เดินไปมาตลอด CVS : WBC < 3,500/mm^3 GI : คลื่นไส้ อาเจียน อื่นๆ : ใจสั่น ตาพร่า ปัสสาวะลำบาก	CNS : สับสน กระวนกระวาย ชัก GI : ลุกนั่งหน้ามืด Metabolic : น้ำตาลในเลือดสูง อื่นๆ : WBC < 3,000/mm^3 หรือ Neutrophil < 1,500/mm^3	พบอาการในระดับ 3 และ WBC < 1,000/mm^3 หรือ Neutrophil < 500/mm^3 ร่วมกับมีไข้
7.Phenytoin	CNS : มึนงง มือสั่น GI : คลื่นไส้ ท้องผูก อื่นๆ : ริมฝีปากหนาใหญ่ขึ้น เหงือกหนาดำ ขนดกผิดปกติ	CNS : นอนไม่หลับ ปวดศีรษะมาก เดินเซ การเคลื่อนไหวสัมพันธ์กันน้อยลง	CNS : หูอื้อ ตากระตุก พูดไม่ชัด ประสาทหลอน สับสน เห็นภาพซ้อน CVS : หัวใจเต้นผิดจังหวะ อื่นๆ : เกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะขาดเม็ดเลือดทุกชนิด โรคตับอักเสบ น้ำตาลในเลือดสูง อาเจียน ผื่นแดงที่ผิวหนัง	Stevens-Johnson Syndrome : มีไข้ ผื่นแดง ปากอักเสบ ตาอักเสบ CNS : ชัก หมดสติ โคม่า CVS : ความดันเลือดต่ำ
8.Lamictal	CNS : ปวดศีรษะ GI : คลื่นไส้ อาเจียน	CNS : ง่วงซึม ปวดศีรษะมาก เดินเซ	CNS : หูอื้อ ตากระตุก พูดไม่ชัด ประสาทหลอน สับสน ตาพร่า เห็นภาพซ้อน	Stevens-Johnson Syndrome : มีไข้ ผื่นแดง ปากอักเสบ ตาอักเสบ

หมายเหตุ: 1. Absolute neutrophil count (ANC) = Total WBC x (% neutrophil)/100 2. Neuroleptic malignant syndrome (NMS) อาการที่พบได้แก่ ไข้สูง สับสนร่วมกับกล้ามเนื้อเกร็ง ชีพจร ความดันผิดปกติ ค่า CPK สูง
3. Serotonin Syndrome (SS) อาการที่พบได้แก่ ไข้สูง สับสน เหงื่อออกมาก กล้ามเนื้อเกร็ง reflex ไวเกิน 4. Steven Johnson syndrome (SJS) อาการที่พบได้แก่ มีไข้ ผื่นแดงร่วมกับเยื่อบุตา/ปากอักเสบ

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบคัดกรองโรคติดเชื้อสำคัญและอาการที่ต้องเฝ้าระวัง

A วัณโรค (TB) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่(สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว)

1. ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์
   ☐ มี ☐ ไม่มี
2. ไข้เรื้อรังติดต่อกันเกิน 7 วัน
   ☐ มี ☐ ไม่มี
3. เบื่ออาหาร เล่นน้อยลง ร่าเริงน้อยลง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
   ☐ มี ☐ ไม่มี
4. น้ำหนักลด หรือน้ำหนักไม่ขึ้น ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
   ☐ มี ☐ ไม่มี
5. ภาวะซีด หรือหรือภาวะเลือดจางที่ <u>ไม่ได้เป็นโรคประจำตัวอยู่แต่เดิม</u> ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
   ☐ มี ☐ ไม่มี
6. มีประวัติสัมผัสใกล้ชิด (อยู่ร่วมห้อง หรือร่วมบ้าน) กับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น <u>วัณโรคปอด ก่อนที่จะได้รับยาต้านวัณโรค หรือได้รับยามาไม่ถึง 2 สัปดาห์</u>
   ☐ มี ☐ ไม่มี

<u>หมายเหตุ</u>

หากพบ อาการ ในข้อใดข้อหนึ่ง ส่งพบแพทยเพื่อส่งต่อการตรวจเพิ่มเติมและการรักษาที่เหมาะสมยัง รพ.ฝ่ายกาย

(ปรับตามบริบทของหน่วยงาน)

<u>A MERS-CoV (ข้อ 7-13 ซักถามผู้ดูแล)</u>

7. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการเดินทางไปต่างประเทศหรือไม่
   ☐ มี ระบุประเทศ..... ☐ ไม่มี

<u>D Covid-19</u>

8. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคนในครอบครัวไปในพื้นที่เสี่ยงการระบาดของโรค covid-19 หรือไม่
   ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี
9. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรค covid-19 หรือกำลังรักษาตัวอยู่หรือไม่
   ☐ มี ระบุ..... ☐ ไม่มี

<u>D ไข้หวัดนก</u>

10. สัมผัสสัตว์ปีกหรืออยู่บริเวณที่มีสัตว์ปีกตาย ในช่วง 3 – 4 วันที่ผ่านมา
    ☐ มี ☐ ไม่มี

<u>D ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009</u>

11. อาศัยหรือเดินทางมาจากพื้นที่ ซึ่งพบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในระยะ 7 วันก่อนเริ่มป่วย
    ☐ มี ☐ ไม่มี

<u>A+C สุกใส</u>

12. ประวัติการเป็นสุกใส ☐ เคยเป็น ☐ ไม่เคยเป็น
    ได้รับวัคซีนสุกใส ☐ได้รับ ☐ ไม่ได้รับ

<u>A+C หัด</u>

13. ประวัติการเป็นหัด ☐ เคยเป็น ☐ ไม่เคยเป็น
    ได้รับวัคซีนหัด ☐ได้รับ ☐ ไม่ได้รับ

<u>C ตาแดง (ข้อ14-16 เด็กและผู้ดูแล)</u>

14. มีการระคายเคืองตา/ตาแดง มีขี้ตามากกว่าปกติหรือไม่
    ☐ มี ☐ ไม่มี

<u>C+D มือ เท้า ปาก</u>

15. มีอาการไข้ ตัวร้อน หรือไปสัมผัสกับผู้เป็นโรคมือ เท้า ปาก หรือไม่
    ☐ มี ☐ ไม่มี
16. มีตุ่มใสบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า หรือในช่องปากหรือไม่
    ☐ มี ☐ ไม่มี
17. ใน 3-5 วันที่ผ่านมา มีสมาชิกในครอบครัวไปสัมผัสหรืออยู่ในชุมชนที่มีการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก หรือไม่ **(ซักผู้ดูแล)**
    ☐ มี ☐ ไม่มี

<u>หมายเหตุ</u> หากมีอาการในข้อใดข้อหนึ่ง ให้แยกตรวจในบริเวณที่กำหนด และให้บริการแบบ Fast track

การส่งต่อข้อมูลแก่หอผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนทางกายและการเฝ้าระวังอื่นๆ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้คัดกรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบหนังสือไม่ให้ความยินยอมรับการรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ข้าพเจ้า ด.ช./ด.ญ.นาย/นาง/นางสาว.....ซึ่งเป็นผู้ป่วยไม่สมัครใจที่จะ

☐ รับการบำบัดรักษา.....

☐ อยู่เพื่อรับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ในสถาบัน/โรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้า (ผู้แทนผู้ป่วย) นาย/นาง/นางสาว.....

มีความเกี่ยวข้องเป็น..... ไม่ยินยอมให้ (ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย).....

☐ รับการบำบัดรักษา.....

☐ อยู่เพื่อรับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ในสถาบัน/โรงพยาบาล.....

ขณะนี้ผู้ป่วยมีอาการ.....

.....

สมควรรักษาด้วยวิธี..... ทั้งนี้ได้อธิบายถึงความเสี่ยง หากไม่ได้รับการรักษา

ได้แก่.....ให้แก่ผู้ป่วย/

ผู้แทน ทราบแล้ว แต่ผู้ป่วย/ผู้แทน ยืนยันไม่รับการรักษาด้วยวิธี.....

ทีมผู้รักษาได้อธิบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการประเมินภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชเบื้องต้น ดังนี้.....

.....

รวมทั้งแนะนำว่าหากมีอาการผิดปกติ สามารถมารับการรักษาในสถาบัน/โรงพยาบาล ได้

ลงนาม.....(ผู้ป่วยหรือผู้แทน) ลงนาม.....(แพทย์)

(.....) (.....)

ลงนาม.....(พยานฝ่ายผู้ป่วย) ลงนาม.....(พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่)

(.....) (.....)

หมายเหตุ

1. ให้ชี้แจงทุกครั้งก่อนลงลายมือชื่อ ลายพิมพ์นิ้วมือ ในหนังสือไม่ให้ความยินยอมรับการรักษา ผู้มีสิทธิ์ลงลายมือชื่อรับ ได้แก่
   1.1 ผู้ป่วย กรณีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ และมีความสามารถในการตัดสินใจ
   1.2 คู่สมรสตามกฎหมาย
   1.3 ผู้บุพการี
   1.4 ผู้สืบสันดาน
   1.5 ผู้ปกครองตามกฎหมาย
   1.6 ผู้พิทักษ์ กรณีเสมือนไร้ความสามารถ
   1.7 ผู้อนุบาล กรณีไร้ความสามารถ
   1.8 ผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย
2. ในกรณีลงลายพิมพ์นิ้วมือ ต้องมีพยานรับรองลายมือชื่อ**อย่างน้อยสองคน**
3. กรณีญาติไม่ได้มาด้วย ให้ระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบหนังสือให้ความยินยอมติดตามการรักษาต่อเนื่อง

วันที่..... เดือน.....พ.ศ..... เวลา..... น.

ชื่อผู้รับการตรวจ ☐ด.ช. ☐ด.ญ. ☐นาย ☐นาง ☐นางสาว .....นามสกุล .....
เลขประจำตัวประชาชน..... อายุ.....ปี..... .....เดือน

ซึ่งผู้ให้ความยินยอมแทน (กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ หรือเป็นผู้ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา) ☐นาย ☐นาง ☐นางสาว ..... นามสกุล.....
เลขประจำตัวประชาชน..... อายุ.. .....ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต .....จังหวัด..... โทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องเป็น ☐ ผู้บุพการี ☐ ผู้พิทักษ์ ☐ ผู้ปกครอง(ตามกฎหมาย) ☐ ผู้อนุบาล ☐ ผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้รับทราบความจำเป็นในการบำบัดรักษา คือ ผู้ป่วยจะเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน
ชื่อโปรแกรม..... ระยะเวลา..... ..... วัน/สัปดาห์
ผู้ป่วยจะเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน เพื่อ.....
.....
.....
ข้อดี ☐อาการดีขึ้น ☐อื่นๆ .....
ข้อเสีย ☐ขาดเรียน ☐อื่นๆ .....
อื่นๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลา.....
.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบ เข้าใจ และเห็นถึงความจำเป็นในการบำบัดรักษา การส่งต่อข้อมูล หรือการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง และข้าพเจ้าขอแสดงเจตจำนง ดังนี้

☐ ยินยอม ให้ทางสถาบัน/โรงพยาบาลติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

☐ ไม่ยินยอม เนื่องจาก.....

กรณีไม่ยินยอม ขอให้ผู้ป่วยมารับบริการตามแผนการรักษาของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตามนัด หากไม่สามารถมารับบริการตามนัด กรุณาโทรศัพท์แจ้งจุดนัดที่หมายเลข..... เพื่อเลื่อนนัดหรือแจ้งปัญหาในการรับบริการ

ลงนาม.....(ผู้ป่วย/ผู้แทน)
(.....)

ลงนาม.....(ผู้ขอความยินยอม)
(.....)
ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ..... (พยานฝ่ายผู้ป่วย)
(.....)

ลงชื่อ.....(พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่)
(..... .....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ กรณีไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วยให้ระบุเหตุผล

แนวทางปฏิบัติ

1) ดำเนินการในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในสถาบัน/โรงพยาบาล ทุกราย
2) ทำหนังสือยินยอมในวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถาบัน/โรงพยาบาล โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนั้น ๆ ให้ข้อมูล และผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยลงนาม โดยผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย ได้แก่

ผู้บุพการี	หมายถึง	บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ทวด
คู่สมรสตามกฎหมาย		
ผู้ปกครอง	หมายถึง	ผู้ปกครองผู้เยาว์ที่ศาลแต่งตั้ง
ผู้พิทักษ์	หมายถึง	ผู้ที่ศาลแต่งตั้งให้ทำนิติกรรมบางประการแทนคนเสมือนไร้ความสามารถ
ผู้อนุบาล	หมายถึง	ผู้ที่ศาลแต่งตั้งให้ทำนิติกรรมแทนคนไร้ความสามารถ
ผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย	หมายถึง	ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้เป็นญาติ

3) กรณีไม่ยินยอม ให้สรุปบันทึกเหตุผลใน Progress Note

DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

แบบสรุปการรักษาผู้ป่วยใน
HOSPITAL
IN PATIENT SUMMARY

1. ADMISSION NUMBER	2. PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER OR PASSPORT NUMBER	3. HOSPITAL NUMBER

4. PATIENT NAME	5. PATIENT ADDRESS

6. SEX 1. MALE 2. FEMALE	7. MARITAL STATUS	8. ETHNIC GROUP	9. OCCUPATION

10. DATE OF BIRTH	11. AGE AT ADMISSION____YEARS. FOR INFANT____MONTHS____DAYS	12. BIRTHWEIGHT (INFANT ONLY) GRAMS

13. WARD	14. DEPARTMENT				15. DATE OF	DATE	MONTH	YEAR	TIME	16. LENGTH OF STAY _____DAYS
	01 MEDICINE 02 SURGERY 03 OBS.	04 GYN 05 PED 06 ENT	07 EYE 08 ORTHOPEDICS 09 PAYCHATRY	10 RADIOLOGY 11 DENTAL 12 OTHER	ADMISSION DISCHARGE					17. TOTAL LEAVE DAYS _____DAYS

18. DIAGNOSIS		DIAGNOSIS ICD CODING by CODER.....
	(1) PRINCIPAL DIAGNOSIS บันทึกได้เพียงโรคเดียวเท่านั้น	MAIN CONDITTION (มีได้รหัสเดียว)
	(2) PRE ADMISSION COMORBIDITY (S)	COMORBIDITY (S)
	(3) COMPLICATION (S) (POST ADMISSION COMORBIDITY)	COMPLICATION (S)
	(4) OTHER DIAGNOSIS	OTHER (S)
	(5) EXTERNAL CAUSE (S) OF INJURY	EXTERNAL CAUSE (S)

19. OPERATION	OPERATING ROOM PROCEDURES (ระบุจำนวนครั้ง)	DATE	TIME	TIME OUT
	1.	.....	.....	.....
	2.	.....	.....	.....
	3.	.....	.....	.....

20.	IMPORTANT NON OPERATING ROOM PROCEDURES	PROCEDURES ICD CODING by CODER.....
	1.	MAIN (มีได้รหัสเดียว)
	2.	
	3.	
21.	SPECIAL INVESTIGATIONS 1. ..... 2. ..... 3.	OTHER (S)

22. DISCHARGE STATUS		23. DISCHARGE TYPE	
1. COMPLETE RECOVERED	6. NORMAL CHILD DISCHARGE WITH MOTHER	1. WITH APPROVAL	5. OTHER
2. IMPROVED	7. NORMAL CHILD DISCHARGE SEPERATELY	2. AGAINST ADVICE	6. DEAD, AUTOPSY
3. NOT IMPROVED	8. DEAD	3. ESCAPE	7. DEAD, ON AUTOPSY
4. DELIVERED		4. BY TRANSFER	
5. UNDELIVERED		ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ.....	

ATTENDING PHYSICIAN.....
SIGNATURE

APPROVED BY .....
SIGNATURE

CERTIFICATE OF CAUSE OF PERINATAL DEATH

To be completed for stillbirths and liveborn infants dying within 168 hours (1 week) form birth

Identifying particulars

☐ This child was born live on at hours
And died on at hours
☐ This child was stillborn on at hours
And died before labour ☐ during labour ☐ not known ☐

Mother		Child
Date of birth ☐☐ ☐☐ ☐☐ Ro, if unknow, age (years) ☐☐ Number of previous Pregnancies: Live birth ☐☐ Stillbirths ☐☐ Abortions ☐☐ Outcome of last previous Pregnancy: ☐ Live birth ☐ Stillbirth ☐ Abortion Date ☐☐ ☐☐ ☐☐	1 st day last Menstrual period ☐☐ ☐☐ ☐☐ or, if unknow estimater duration of pregnancy ☐☐ (completer weeks) Antenatal care, two or more visits: ☐ Yes ☐ No ☐ Not know Delivery: ☐ Normal spontaneous vertex Other (specify)	Birthweight.....grams Sex: ☐ Boy ☐Girl ☐ Indeterminate ☐ Single birth ☐ First twin ☐ Second twin ☐ Other multiple **Attendant at birth** ☐ Physician ☐ Trained midwife Other trained person (specify) ..... Other (specify) .....

Causer of death

a. Main disease or condition in fetus or infant

b. Other diseases of conditions in fetus or infant

c. Main maternal disease or condition affecting fetus or infant

d. Other maternal diseases or conditions affecting fetus or infant

e. Other relevant circumstances

☐ The certified cause of death has been confirmed by autopsy ☐ Autopsy information may be available later ☐ Autopsy not being held	..... Signature and qualification

แบบบันทึกอื่นๆ

1. แบบบันทึกบริการสังคมสงเคราะห์
2. แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรคออทิสติก
3. แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรคสมาธิสั้น
4. แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรคสมองพิการ (Cerebral Palsy)
5. แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรคซึมเศร้า
6. แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรค Down’s Syndrome (อายุแรกเกิด - 5 ปี)
7. แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรค Down’s Syndrome (อายุ 6 - 18 ปี)

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกบริการทางสังคมสงเคราะห์

ประวัติทั่วไป วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล.....ชื่อเล่น..... อายุ.....ปี HN.....

ชั้นเรียน.....โรงเรียน..... จังหวัด.....

ผู้ให้ประวัติชื่อ-สกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....

ผู้แนะนำมารับบริการ ☐ แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ ส่งตัวหรือแนะนำมา ☐ คุณครู

☐ เพื่อน/ญาติ/ผู้ปกครองผู้ป่วย ☐ มาเอง ได้ข้อมูลจาก.....

สรุปบริการสังคมสงเคราะห์

1. วินิจฉัยทางสังคม ปัญหาสังคม ☐ ไม่มี ☐ มีระบุปัญหา .....

2. ทรัพยากรทางสังคม.....

3. วางแผนการบำบัดทางสังคม 3.1 ☐ บำบัด/ให้การปรึกษา 3.2 ☐ ส่งพบจิตแพทย์

3.3 ☐ นัดต่อ เพื่อ.....3.4 ☐ เยี่ยมโรงเรียน

3.5 ☐ เยี่ยมบ้าน 3.6 ☐ ประสาน/อื่นๆระบุ.....

4. การบำบัดทางสังคม/ให้การปรึกษา เรื่อง.....

.....

5. ประเมินผลการบำบัดทางสังคม.....

.....

6. สรุปการประเมินสภาวะ (Bio-psycho-social) และความคิดเห็นของนักสังคมสงเคราะห์

.....

.....

▪ **อาการป่วย/ปัญหาสำคัญ**

1. อาการป่วย/ปัญหาในปัจจุบันของเด็กที่มารับบริการ.....
2. ปัญหานี้เกิดขึ้นเมื่อไร.....
3. รายละเอียดของปัญหา / ประวัติปัจจุบัน .....

.....

.....

.....

.....

4. การช่วยเหลือ/การแก้ปัญหาที่ผ่านมา

.....

.....

5. สิ่งที่ท่านต้องการหรือคาดหวังที่พาเด็กมาตรวจรักษา

.....

.....

6. ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาปัญหานี้มาก่อนหรือไม่
(ถ้าเคยระบุอายุที่เริ่มรักษา สถานที่รักษา การวินิจฉัยของแพทย์และการรักษา)
☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุ .....

▪ **ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต**

1. ที่ผ่านมาผู้ป่วยเคยมีประวัติการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล / ผ่าตัด / อุบัติเหตุ หรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....เมื่ออายุ.....ปี
2. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือไม่ เช่น โรคลมชัก หอบหืด โรคเลือด ฯลฯ
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
3. ขณะนี้ผู้ป่วยมียาที่กินเป็นประจำหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....รับยาจาก.....

▪ **ประวัติพัฒนาการ**

1. พัฒนาการ ☐ เดินได้เอง อายุ.....เดือน/ปี
☐ พูดคำแรกที่มีความหมาย(เช่น แม่,ยาย) อายุ.....เดือน/ปี
2. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
☐ มองหน้าสบตาคนที่พูดคุยด้วย เรียกแล้วหันมาหา
☐ เรียกไม่สนใจไม่หัน ไม่สบตา
☐ มองเฉพาะสิ่งที่เด็กสนใจ บางครั้งดูเหมือนมองทะลุผ่านคนที่ขวางอยู่ไป

3. การแสดงออกทางอารมณ์/การปรับตัว
   - ☐ เป็นเด็กอารมณ์ดี ร่าเริงแจ่มใส ☐ เป็นเด็กงอแง ร้องไห้ง่าย อารมณ์อ่อนไหว ขี้ขลาดขี้กลัว
   - ☐ เป็นเด็กหงุดหงิดง่าย ใจร้อน ขี้โมโห รอคอยไม่เป็น
   - ☐ เป็นเด็กกล้าเกินไป ไม่กลัวอันตราย ☐ เป็นเด็กซนมาก ไม่อยู่นิ่ง วิ่งไปมา
   - ☐ เป็นเด็กเอาแต่ใจ ระงับอารมณ์ไม่เป็น ต้องการอะไรจะเอาให้ได้ ขัดใจ ลงนอนหรือขว้างของ
   - ☐ ชอบเหม่อลอย มองเหม่ออย่างไร้จุดหมายเป็นเวลานานๆ
   - ☐ อื่นๆ .....
4. ด้านการเข้าใจคำสั่งและการพูดสื่อสาร
   - ☐ แสดงการรับรู้เมื่อเรียกชื่อ และทำตามคำสั่งได้
   - ☐ ไม่แสดงการรับรู้เมื่อเรียกชื่อ แต่ทำตามคำสั่งได้
   - ☐ บอกความต้องการได้ โดย
     - ☐ ส่งเสียงร้อง ☐ ชี้ไปสิ่งที่ต้องการ ☐ จูงมือพาไป ☐ พูดบอกความต้องการ
   - ☐ สามารถสื่อสารโต้ตอบได้เหมาะสม
   - ☐ ปัญหาการสื่อสาร
     - ☐ ไม่ส่งเสียงเลย ☐ ส่งเสียงไม่เป็นภาษา ฟังไม่รู้เรื่อง
     - ☐ ใช้ภาษาหรือคำพูดแปลกๆ ☐ พูดเฉพาะเรื่องที่ตนสนใจ
     - ☐ ตอบไม่ตรงคำถาม/ พูดคนละเรื่องกับคู่สนทนา/ ไม่ค่อยมองหน้าสบตาเวลาพูดคุย
     - ☐ ชอบพูดซ้ำๆ ถามคำถามซ้ำๆ ☐ ชอบพูดทวนคำ ☐ ไม่ค่อยพูดกับคนอื่น

▪ **ประวัติครอบครัว***

(*ให้บันทึกข้อมูลที่สำคัญของครอบครัว ใน Family tree ได้แก่ ชื่อ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ บุคลิกนิสัย สัมพันธภาพ บทบาทการดูแลของบิดา มารดา ญาติพี่น้อง และผู้ดูแลหลัก และข้อมูลอื่นๆ ของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย)

มารดาชื่อ..... อายุ.....ปี ระดับการศึกษา.....
อาชีพ..... รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

บิดาชื่อ..... อายุ.....ปี ระดับการศึกษา.....
อาชีพ..... รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลชื่อ.....อายุ.....ปี ระดับการศึกษา.....
อาชีพ..... รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

1. ลักษณะครอบครัว ☐ ครอบครัวเดี่ยว ☐ ครอบครัวขยาย ประกอบด้วย.....
   ☐ อื่นๆ ระบุ.....
2. สภาพสมรสของพ่อแม่ ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ แยกกันอยู่ ขณะผู้ป่วยอายุ.....ปี
3. บิดา/มารดาเป็นพี่น้อง หรือเครือญาติกันหรือไม่ ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น (ระบุ).....
4. ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่.....ในจำนวนพี่น้อง.....คน
5. ความสัมพันธ์ในครอบครัว

Family tree*

☐ชาย ○หญิง สัมพันธภาพ ▬▬▬ ผูกพันใกล้ชิด ——— ปกติ - - - - - - - - ห่างเหิน /\/\/\ ขัดแย้ง

*<u>หมายเหตุ</u> ให้บันทึกข้อมูลที่สำคัญของครอบครัว ใน Family tree ได้แก่ ชื่อ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ บุคลิกนิสัย สัมพันธภาพ บทบาทการดูแลของบิดา มารดา ญาติพี่น้อง และผู้ดูแลหลัก และข้อมูลอื่นๆ ของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของเด็ก

☐ ไม่มีปัญหา ทุกคนรักใคร่ ดูแลเอาใจใส่กันดี
☐ มีปัญหาภายในครอบครัว ระบุ.....
.....

6. ลักษณะการเลี้ยงดู.....

7. การทำหน้าที่ของครอบครัว*

การแก้ปัญหา (problem solving).....

.....

บทบาท (role).....

.....

การตอบสนองทางอารมณ์ และความผูกพันทางอารมณ์ (affective responsiveness and affective involvement)

.....

การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control).....

.....

การสื่อสาร (Communication) .....

.....

* รายละเอียดตามเอกสารแนบ เรื่อง การทำหน้าที่ของครอบครัว

8. ประวัติการใช้สารเสพติดในครอบครัว

☐ ไม่เคยใช้ ☐ ใช้ ระบุประเภท/ปริมาณ.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

9. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุโรค.....การรักษา.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

ผลต่อผู้ป่วย/ครอบครัว/การดูแล.....

10. เศรษฐานะ ☐ มีเหลือเก็บ ☐ พอใช้ ไม่เหลือเก็บ ☐ มีหนี้สิน ☐ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ☐ อื่นๆ.....

▪ **ประวัติการศึกษา**

1. ผลการเรียน .....
2. การย้ายโรงเรียน ☐ ไม่มี ☐ มี เนื่องจาก.....
3. ความสัมพันธ์กับเพื่อนและครู ☐ ไม่มีปัญหา ☐มีปัญหา คือ.....

ผู้สัมภาษณ์ .....

(.....)

ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์.....

วัน/เดือน/ปี.....

เวลา.....น.

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคออทิสติก

ชื่อ - สกุล.....HN.....

วันที่มารับบริการครั้งแรก.....อายุ.....ปี.....เดือน

การวินิจฉัยโรค.....

วัน/เดือน/ปี อายุ	DSM-V	TDSI					Medication	แบบประเมินอาการ			Vineland	ST	OT	Sp.Ed	IO Test	CGI	อื่น ๆ	สรุป
		GM	FM	RL	EL	PS												

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรคสมาธิสั้น

ชื่อ-สกุล..... HN.....

วันที่มารับบริการครั้งแรก.....อายุ.....ปี.....เดือน ชั้นเรียน.....

การวินิจฉัยโรค.....

วัน/เดือน/ ปี อายุ	ผู้ปกครอง			ครู			SNAP IV		SDQ		CDI	การรับประทานยา					การมาตามนัด		CGI-S	CGI-I	อื่นๆ (สหวิชาชีพ)
	Inatt 16	H/Im 14	ODD 12	Inatt 18	H/Im 11	ODD 18	ผ่าน	ไม่ผ่าน	(ภาพรวม) ปกติ	(ภาพรวม) เสี่ยงมีปัญหา		ไม่มียา	ต่อเนื่อง	ไม่ต่อเนื่อง (ระบุปัญหา)	อาการข้างเคียง ไม่มี	อาการข้างเคียง มี (ระบุอาการ)	ตามนัด	ไม่มาตามนัด (ระบุสาเหตุ)			

กรมอนามัยพิจิต
สถาบันโรงพยาบาล.....

แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรคสมองพิการ (Cerebral Palsy)

ชื่อ-สกุล .....ชื่อเล่น.....HN.....อายุ.....ปี.....เดือน วันที่มารับบริการครั้งแรก.....วันที่เริ่มเข้า CP clinic .....

วัน/เดือน/ปี	อายุ	ภาวะทุโภชนาการ		ADL (OT) POPI		ด้านภาษา (ST) (ภาษา 7 ระดับ)		การศึกษาพิเศษ (Sp.Ed.) ICF		การประเมินผู้ปกครอง/ผู้ดูแล Family Function (SW) CFI		วินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงโรค Mild Moderate Severe Profound ICF/CGI-S	อื่น ๆ - IPD caes - BM by PSY - IQ test / K ABC - ชุมชน / เครือข่าย - D/C case
		0 1 2 3	ผล	ระดับ	ผล	ระดับ	ผล	ระดับ	ไม่ได้เรียน / เรียน (ร.ร.)	ระดับ	ผล		

หมายเหตุ 1. ระดับความรุนแรงโรคพิจารณาตามเกณฑ์ของ International Classification of Functioning, Disablility and health (ICF) และเกณฑ์ของสหวิชาชีพ

2. การประเมินติดตามของสหวิชาชีพ 1.ผู้ป่วยอายุ ≤ 3 ปี ประเมินทุก 3-6 เดือน 2. ผู้ป่วยอายุมากกว่า 3 ปีขึ้นไป ประเมินทุก 6-12 เดือน

3. การประเมินระดับ บันทึกเป็น 1-mild 2-Miderate 3-Severe 4.Profound

4. การประเมินผล บันทึกเป็น ↑ ดีขึ้น เท่าเดิม ถดถอย

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรคซึมเศร้า

ชื่อ-สกุล..... HN.....

วันที่มารับบริการครั้งแรก.....อายุ.....ปี.....เดือน ชั้นเรียน.....

การวินิจฉัยโรค.....

วัน/เดือน/ปี อายุ	โรงเรียน					Comorbidity Dx	Anxiety Screening	Depressive Screening	ลักษณะอาการ					CGI	การรักษา						Family Assessment	อื่นๆ
		H	BMI	BP	PR				NSSI	SSI	Suicidal Idea	Suicidal Plan	Suicidal		Med	ADR	รับยา		Psychosocial TX	สุขภาพจิตผู้ปกครอง		
																	ต่อเนื่อง	ไม่ต่อเนื่อง				

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรค Down's Syndrome (อายุแรกเกิด – 5 ปี)

ชื่อ-สกุล ..... HN .....
วันที่มารับบริการครั้งแรก ..... อายุ ..... ปี ..... เดือน
การวินิจฉัยโรค .....

วัน/เดือน/ปี อายุ	DSM-V	DSI						การเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	ได้รับการตรวจสุขภาพตาม CPG Down
		GM	FM	RL	EL	PS	DSI index		

<u>หมายเหตุ</u> น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงอ้างอิงจาก กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต โดยระบุข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ อ้วน เริ่มอ้วน ท้วม สมส่วน ค่อนข้างผอม ผอม

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบบันทึกการติดตามการรักษาโรค Down's Syndrome (อายุ 6 – 18 ปี)

ชื่อ-สกุล ..... HN .....

วันที่มารับบริการครั้งแรก ..... อายุ ..... ปี ..... เดือน

การวินิจฉัยโรค .....

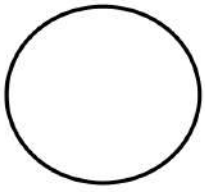
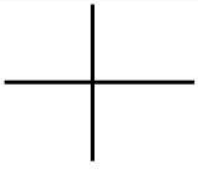
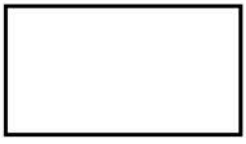
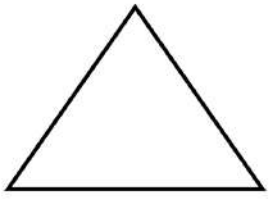
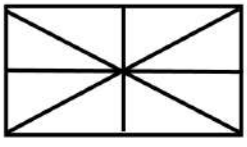
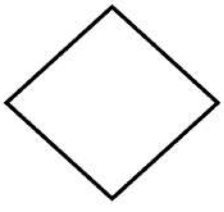
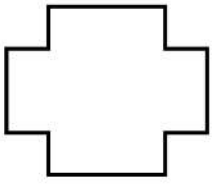
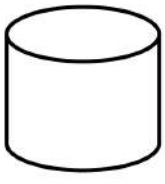
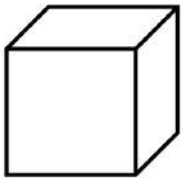
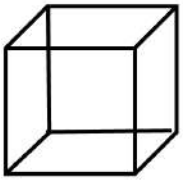
วัน/เดือน/ปี อายุ	DSM-V	POPI							น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	ได้รับการตรวจสุขภาพตาม CPG Down
		ด้านที่ 1	ด้านที่ 2	ด้านที่ 3	ด้านที่ 4	ด้านที่ 5	ด้านที่ 6	คะแนนรวม		

<u>หมายเหตุ</u> น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงอ้างอิงจาก กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต โดยระบุข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ อ้วน เริ่มอ้วน ท้วม สมส่วน ค่อนข้างผอม ผอม

แบบประเมินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

1. แบบทดสอบ Gesell Figure Drawing Test
2. แบบคัดกรองโรคในกลุ่มพัฒนาการผิดปกติอย่างรอบคอบสำหรับเด็กอายุ 1-4 ปี PDDSQ
3. แบบคัดกรองโรคในกลุ่มพัฒนาการผิดปกติอย่างรอบคอบสำหรับเด็กอายุ 4-18 ปี PDDSQ
4. แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form)
5. แบบสอบถามสำหรับเด็ก Sentence Completion Test (SCT)
6. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)
7. แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียนฉบับผู้ปกครองประเมินนักเรียน (SDQ)
8. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI)
9. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (แบบ PHQ-A)
10. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) , (9Q)
11. แบบทดสอบการติดเกม Game Addiction Screening Test-GAST (สำหรับเด็กและวัยรุ่น)
12. แบบทดสอบการติดเกม Game Addiction Screening Test-GAST (ผู้ปกครอง)

แบบทดสอบ Gesell Figure Drawing Test

รูปที่ 1 เด็ก 2 ขวบ 	รูปที่ 2 เด็ก 3 ขวบ 
รูปที่ 3 เด็ก 4 ขวบ 	รูปที่ 4 เด็ก 5 ขวบ 
รูปที่ 5 เด็ก 6 ขวบ 	รูปที่ 6 เด็ก 7 ขวบ 
รูปที่ 7 เด็ก 8 ขวบ 	รูปที่ 8 เด็ก 9 ขวบ 
รูปที่ 9 เด็ก 10 ขวบ 	รูปที่ 10 เด็ก 11 ขวบ 
รูปที่ 11 เด็ก 12 ขวบ 	

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบคัดกรองโรคในกลุ่มพัฒนาการผิดปกติอย่างรอบคอบ
สำหรับเด็กอายุ 1-4 ปี PDDSQ

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
ที่อยู่..... ..... โทรศัพท์.....
ผู้ตอบ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ญาติ/ผู้ดูแลเด็ก
โปรดทำเครื่องหมาย ☐ ในช่องสี่เหลี่ยมหลังข้อความแต่ละข้อ โดยเลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมของลูกท่านมากที่สุด

		ใช่/ทำบ่อยๆ	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
1.	ตอบสนอง เช่น หันมามอง ทันทีที่คุณเรียกชื่อเขา	☐	☐
2.	สามารถเล่นสมมุติเป็น เช่น ทำท่าป้อนอาหารให้ตุ๊กตา, เล่นขายของ หรือสมมุติในสิ่งอื่นๆ	☐	☐
3.	ชอบให้พ่อแม่ อุ้ม, กอด, หรือ จูบ	☐	☐
4.	ใช้นิ้วชี้ <u>ของเขาชี้</u> ไปที่สิ่งของเพื่อแสดงว่าเขาสนใจหรือต้องการของสิ่งนั้น	☐	☐
5.	สนใจ อยากเข้าไปเล่นกับเด็กคนอื่น เวลาไปโรงเรียนหรืออยู่ในสนามเด็กเล่น	☐	☐
6.	ปรับตัวยากต่อสิ่งใหม่ ๆ เช่น ไม่ยอมลองอาหารใหม่, ร้องไห้เวลาไปในที่ที่ไม่เคยไป	☐	☐
7.	ชอบที่จะเล่นคนเดียวหรืออยู่คนเดียวตามลำพัง	☐	☐
8.	เป็นเด็กหน้าเฉย, ไม่ค่อยแสดงอารมณ์	☐	☐
9.	ชอบพูดทวนคำที่คุณเพิ่งพูดจบบ่อยๆ	☐	☐
10.	ร้องไห้ อุดหู หรือ วิ่งหนีเวลาได้ยินเสียงดังๆ	☐	☐
11.	ยิ้มเวลาเห็นหน้าคุณ หรือ ยิ้มตอบเวลาเห็นคุณยิ้ม	☐	☐
12.	สามารถทำท่าทางเลียนแบบผู้ใหญ่ เช่น แต่งหน้า, หวีผม, โกนหนวด, เตรียมตัวไปทำงาน	☐	☐
13.	รู้จักแบ่งขนมหรือของเล่นให้เด็กคนอื่น	☐	☐
14.	วิ่งเข้ามาหาคุณเพื่อขอความช่วยเหลือ หรือให้คุณปลอบ เวลาได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ	☐	☐
15.	พยักหน้าหรือส่ายหน้า เพื่อบอกกับคุณว่า เอาหรือไม่เอา	☐	☐
16.	ทำท่าทางเหมือนไม่ได้ฟังคุณ เวลาคุณพูดกับเขา	☐	☐
17.	สนใจที่จะเล่นกับเด็กคนอื่นน้อยมาก	☐	☐
18.	ชอบทำตาลอย หรือจ้องมองโดยไร้จุดหมาย	☐	☐
19.	ชอบเอาของเล่นมาเรียงเป็นแถวเป็นแนว และจะโมโหมากถ้ามีใครมาจัดใหม่	☐	☐
20.	ยังบอกไม่ได้ว่าต้องการอะไร ไม่ว่าจะด้วยการพูดหรือชี้	☐	☐
21.	พยายามทำให้คุณสนใจในสิ่งที่เขากำลังทำอยู่ โดยการเรียกคุณ หรือยื่นของสิ่งนั้นให้คุณดู	☐	☐
22.	ตอบสนองอย่างเหมาะสม เช่น มองหน้า, สบตา, ยิ้มหรือยื่นของเล่นให้ เวลามีเด็กอื่นเดินเข้ามาหา	☐	☐
23.	เลียนแบบท่าทางคุณ เช่น แลบลิ้นตาม เวลาที่คุณแลบลิ้นใส่เขา	☐	☐
24.	มองหน้า สบตาคุณ เวลาคุณพูดคุยหรือเล่นกับเขา	☐	☐
25.	เวลาคุณชี้ให้เขาดูของที่น่าสนใจ เช่น เครื่องบิน ของเล่น เขามองตามทิศทางที่ชี้ไปได้อย่างถูกต้อง	☐	☐
26.	คุณเคยสงสัยว่าเขาอาจจะหูหนวก	☐	☐
27.	กิจวัตรประจำวันที่ทำให้เขา ต้องทำเหมือนๆ เดิม หรือมีรูปแบบเฉพาะตัวเปลี่ยนแปลงไม่ได้	☐	☐

		ใช่/ทำบ่อยๆ	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
28.	ทำท่าทางแปลกๆ ซ้ำๆ เช่น โยกตัว, เดินเขย่งเท้า, สะบัดมือ	☐	☐
29.	ดูเป็นเด็ก “เจ้าระเบียบ” มากกว่าเด็กคนอื่นในวัยเดียวกัน	☐	☐
30.	จับมือคุณไปหยิบของที่เขาอยากได้ โดยไม่มองหน้าคุณ	☐	☐
31.	ชอบเข้ามาแสดงความรักกับพ่อแม่ โดยการกอด, หอม, ซบอก	☐	☐
32.	ใช้นิ้วชี้ของเขาชี้ให้คุณมองของบางสิ่งบางอย่างที่อยู่ไกลออกไป	☐	☐
33.	ยิ้มให้พ่อแม่ เมื่อเห็นพ่อแม่มาแต่ไกล	☐	☐
34.	รู้จักปลอบเด็กคนอื่น เวลาเด็กคนอื่นไม่สบายใจ หรือได้รับบาดเจ็บ	☐	☐
35.	มองสิ่งของที่คุณกำลังมองอยู่ หรือสนใจในสิ่งเดียวกันกับสิ่งที่คุณกำลังสนใจ	☐	☐
36.	ชอบทำอะไรซ้ำๆ หรือพูดประโยคซ้ำๆ	☐	☐
37.	คุณเคยรู้สึกว่าลูกพูดช้า หรือเคยกังวลว่าทำไมลูกยังไม่พูดเสียที	☐	☐
38.	ดูไม่เดือดร้อน หรือไม่ค่อยสนใจว่าคุณกำลังอยู่หรือไม่อยู่กับเขา	☐	☐
39.	มีความสนใจในของเล่นไม่กี่ชิ้น หรือสิ่งต่างๆ ไม่กี่เรื่อง	☐	☐
40.	เล่นของเล่นไม่เป็น เช่น มักจะเอามาเคาะ, โยน, ถือไปมา หรือเอาเข้าปาก	☐	☐

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบคัดกรองโรคในกลุ่มพัฒนาการผิดปกติอย่างรอบคอบ
สำหรับเด็กอายุ 4-18 ปี PDDSQ

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

ผู้ตอบ ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ญาติ/ผู้ดูแลเด็ก

โปรดทำเครื่องหมาย ☐ ในช่องสี่เหลี่ยมหลังข้อความแต่ละข้อ โดยเลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมของลูกท่านมากที่สุด

		ใช่/ทำบ่อยๆ	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
1.	เลียนแบบกิริยาท่าทางของคนอื่นได้	☐	☐
2.	ชอบเก็บตัว หรือ อยู่คนเดียวตามลำพัง	☐	☐
3.	มีเพื่อนสนิท หรือเพื่อนที่เล่นด้วยกันบ่อยๆ	☐	☐
4.	รู้จักปลอบเด็กคนอื่น เวลาเด็กคนอื่นไม่สบายใจ หรือได้รับบาดเจ็บ	☐	☐
5.	ใช้ภาษาหรือคำพูดที่ฟังแล้วแปลกๆ	☐	☐
6.	ใช้คำพูดที่มีแต่ ตัวเขาเองเท่านั้น ที่เข้าใจความหมาย	☐	☐
7.	เป็นเด็กหน้าเฉย, ไม่ค่อยแสดงอารมณ์	☐	☐
8.	ชอบจำแต่สิ่งไร้สาระ หรือ สิ่งที่ไม่มีประโยชน์	☐	☐
9.	ใช้ภาษาที่ไม่ค่อยเหมาะสมกับกาละเทศะหรือผู้ฟัง	☐	☐
10.	รู้จักสงสารหรือเห็นอกเห็นใจผู้อื่น	☐	☐
11.	ชอบพูดวิจารณ์ หรือ แซวคนอื่นแรง ๆ ให้อับอาย	☐	☐
12.	ต้องการเข้าสังคม หรือเล่นกับเด็กคนอื่น แต่ไม่รู้จะเริ่มอย่างไร	☐	☐
13.	เล่นกับเด็กคนอื่นได้ แต่ต้องเล่นเฉพาะสิ่งที่ตัวเขาเองอยากเล่นเท่านั้น	☐	☐
14.	มีอารมณ์ขัน สามารถเข้าใจเรื่องตลกได้	☐	☐
15.	รู้ว่าอะไรสมควรทำ อะไรไม่สมควรทำ	☐	☐
16.	เล่นกีฬาที่ต้องเล่นเป็นทีม เช่น ฟุตบอล บาสเกตบอลได้ไม่ดี	☐	☐
17.	งุ่มง่าม, เงอะงะ, ซุ่มซ่าม มากกว่าเด็กคนอื่นในวัยเดียวกัน	☐	☐
18.	ชอบคิดอะไรซ้ำซาก, วนเวียนหรือทำอะไรซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้ง	☐	☐
19.	ไม่ยอมให้มีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่คุ้นเคย	☐	☐
20.	ผูกพันกับ สิ่งของ บางอย่างมากเป็นพิเศษ	☐	☐
21.	ถูกเด็กคนอื่นแกล้ง หรือถูกล้อเลียนบ่อยๆ	☐	☐
22.	ชอบถามคำถามเดิมซ้ำ ๆ	☐	☐
23.	คุณเคยรู้สึกว่าลูกพูดช้า หรือเคยกังวลว่าทำไมลูกยังไม่พูดเสียที	☐	☐
24.	ดูเป็นเด็ก “เจ้าระเบียบ” มากกว่าเด็กคนอื่นในวัยเดียวกัน	☐	☐
25.	ไม่ค่อยรับรู้ว่าคนอื่นกำลังคิดหรือรู้สึกอย่างไร	☐	☐
26.	สีหน้ามักไม่ไปด้วยกัน กับสิ่งที่เขากำลังพูด	☐	☐
27.	มีความสุขเวลาที่ได้อยู่คนเดียว มากกว่าเวลาอยู่เป็นกลุ่มกับคนอื่น	☐	☐
28.	ไม่ค่อยรู้ตัวว่ากำลังถูกเด็กคนอื่นหลอก หรือเอาเปรียบ	☐	☐

		ใช่/ทำบ่อยๆ	ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ
29.	สามารถบอกอารมณ์หรือความรู้สึกของตัวเองให้คนอื่นรู้ได้	☐	☐
30.	สามารถสังเกต เข้าใจสีหน้า และอารมณ์ของคนรอบข้าง	☐	☐
31.	ชอบพูดเฉพาะเรื่องที่ตัวเองสนใจ โดยไม่สังเกตว่าเพื่อนเริ่มเบื่อหรือไม่อยากฟัง	☐	☐
32.	ไม่ค่อยฟังเพื่อน ถ้าเพื่อนไม่ได้พูดในสิ่งที่เขาสนใจ	☐	☐
33.	มองหน้า สบตาผู้ฟังทุกครั้งเวลาพูดคุย	☐	☐
34.	เข้ากับเพื่อนได้ยาก แม้ว่าเขาจะพยายามอย่างเต็มที่	☐	☐
35.	มักถูกเด็กคนอื่นมองว่าเป็น “ตัวตลก หรือ ตัวประหลาด”	☐	☐
36.	ชอบเล่นเป็นกลุ่มกับเพื่อน	☐	☐
37.	ต่อต้าน ปรับตัวไม่ได้ เวลาที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ทำอยู่เป็นประจำ	☐	☐
38.	สนใจในสิ่งต่างๆ เพียงไม่กี่อย่าง	☐	☐
39.	เดินผ่าตรงกลาง ที่คนสองคนกำลังคุยกัน	☐	☐
40.	ตรงไปตรงมา ไม่รู้จักยืดหยุ่น	☐	☐

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form)

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ชั้นเรียน.....
ผู้ตอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็น.....วันที่ประเมิน.....
กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ว่าอาการในแต่ละข้อนั้นตรงกับลักษณะของเด็กที่ท่านประเมินเพียงใด

อาการขาดสมาธิ	(0) ไม่เลย	(1) เล็กน้อย	(2) ค่อนข้าง	(3) มาก	สำหรับเจ้าหน้าที่	
1. มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงานต่างๆ เช่น การบ้าน						
2. ทำอะไรนานๆ ไม่ได้						
3. ดูเหมือนไม่ค่อยฟังเวลามีคนพูดด้วย						
4. มักทำการบ้านไม่เสร็จ หรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ						
5. จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่างๆ ไม่เป็น						
6. มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนในการทำให้สำเร็จ						
7. ทำของหายบ่อยๆ เช่น ของเล่น, สมุดจดงาน, เครื่องเขียน ฯลฯ						
8. วอกแวกง่าย						
9. ขี้ลืม						
อาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น						
10.มือเท้ายุกยิก นั่งบิดไปบิดมา						
11.นั่งไม่ติดที่ ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียนหรือจากที่ที่ควรจะนั่งให้เรียบร้อย						
12.วิ่งหรือปีนป่ายมากเกิดควรอย่างไม่รู้กาลเทศะ						
13.เล่นหรือทำกิจกรรมเงียบๆ ไม่เป็น						
14.พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เหมือน “ติดเครื่อง” อยู่ตลอดเวลา						
15.พูดมาก						
16.มักโพล่งคำตอบออกมาก่อนจะฟังคำถาม						
17.ไม่ชอบรอคิว						
18.ชอบสอดแทรกผู้อื่น (เช่น พูดแทรกขณะผู้ใหญ่กำลังสนทนากัน)						
อาการดื้อต่อต้าน						
19.อารมณ์เสียง่าย						
20.ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่						
21.ไม่ยอมทำตามสิ่งที่ผู้ใหญ่สั่งหรือวางกฎเกณฑ์ไว้						
22.จงใจก่อกวนผู้อื่น						
23.มักตำหนิอื่นในสิ่งที่ตนทำผิด						
24.ขี้รำคาญ						
25.โกรธ บึ้งตึงเป็นประจำ						
26.เจ้าคิดเจ้าแค้น						

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบสอบถามสำหรับเด็ก Sentence Completion Test (SCT)

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

จงต่อประโยคเหล่านี้ให้จบสมบูรณ์โดยเติมข้อความที่เกิดจากความคิดแรกที่เกิดขึ้นทันที

1. คุณพ่อฉันเป็น .....
2. เมื่อฉันทำในสิ่งที่อยากทำไม่ได้ ฉัน .....
3. สิ่งที่ฉันต้องการทำมากทำมากที่สุดคือ .....
4. เมื่อโตขึ้น, ฉัน .....
5. ถ้าฉันเป็นหัวหน้า, ฉันจะ.....
6. คุณครูของฉันเป็น .....
7. ฉันรู้ว่ามันไร้สาระ, แต่ฉันก็กลัว.....
8. เพื่อนที่ดีที่สุดคือ .....
9. ฉันชอบ ..... มากที่สุด เพราะ .....
10. เมื่อฉันเป็นเด็ก .....
11. ฉันคิดว่าผู้หญิงส่วนใหญ่เป็น .....
12. เมื่อฉันเห็นคุณพ่อกับคุณแม่อยู่ด้วยกัน, ฉัน .....
13. ครอบครัวของฉันเป็น .....
14. ที่โรงเรียน ฉันเข้าได้ดีที่สุดกับ .....
15. คุณแม่ของฉัน .....
16. ฉันจะทำทุกอย่างเพื่อจะลืมเวลาที่ฉัน .....
17. ฉันแน่ใจว่าความปรารถนาของคุณพ่อของฉันจะ.....
18. สิ่งที่ฉันสามารถทำได้ดีที่สุดคือ.....
19. ฉันจะมีความสุขมากที่สุด ถ้า.....
20. เมื่อฉันโตขึ้นและมีงานทำแล้ว, ฉัน .....
21. ฉันชอบคุณพ่อ แต่.....
22. สิ่งที่ฉันอยากจะให้เกิดขึ้นมากที่สุดคือ .....
23. ในโรงเรียน คุณครูของฉัน .....
24. เพื่อนๆ ของฉันไม่รู้ว่าฉันกลัว .....
25. ฉันไม่ชอบคนที่.....
26. ฉันคิดว่าเด็กผู้ชายส่วนใหญ่ .....
27. เมื่อฉันโตขึ้นและแต่งงานแล้ว .....
28. ครอบครัวของฉันทำกับฉันเหมือน.....
29. เด็กอื่นๆ ในโรงเรียนเป็น .....
30. คุณแม่และฉัน .....
31. ความผิดครั้งใหญ่ของฉันคือ.....

32. เมื่อฉันป่วย, ฉัน .....
33. เมื่อฉันเห็นคุณครูกำลังมา .....
34. สิ่งที่แย่ที่สุดในตัวฉันคือ.....
35. เด็กที่ฉันชอบมากที่สุด คือ.....
36. เมื่อฉันคิดถึงเรื่องร่างกายของฉัน .....
37. คิดว่าคุณแม่ส่วนใหญ่ .....
38. สิ่งที่ทำให้เด็กผู้หญิงต่างจากเด็กผู้ชาย คือ .....
39. เมื่อฉันมีอายุมากขึ้น.....
40. ฉันชอบคุณแม่ของฉัน แต่.....
41. เมื่อฉันมีเรื่องกังวล, ฉัน .....
42. สิ่งที่แย่ที่สุดที่ฉันเคยทำ .....
43. เมื่อฉันรู้สึกไม่มีความสุข .....
44. สิ่งที่ฉันต้องการมากกว่าทุกอย่าง คือ.....
45. เมื่อคุณพ่อคุณแม่บอกให้ฉันทำอะไรบางอย่าง, ฉัน.....
46. เมื่อฉันไม่อยู่, เด็กอื่นๆจะ.....
47. เมื่อฉันอารมณ์เสีย, ฉัน .....
48. สิ่งที่ฉันใฝ่ฝันมากที่สุดคือ .....
49. ถ้าฉันขอได้ดั่งใจนึก ฉันจะขอ 3 อย่าง ดังต่อไปนี้
    1) .....
    2) .....
    3) .....

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง		
	3.ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน	2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน	1.กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน
1.พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง	ทำร้านตนเองรุนแรง เช่น มีรอยช้ำ มีรอย กรีดลึก เลือดออก หรือมีการบาดเจ็บอวัยวะภายในหรือหมดสติ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โขกศรีษะ ตัวเองเป็นรอย ขนาดเล็ก	
2.พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันจะฆ่าแก ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่น จนได้รับบาดเจ็บ เช่น ช้ำ เคล็ด บวม เกิดบาดแผล กระดูกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายในหรือหมดสติ ฯลฯ	ด่าคำหยาบคายใช้คำสกปรกรุนแรง แสดงท่าทางคุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าต่อยลม หรือกระชากคมเสื้อผู้อื่น พุ่งชน เตะ ผลัก หรือ ดึงผมผู้อื่นแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บ	หงุดหงิดส่งเสียงดังตะโกนด้วยความโกรธหรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง
3.พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็นอันตราย หรือจุดไฟเผา ฯลฯ	ขว้าง/เตะ/ทุบวัตถุ หรือสิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัดกระจาย

การแปลผลคะแนน :

การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรม เพียงค่ำเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมาย ดังนี้

1. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (Moderate) ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

2. เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อ ตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องการจัดการภายใน 2 ชั่วโมง

3. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องการจัดการทันที่ทันใด

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินพฤติกรรมนักเรียนฉบับผู้ปกครองประเมินนักเรียน (SDQ)

ชื่อ-สกุลนักเรียนที่ถูกประเมิน (นาย/นาง/นางสาว)..... ชั้น ม...../..... เลขที่ .....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย X ในช่องท้ายหัวข้อให้ครบทุกข้อ กรุณาตอบให้ตรงกับลักษณะของเด็กในช่วง 6 เดือน

พฤติกรรมประเมิน	ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง
1. ห่วงใยความรู้สึกคนอื่น	☐	☐	☐
2. อยู่ไม่นิ่ง นั่งนิ่งๆ ไม่ได้	☐	☐	☐
3. มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบาย	☐	☐	☐
4. เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน (ขนม, ของเล่น, ดินสอ เป็นต้น)	☐	☐	☐
5. มักจะอาละวาด หรือโมโหร้าย	☐	☐	☐
6. ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว	☐	☐	☐
7. เชื่อฟัง มักจะทำตามที่ผู้ใหญ่ต้องการ	☐	☐	☐
8. กังวลใจหลายเรื่อง ดูวิตกกังวลเสมอ	☐	☐	☐
9. เป็นที่พึ่งได้เวลาที่คนอื่นเสียใจ อารมณ์ไม่ดี หรือไม่สบายใจ	☐	☐	☐
10.อยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก	☐	☐	☐
11.มีเพื่อนสนิท	☐	☐	☐
12.มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น	☐	☐	☐
13.ดูไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย	☐	☐	☐
14.เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน	☐	☐	☐
15.วอกแวกง่าย สมาธิสั้น	☐	☐	☐
16.เครียด ไม่ยอมห่างเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้น และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง	☐	☐	☐
17.ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า	☐	☐	☐
18.ชองโกหก หรือขี้โกง	☐	☐	☐
19.ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียนหรือรักแก	☐	☐	☐
20.ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อแม่, ครู, เด็กคนอื่น)	☐	☐	☐
21.คิดก่อนทำ	☐	☐	☐
22.ขโมยของของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น	☐	☐	☐
23.เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเด็กวัยเดียวกัน	☐	☐	☐
24.ขี้กลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย	☐	☐	☐
25.ทำงานได้จนเสร็จ มีความตั้งใจในการทำงาน	☐	☐	☐

คุณมีความเห็นหรือความกังวลอื่นอีกหรือไม่.....

.....

คะแนนด้านที่ ๑ ☐ แปลผล.....

คะแนนด้านที่ ๒ ☐ แปลผล.....

คะแนนด้านที่ ๓ ☐ แปลผล.....

คะแนนด้านที่ ๔ ☐ แปลผล.....

รวมคะแนนทั้ง ๔ ด้าน ☐ แปลผล.....

คะแนนด้านที่ ๕ ความสามารถทางสังคม ☐ แปลผล.....

แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) ฉบับผู้ปกครองประเมิน

โดยรวมคุณคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่ :
ด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น

☐ ไม่ ☐ ใช่ มีปัญหาเล็กน้อย
☐ ใช่ มีปัญหาชัดเจน ☐ ใช่ มีปัญหาอย่างมาก

ถ้าตอบว่า “ไม่” ไม่ต้องตอบข้อต่อไป

ถ้าเธอตอบ “ใช่” กรุณาตอบข้อต่อไปนี้
ปัญหานี้เกิดขึ้นมานานเท่าไหร่แล้ว

☐ น้อยกว่า 1 เดือน ☐ 1 – 5 เดือน
☐ 6 – 12 เดือน ☐ มากกว่า 1 ปี

ปัญหานี้ทำให้เด็กรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย
☐ ค่อนข้างมาก ☐ มาก

ปัญหานี้รบกวนชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่

	ไม่	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
ความเป็นอยู่ที่บ้าน	☐	☐	☐	☐
การคบเพื่อน	☐	☐	☐	☐
การเรียนในห้องเรียน	☐	☐	☐	☐
กิจกรรมยามว่าง	☐	☐	☐	☐

ปัญหาของเด็กทำให้คุณหรือชั้นเรียนเกิดความยุ่งยากหรือไม่

☐ ไม่ ☐ เล็กน้อย
☐ ค่อนข้างมาก ☐ มาก

ลายเซ็น.....
พ่อ/แม่/อื่นๆ (โปรดระบุ).....
วัน/เดือน/ปี.....

คะแนนรวมแบบประเมินด้านหลัง ☐ แปลผล.....

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก

(Children's Depression Inventory: CDI)

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

เลือกประโยคที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดของท่านมากที่สุดระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยกา / ลงใน ☐

1.	☐ ก.ฉันรู้สึกเศร้านานๆ ครั้ง	☐ ข. ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง	☐ ค. ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา
2.	☐ ก.อะไรๆ ก็มีอุปสรรคไปเสียหมด	☐ ข.ฉันไม่แน่ใจว่าสิ่งต่างๆ จะเป็นไปได้ด้วยดี	☐ ค.สิ่งต่างๆ จะเป็นไปด้วยดีสำหรับฉัน
3.	☐ ก.ฉันทำอะไรๆ ได้ค่อนข้างดี	☐ ข.ฉันทำผิดพลาดหลายอย่าง	☐ ค.ฉันทำอะไรผิดพลาดไปหมด
4.	☐ ก.ฉันรู้สึกสนุกกับหลายสิ่งหลายอย่าง	☐ ข.ฉันรู้สึกสนุกกับบางสิ่งบางอย่าง	☐ ค.ไม่มีอะไรสนุกสนานเลยสำหรับฉัน
5.	☐ ก.ฉันทำตัวไม่ดีเสมอ	☐ ข.ฉันทำตัวไม่ดีบ่อยครั้ง	☐ ค.ฉันทำตัวไม่ดีนานๆครั้ง
6.	☐ ก.นานๆครั้งฉันจะคิดถึงสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นกับฉัน	☐ ข.ฉันวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับฉัน	☐ ค.จะต้องมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้นกับฉันแน่ๆ
7.	☐ ก.ฉันเกลียดตัวเอง	☐ ข.ฉันไม่ชอบตัวเอง	☐ ค.ฉันชอบตัวเอง
8.	☐ ก.สิ่งเลวร้ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน	☐ ข.สิ่งเลวร้ายหลายสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน	☐ ค.สิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นมักไม่ใช่ความผิดของฉัน
9.	☐ ก.ฉันไม่คิดจะฆ่าตัวตาย	☐ ข.ฉันคิดถึงการฆ่าตัวตาย	☐ ค.ฉันต้องการฆ่าตัวตาย
10.	☐ ก.ฉันรู้สึกอยากร้องไห้ทุกวัน	☐ ข.ฉันรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยครั้ง	☐ ค.ฉันรู้สึกอยากร้องไห้นานๆครั้ง
11.	☐ ก.ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจตลอดเวลา	☐ ข.ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจบ่อยครั้ง	☐ ค.ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจนานๆครั้ง
12.	☐ ก.ฉันชอบอยู่กับคนอื่น	☐ ข.ฉันไม่ค่อยชอบอยู่กับคนอื่น	☐ ค.ฉันไม่ต้องการอยู่กับใครเลย
13.	☐ ก.ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรต่างๆ ด้วยตัวเอง	☐ ข.ฉันตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ลำบาก	☐ ค.ฉันตัดสินใจเรื่องต่างๆได้ง่าย
14.	☐ ก.ฉันเป็นคนหน้าตาดี	☐ ข.ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ค่อยดี	☐ ค.ฉันเป็นคนหน้าตาน่าเกลียด
15.	☐ ก.ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักทุกครั้งที่ทำการบ้าน	☐ ข.ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักเวลาทำการบ้าน	☐ ค.การทำการบ้านไม่ใช่ปัญหาใหญ่สำหรับฉัน
16.	☐ ก.ฉันนอนไม่หลับทุกคืน	☐ ข.ฉันนอนไม่หลับหลายคืน	☐ ค.ฉันนอนหลับสบาย
17.	☐ ก.ฉันรู้สึกเหนื่อยนานๆครั้ง	☐ ข.ฉันรู้สึกเหนื่อยบ่อยครั้ง	☐ ค.ฉันรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
18.	☐ ก.มีหลายวันที่ฉันไม่รู้สึกอยากกินอาหาร	☐ ข.มีบางวันที่ฉันไม่รู้สึกอยากกินอาหาร	☐ ค.ฉันกินอาหารได้ดี
19.	☐ ก.ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยตลอดเวลา	☐ ข.ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง	☐ ค.ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยตลอดเวลา
20.	☐ ก.ฉันไม่รู้สึกเหงา	☐ ข.ฉันรู้สึกเหงาบ่อยๆ	☐ ค.ฉันรู้สึกเหงาตลอดเวลา
21.	☐ ก.ฉันไม่รู้สึกสนุกเลย เวลาอยู่ที่โรงเรียน	☐ ข.ฉันรู้สึกสนุกนานๆครั้ง เวลาอยู่ที่โรงเรียน	☐ ค.ฉันรู้สึกสนุกบ่อยครั้ง เวลาอยู่ที่โรงเรียน
22.	☐ ก.ฉันมีเพื่อนมาก	☐ ข.ฉันมีเพื่อนไม่กี่คน และอยากมีมากกว่า	☐ ค.ฉันไม่มีเพื่อนเลย
23.	☐ ก.การเรียนของฉันอยู่ในขั้นใช้ได้ดี	☐ ข.การเรียนของฉันไม่ค่อยดีเหมือนเมื่อก่อ	☐ ค.การเรียนของฉันแย่ลงมาก
24.	☐ ก.ฉันทำอะไรไม่ได้ดีเท่าคนอื่น	☐ ข.ฉันทำอะไร ได้ดีเท่าคนอื่น ถ้าฉันพยายาม	☐ ค.ฉันทำได้ดีพอๆ กับคนอื่นๆอยู่แล้วในขณะที่
25.	☐ ก.ไม่มีใครรักฉันจริง	☐ ข.ฉันไม่แน่ใจว่ามีใครรักฉันหรือเปล่า	☐ ค.ฉันไม่เคยทำตามคำสั่ง
26.	☐ ก.ฉันทำตามคำสั่งที่ได้รับเสมอ	☐ ข.ฉันไม่ทำตามคำสั่งบ่อยครั้ง	☐ ค.ฉันไม่เคยทำตามคำสั่ง
27.	☐ ก.ฉันเข้ากับคนอื่นได้ดี	☐ ข.ฉันทะเลาะกับคนอื่นบ่อยครั้ง	☐ ค.ฉันทะเลาะกับคนอื่นตลอดเวลา

การให้คะแนนและการแปลผลแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก
(Children's Depression Inventory: CDI)

การให้คะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ

1	3	4	6	9	12	14	17	19	20	22	23	26	27

แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

ก.ให้ 0 คะแนน

ข.ให้ 1 คะแนน

ค.ให้ 2 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ

2	5	7	8	11	13	15	16	18	21	24	25

แต่ละข้อให้คะแนน ดังนี้

ก.ให้ 2 คะแนน

ข.ให้ 1 คะแนน

ค.ให้ 1 คะแนน

ทั้งนี้ แต่ละข้อคำถามจะให้คะแนนตามความรุนแรงของอาการ ในแต่ละข้อ ดังนี้

คะแนน **0** หมายถึง **ไม่มีอาการเศร้าเลย**

คะแนน **1** หมายถึง **มีอาการบ่อย**

คะแนน **2** หมายถึง **มีอาการตลอดเวลา**

การแปลผล

เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ปกติดังนี้

คะแนนรวมสูงกว่า 15 ขึ้นไป จากการคัดกรองถือว่า "มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก"

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

(Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A)

อายุ .....ปี เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปี.....

คำชี้แจง: ในช่วง **2 สัปดาห์**ที่ผ่านมา คุณมีอาการต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน?

โปรดกาเครื่องหมาย "✓" ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด

	(0) ไม่มีเลย	(1) มีบางวัน	(2) มีมากกว่า 7 วัน	(3) มีแทบทุกวัน
1. รู้สึกซึม เศร้า หงุดหงิด หรือสิ้นหวัง				
2. เบื่อ ไม่ค่อยสนใจหรือไม่เพลิดเพลิน เวลาทำสิ่งต่างๆ				
3. นอนหลับยาก รู้สึกง่วงทั้งวัน หรือนอนมากเกินไป				
4. ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด หรือกินมากกว่าปกติ				
5. รู้สึกเหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีพลัง				
6. รู้สึกแย่กับตัวเอง หรือรู้สึกว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตัวเอง หรือครอบครัวผิดหวัง				
7. จดจ่อกับสิ่งต่างๆ ได้ยาก เช่น ทำการบ้าน อ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์				
8. พูดหรือทำอะไรช้าลงมากจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือในทางตรงกันข้าม คือ กระสับกระส่ายหรือกระวนกระวาย จนต้องเคลื่อนไหวไปมามากกว่าปกติ				
9. คิดว่าถ้าตายไปเสียจะดีกว่า หรือคิดจะทำร้ายตัวเองด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง				
รวมคะแนน				

ใน **1 เดือน**ที่ผ่านมา มีช่วงไหนที่คุณมีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจังหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ไม่ใช่
ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

คำถาม	มี	ไม่มี
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทาอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

การแปรผล

☐ ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ **ไม่เป็นโรคซึมเศร้า**

☐ ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง **"เป็นผู้มีความเสี่ยง" หรือ "มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า" ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q**

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7วัน	เป็นทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทาอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทาอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พูดช้า ทาอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทาร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				

คะแนนรวม	การแปรผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบทดสอบการติดเกม Game Addiction Screening Test-GAST
(สำหรับเด็กและวัยรุ่น)

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ข้อคำถาม	ไม่ใช่เลย (0 คะแนน)	ไม่น่าจะใช่ (1 คะแนน)	น่าจะใช่ (2 คะแนน)	ใช่เลย (3 คะแนน)
ตั้งแต่ฉันชอบเล่นเกม.... 1. .....ฉันสนใจหรือทำกิจกรรมอย่างอื่นน้อยลงมาก	○	○	○	○
2. .....ฉันมักเล่นเกมจนลืมเวลา	○	○	○	○
3. .....ความสัมพันธ์ระหว่างฉันกับคนในครอบครัวแย่ลง	○	○	○	○
4. .....ฉันเคยเล่นเกมดึกมาก จนทำให้ตื่นไปเรียนไม่ไหว	○	○	○	○
5. .....ฉันมักเล่นเกมเกินเวลาที่ฉันได้รับอนุญาตให้เล่น	○	○	○	○
6. .....ฉันมักอารมณ์เสียเวลามีใครมาบอกให้เลิกเล่นเกม	○	○	○	○
7. .....ฉันเคยโดยเรียนเพื่อไปเล่นเกม	○	○	○	○
8. .....เรื่องที่ฉันคุยกับเพื่อน ๆ มันเป็นเรื่องเกี่ยวกับเกม	○	○	○	○
9. .....ฉันใช้เวลาว่างส่วนใหญ่ไปกับการเล่นเกม	○	○	○	○
10. .....การเรียนของฉันแย่ลงกว่าเดิมมาก	○	○	○	○
11. .....กลุ่มเพื่อนที่ฉันคบด้วย ชอบเล่นเกมเหมือนกับฉัน	○	○	○	○
12. .....เวลาที่ฉันพยายามหักห้ามใจตัวเองไม่ให้เล่นเกมมาก ฉันมักทำไม่สำเร็จ	○	○	○	○
13. .....เงินของฉันส่วนใหญ่หมดไปกับเกม (เช่น ซื้อบัตรชั่วโมง, ซื้อหนังสือเกม, ซื้อไอเท็มในเกม ฯลฯ)	○	○	○	○
14. .....หลายคนบอกว่า อามรมณ์ของฉันเปลี่ยนไป (เบื่อง่าย, หงุดหงิดง่าย, ขี้รำคาญ ฯลฯ)	○	○	○	○
15. .....หลายคนบอกว่า พฤติกรรมของฉันเปลี่ยนไป (เถียงเก่ง, ไม่เชื่อฟัง, ไม่รับผิดชอบ ฯลฯ)	○	○	○	○
16. .....หลายคนบอกว่าฉันติดเกม	○	○	○	○
รวมคะแนน		A	B	C

การให้คะแนน

ให้คะแนนแต่ละข้อคำ **คะแนนรวมทั้งหมด A+B+C =** ☐

- ไม่ใช่เลย ให้ 0 คะแนน
- ไม่น่าใช่ ให้ 1 คะแนน
- น่าจะใช่ ให้ 2 คะแนน
- ใช่เลย ให้ 3 คะแนน

เมื่อให้คะแนนครบทุกข้อแล้ว ให้รวมคะแนนในแต่ละคอลัมน์ โดยนำคะแนนรวมในคอลัมน์ “ไม่น่าใช่” ใส่ไว้ในช่อง A คะแนนรวมในคอลัมน์ “น่าจะใช่” ใส่ไว้ในชอง B และคะแนนรวมในคอลัมน์ “ใช่เลย” ใส่ไว้ในช่อง C หลังจากนั้นจึงคิดคะแนนรวมทั้งหมด โดยรวมคะแนนในช่อง A, B และ C เข้าด้วยกัน

การแปลผล

ผู้ชาย

คะแนนรวมของแบบทดสอบ GAST	กลุ่ม	ระดับความรุนแรงของปัญหา
คะแนนต่ำกว่า 24	ปกติ	ยังไม่มีปัญหาในการเล่มเกม
คะแนนระหว่าง 24- 32	คลั่งใคล้	เริ่มมีปัญหาในการเล่มเกม
คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 33	น่าจะติดเกม	มีปัญหาในการเล่มเกมมาก

ผู้หญิง

คะแนนรวมของแบบทดสอบ GAST	กลุ่ม	ระดับความรุนแรงของปัญหา
คะแนนต่ำกว่า 16	ปกติ	ยังไม่มีปัญหาในการเล่มเกม
คะแนนระหว่าง 16 - 22	คลั่งใคล้	เริ่มมีปัญหาในการเล่มเกม
คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23	น่าจะติดเกม	มีปัญหาในการเล่มเกมมาก

ค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ของแบบทดสอบการติดเกมฉบับเด็กและวัยรุ่น

แบบทดสอบ GAST	จุดตัด คะแนน (cot-off point)	ค่าความไว (sensitivity)	ค่า ความจำเพาะ (specificity)	Likelihood Ratio
ฉบับเด็กและวัยรุ่น (ผู้ชาย)	>= 24	68.5	89.3	6.4
ฉบับเด็กและวัยรุ่น (ผู้หญิง)	>= 16	88.2	88.3	7.6

กรมสุขภาพจิต
สถาบัน/โรงพยาบาล.....

แบบทดสอบการติดเกม Game Addiction Screening Test-GAST (ผู้ปกครอง)

วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....น.

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ข้อคำถาม	ไม่ใช่เลย (0 คะแนน)	ไม่น่าจะใช้ (1 คะแนน)	น่าจะใช้ (2 คะแนน)	ใช่เลย (3 คะแนน)
ตั้งแต่ลูกชอบเล่นเกม.... 17. .....ลูกสนใจหรือทำกิจกรรมอย่างอื่นน้อยลงมาก	○	○	○	○
18. .....ลูกมักเล่นเกมจนลืมเวลา	○	○	○	○
19. .....ความสัมพันธ์ระหว่างลูกกับคนในครอบครัวแย่ลง	○	○	○	○
20. .....ลูกเคยเล่นเกมดึกมาก จนทำให้ตื่นไปเรียนไม่ไหว	○	○	○	○
21. .....ลูกมักเล่นเกมเกินเวลาที่ฉันอนุญาตให้เล่น	○	○	○	○
22. .....ลูกมักอารมณ์เสียเวลาที่ฉันบอกให้เลิกเล่นเกม	○	○	○	○
23. .....ลูกเคยหนีเรียนเพื่อไปเล่นเกม	○	○	○	○
24. .....เรื่องที่ลูกคุยกับเพื่อน ๆ มันเป็นเรื่องเกี่ยวกับเกม	○	○	○	○
25. .....ฉันใช้เวลาว่างส่วนใหญ่ไปกับการเล่นเกม	○	○	○	○
26. .....การเรียนของลูกแย่ลงกว่าเดิมมาก	○	○	○	○
27. .....กลุ่มเพื่อนที่ลูกคบด้วย ชอบเล่นเกมเหมือนกับลูก	○	○	○	○
28. .....เวลาที่ฉันห้ามลูกไม่ให้เล่นเกมมาก ลูกมักทำไม่ได้	○	○	○	○
29. .....ลูกใช้เงินส่วนใหญ่หมดไปกับเกม (เช่น ซื้อบัตรชั่วโมง, ซื้อหนังสือเกม, ซื้อสิ่งของในเกม ฯลฯ)	○	○	○	○
30. .....อามรมณ์ของลูกเปลี่ยนไป (เบื่อง่าย, หงุดหงิดง่าย, ขี้รำคาญ ฯลฯ)	○	○	○	○
31. .....พฤติกรรมของลูกเปลี่ยนไป (เถียงเก่ง, ไม่เชื่อฟัง, ไม่รับผิดชอบ ฯลฯ)	○	○	○	○
32. .....ฉันคิดว่า ลูกฉันติดเกม	○	○	○	○
รวมคะแนน		A	B	C

คะแนนรวมทั้งหมด A+B+C = ☐

การให้คะแนน

ให้คะแนนแต่ละข้อคำถามดังนี้

- ไม่ใช่เลย ให้ 0 คะแนน
- ไม่น่าใช่ ให้ 1 คะแนน
- น่าจะใช่ ให้ 2 คะแนน
- ใช่เลย ให้ 3 คะแนน

เมื่อให้คะแนนครบทุกข้อแล้ว ให้รวมคะแนนในแต่ละคอลัมน์ โดยนำคะแนนรวมในคอลัมน์ “ไม่น่าใช่” ใส่ไว้ในช่อง A คะแนนรวมในคอลัมน์ “น่าจะใช่” ใส่ไว้ในชอง B และคะแนนรวมในคอลัมน์ “ใช่เลย” ใส่ไว้ในช่อง C หลังจากนั้นจึงคิดคะแนนรวมทั้งหมด โดยรวมคะแนนในช่อง A, B และ C เข้าด้วยกัน

การแปลผล

คะแนนรวมของแบบทดสอบ GAST	กลุ่ม	ระดับความรุนแรงของปัญหา
คะแนนต่ำกว่า 20	ปกติ	ยังไม่มีปัญหาในการเล่มเกม
คะแนนระหว่าง 20 - 29	คลั่งใคล้	เริ่มมีปัญหาในการเล่มเกม
คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 30	น่าจะติดเกม	มีปัญหาในการเล่มเกมมาก

ค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ของแบบทดสอบการติดเกมฉบับผู้ปกครอง

แบบทดสอบ GAST	จุดตัด คะแนน (cot-off point)	ค่าความไว (sensitivity)	ค่า ความจำเพาะ (specificity)	Likelihood Ratio
ฉบับผู้ปกครอง	>= 20	91.6	88.2	7.8

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2563). คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline) 2563. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสซิ่ง จำกัด.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2562). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital and Healthcare Standards (ฉบับที่ 4). นนทบุรี : บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด.

ภาคผนวก

รายชื่อที่ปรึกษา วิทยากร และคณะทำงาน

➢ **ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวนและพัฒนาเอกสารในชุดเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร**

ระยะที่ 1	**วันที่**	**4-6**	**มีนาคม**	**2562**
ระยะที่ 2	**วันที่**	**4-5**	**เมษายน**	**2562**
ระยะที่ 3	**วันที่**	**1-3**	**กรกฎาคม**	**2562**

➢ **ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำเอกสารชุดเวชระเบียน สำหรับผู้ป่วยจิตเวช ในสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต ณ ห้องประชุม 4 อาคาร 1 ชั้น 4 กรมสุขภาพจิต ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ระหว่างวันที่ 24 - 25 มีนาคม 2564**

ที่ปรึกษา และวิทยากร

1. แพทย์หญิงศุภรัตน์	เอกอัศวิน	สถาบันราชานุกูล
2. นายแพทย์ปริทรรศ	ศิลปกิจ	โรงพยาบาลสวนปรุง
3. นายแพทย์บุรินทร์	สุรอรุณสัมฤทธิ์	กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต
4. แพทย์หญิงนพวรรณ	ศรีวงค์พานิช	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
5. นายแพทย์วรวัฒน์	ไชยชาญ	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
6. นายแพทย์ณัฐ	ไกรภัสสร์พงษ์	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
7. แพทย์หญิงวรินทิพย์	สว่างศรี	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
8. แพทย์หญิงธนียา	วงศ์จงรุ่งเรือง	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
9. แพทย์หญิงจอมสุรางค์	โพธิสัตย์	โรงพยาบาลศรีธัญญา
10. นางวิลาสินี	หร่ายลอย	โรงพยาบาลศรีธัญญา
11. นางเสาวลักษณ์	สุวรรณไมตรี	ข้าราชการบำนาญ
12. นางเพลิน	เสี่ยงโชคอยู่	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
13. นายโสภณ	คำจันทร์	กองบริหารทรัพยากรบุคคล
14. นางเสาวนีย์	ภิญโญ	สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ

คณะทำงาน

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

1. นางเพชรี	คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
2. นางเสาวภา	เจริญธนะจินดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
3. นางศันสนีย์	ประชุมศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นางอุ่นจิตร	คุณารักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5. นางสาววริศรา	ใจคำปัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6. นางสาวศิริลดา	เลิศวิบูลย์อนันต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
7. นางสาวอัญชลี	บุตรดีชัย	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

โรงพยาบาลศรีธัญญา

8. นางสาวนัยนา	ธนุนาจารย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
9. นางปาริชาติ	พาหนองแวง	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
10. นางสาวกนกพร	กวินแก้วโกศล	นักกิจกรรมบำบัดปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสวนปรุง

11. นางพัทธยา	สอาดอาวุธ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
12. นางปพิชญา	แสงเอื้ออังกูร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

13. นางพันธ์ทิพย์	โกศัลวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
14. นายวิชัย	โลนะจิตร	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

15. นางรักษิณา	กลับรินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
16. นางสุภาคินี	ใจห้าว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
17. นางวันดี	กุลพงษ์	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

18. นางกัลนิกา	ศรีวงค์วรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
19. นางเพ็ญพุฒ	คงพาณิชย์ตระกูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
20. นางดวงจันทร์	บัวคลี่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
21. นางอนุลักษณ์	ไถวสินธุ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
22. นางกฤษณา	อาคา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
23. นางสาวภาวินี	บุตรแสน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

24. นางศิริภรณ์	ชัยศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
25. นายสันทัด	ธีรพัฒนพงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
26. นางวิภา	สุคนธ์พงศ์	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

27. นางสาวจิดารัตน์	พิมพ์ดีด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
28. นางเยาวภา	ไตรพฤกษชาติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
29. นางสาวพนิดา	ชาปัญญา	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

30. นางสาวปรินดา	สุวรรณบุบผา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
31. นางจรรยา	พุทธวาศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
32. นางชุติมา	อนุกูล	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

33. แพทย์หญิงวิโรษณา	นิวบุตร	นายแพทย์ชำนาญการ
34. นางธิดาเดือน	ดอนจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
35. นางณภาลัย	ไชยะโอชะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

36. นายลวิญญ์วิชญพงศ์	ภูมิจีน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
37. นางพิมจันทร์	ภูแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
38. นางสาวสุนิสสา	พันธ์สงวนสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

39. นายณรงค์	ตั้งวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
40. นางสาวณัฏฐพัชร	สุนทโรวิทย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

41. นางสาวพัชรี	วัฒนาเมธี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
42. นางอรสา	มณีกลัด	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ

สถาบันราชานุกูล

43. นางเกศยุพี	วัฒนะธนากร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
44. นางภาวินี	บุญสวรรค์ส่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
45. นางสาวศรัณย์พร	สัจจะบันดาลใจ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ
46. นางสาวธัสร์สอร	กลางประพันธ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
47. นายประจักษณ์	พุกสภา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
48. นายนิพนธ์	วันศรี	นักวิชาการสถิติ

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

49. นายแพทย์อรรจน์	เหรงลวรัสถ์	นายแพทย์ชำนาญการ
50. แพทย์หญิงบุรนาถ	รุ่งลักษมีศรี	นายแพทย์ชำนาญการ
51. แพทย์หญิงอรรัตน์	เชาว์กุลจรัสศิริ	นายแพทย์ปฏิบัติการ
52. นางสาวอรอุมา	รูปขาดี	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
53. นางสาวรัชดาภรณ์	ตองอ่อน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
54. นางสาวชลพิชา	เสนาะจิตร์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
55. นางสาวโสรดา	วงศ์สร้อย	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
56. นางสาวพิพัฒนา	อนันติโย	นักกิจกรรมบำบัด
57. นางสาวราเพย	ระมาด	เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน
58. นางสาวกวิตา	อิระดำเกิง	เจ้าพนักงานเวชสถิติปฏิบัติการ

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

59. แพทย์หญิงสุวรรณทิพย์	พัชรานุรักษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
60. นางสาวจุฬาภรณ์	สมใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
61. นางสาวภานิชา	วงศ์เขียว	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

62. นางน้ำเพชร	รัตนโกสัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
63. นางสาวมณีรัตน์	บุญศรี	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
64. นางสาววรวรรณ	ปั้นทอง	นักวิชาการสถิติ

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

65. นางสาววันวิสาข์	ปักษีเลิศ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
66. นางสาวสุภาพร	โลมาบุตร	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

67. นายณรงค์ศักดิ์	พุทธประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

68. นางสาวชิดชนก	โอภาสวัฒนา	นักสังคมสงเคราะห์เชี่ยวชาญ
69. นางธัญลักษณ์	แก้วเมือง	นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการพิเศษ
70. นางสาวภูษณิศา	ชัยวิรัตน์นุกูล	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
71. นางสาวพรพิมล	นาอ่อน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
72. นางสาวพูลสวัสดิ์	เที่ยงหนู	นักวิชาการสาธารณสุข
73. นางสาวปวราย์	ต้นทารส	นักวิชาการสาธารณสุข
74. นางสิรามล	หฤทัย	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
75. นางณัฐธยาน์	พงษ์พียะ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
76. นางณฐิณี	พลถาวร	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ
77. นางสาวสุวิมล	อู่เงิน	พนักงานธุรการ ส 4
78. นางสาวสนั่น	มั่นนุช	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
79. นายณัฐนินทร์	ศรีบุญรอด	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
80. นางสาวภรณ์ทิพย์	เชิดชูสุวรรณ	นักจัดการงานทั่วไป
81. นายณัชพงศ์	ปานพิมพ์	นักจัดการงานทั่วไป
82. นางสาวนิศาลักษณ์	บุญไทย	นักวิชาการสาธารณสุข
83. นางสาวเบญจภรณ์	ร้องบุญลือ	นักวิชาการสาธารณสุข

➢ **ประชุมเชิงปฏิบัติเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติด้านการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยานำสลบ ณ ห้องประชุมชั้น 8 อาคารราชสาทิส สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 28-30 มิถุนายน 2564 (ผ่านระบบสื่อสารทางไกล)**

วิทยากร

1. นายแพทย์ปิยดิถิ์	เจริญสุข	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. นางวิภา	วณิชกิจ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
3. นางพรทิพย์	พิมพ์สมาน	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
4. นางสาววริศรา	ใจคำปัน	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
5. นายแพทย์ณัฐ	ไกรภัสสร์พงษ์	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
6. นายแพทย์ธนวัฒน์	ขุราษี	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

คณะทำงาน

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

7. นางสาวโสรยา	ศุภโรจนี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
8. นางสาววริศรา	ใจคำปัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
9. นางสาวสมใจ	คำพอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
10. นางดนิตา	อ้อชัยภูมิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
11. นางสาวนารีรัตน์	ทองยินดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
12. นางสาวศิริลดา	เลิศวิบูลย์อนันต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
13. นางสาวเบญญภา	เสวกโกเมต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

14. นางสาวศิริพรรณ	ธนันชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

15. นางสาวรสริน	นามวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
16. นางสาวศิริจันทร์	สุขใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
17. นางสโรชาลักษณ์	ทิณพัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
18. นางนภัสกร	สนุกพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
19. นางสาวกชกร	กากแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลศรีธัญญา

20. นางสาวกันตรัตน์	เสท์ทัศน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
21. นางปัณฑารีย์	ประสาทศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

22. นายดนัย	ประดับศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

23. นางดวงใจ	พลงาม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
24. นายศรายุทธ	ไชยสุทัศน์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

โรงพยาบาลสวนปรุง

25. นางสาวสมควร	วรรณมณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
26. นางวราภรณ์	ไชยเพียร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
27. นางสาวเกษรินทร์	พวงมาลัย	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
28. นางสาวณัชชา	เบี้ยแก้วกระจ่าง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

29. นางสาวจิตรา	จุ้นเช้ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
30. นายอนุชา	พุทธิมา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

31. นางปรารถนา	คำมีสีนนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
32. นายไพรวัลย์	ร่มซ้าย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
33. นางกุลิสรา	ไตรสิริโชค	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
34. นางสาวปโยธรณ์	สิ่วสำแดง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
35. นายอภิสิทธิ์	วงศ์จำปา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
36. นางจิตภินันท์	บาสซอตติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
37. นายวิทยา	จันปัญญา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์

38. นางสาวเบ็ญจา	นิ่มนวล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
39. นางกัญญาภัทร	ปิ่นเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

40. นางสมจิตร	พี่พิมาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
41. นางเตือนใจ	กล้ามกะโทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
42. นางคณิตา	ประมาคะโม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
43. นายเมษา	สุพรรณรัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
44. นางสาวอณิมา	จันทรแสน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
45. นางสาวอังศุมน	พืชทองหลวง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

46. นางจันทนา	เทศวัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
47. นางสาวจิรพร	นวลศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
48. นางสาวกรวิการ์	ขุนเมือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
49. นางจำปา	สุทธิรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
50. นางปานทิพย์	พรมชัย	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ