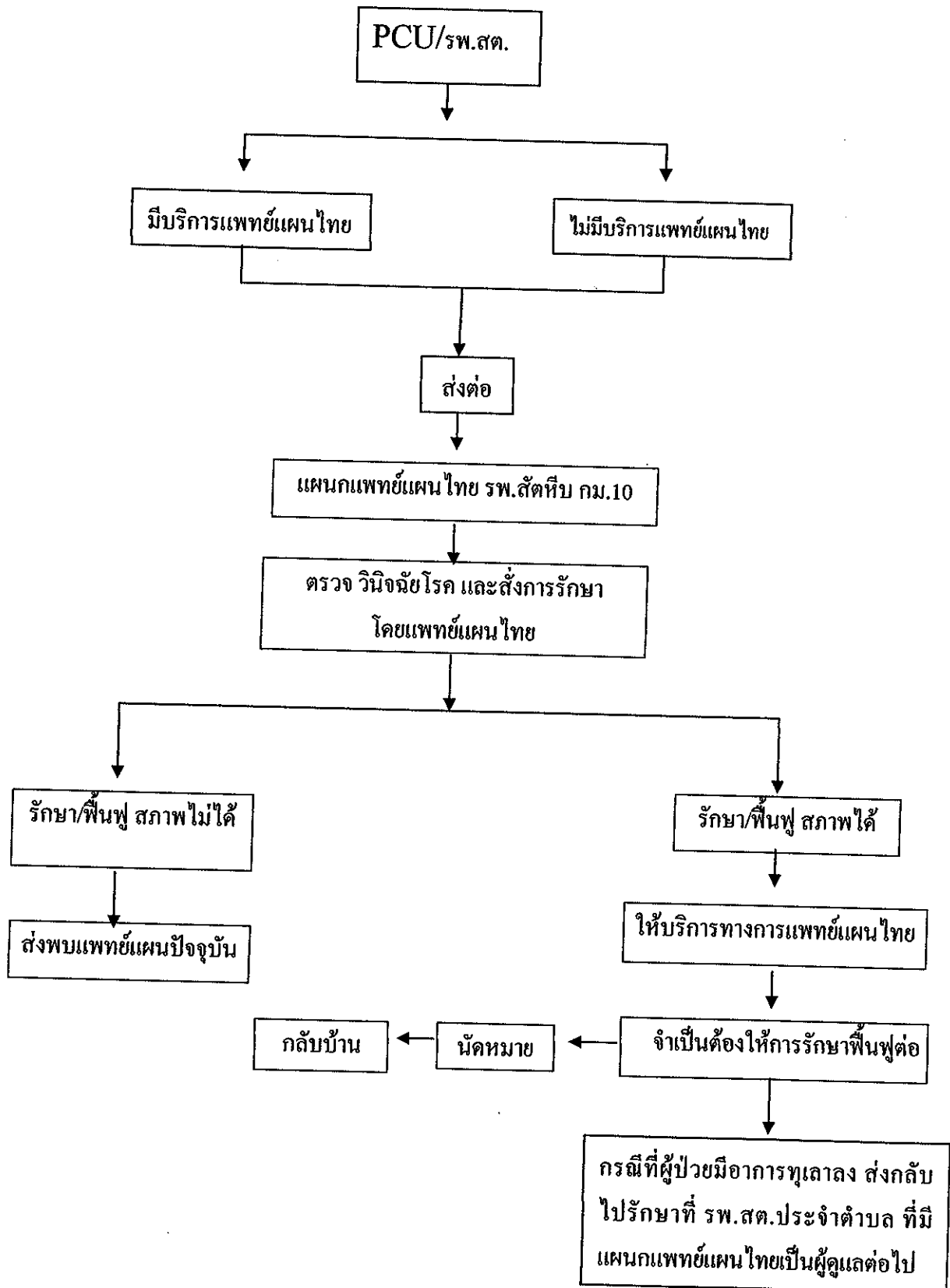
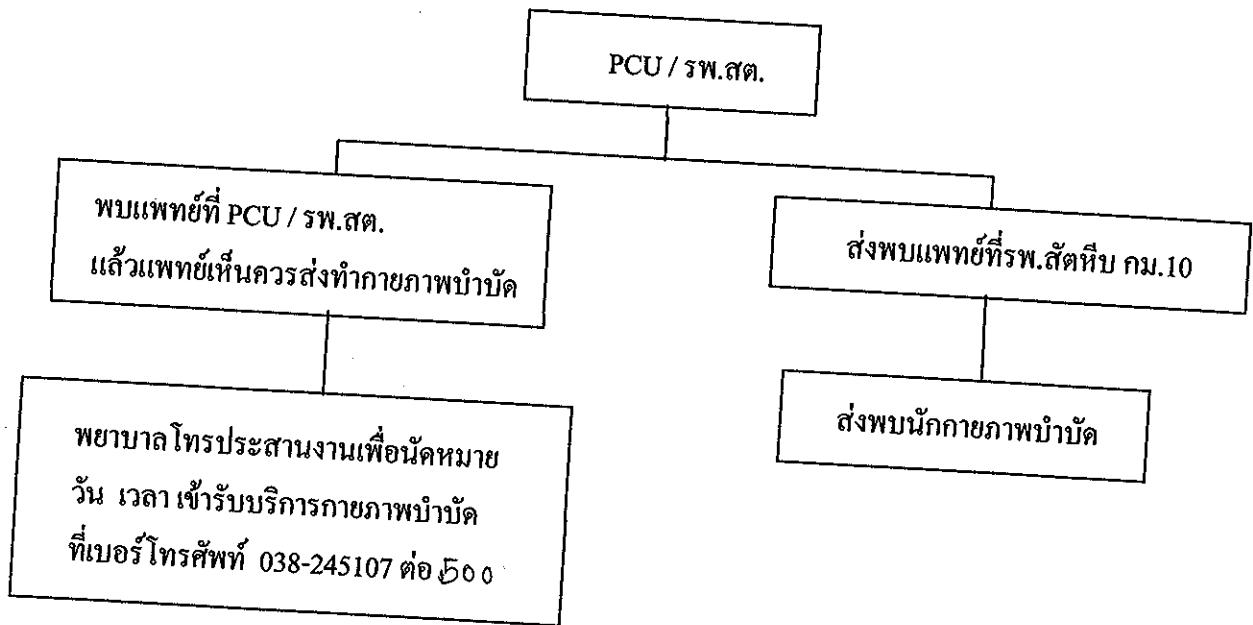


ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสตึก กม.10

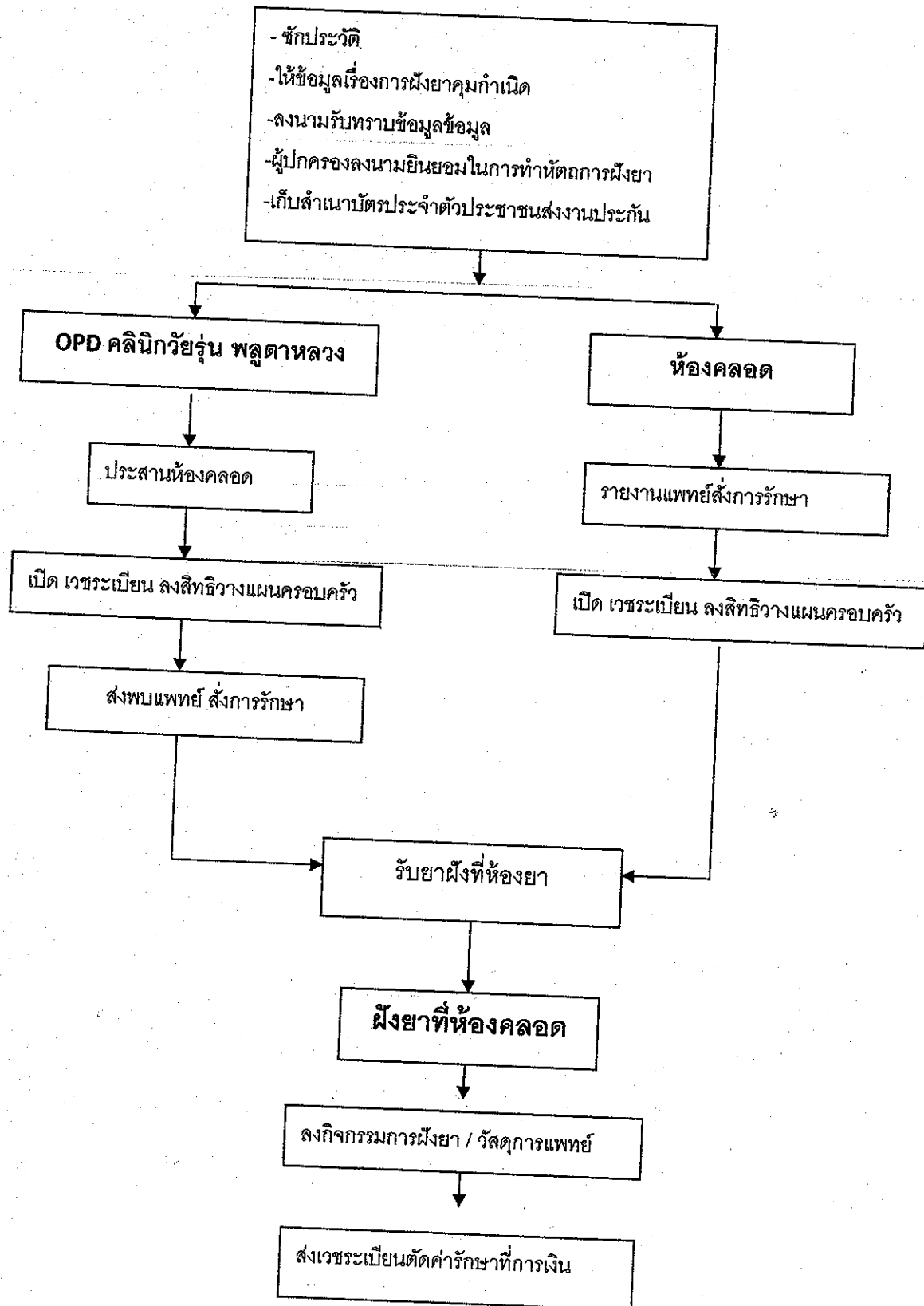


แนวทางการส่งผู้ป่วยมารับบริการกายภาพบำบัด สำหรับ PCU / รพ.สต. ในเขตพื้นที่อำเภอสตึก



Flow การฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่น

OPD คลินิกวัยรุ่น พญดาหลวง / ห้องคลอด



สปสข.



Cervical Screening Program

หน่วยทำ Pap smear 1011045 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองปทุมธานี (G144) จังหวัด...

Patient's Name HN Age Pap No

Date Taken เลขที่บัตรประชาชน วตป เกิด/...../..... สิทธิฯ

ที่อยู่ถาวร ผู้ทำเสมียร์.....

ที่อยู่ทะเบียนบ้าน Cytologic No.....

Type of Specimen : [] Vaginal [] Cervical [] Endocervical [] Endometrial [] Other **Cytologic Request**

Pertinent Clinical History : 6- Para Last Yrs. L.M.P. Method :

การคุมกำเนิด Td.

Previous treatment :

Clinical Findings :

Clinical Dx : [] ทำ Pap ครั้งแรก

Last Pap Smear in 5 years

ผู้รับบริการเคยได้รับการคัดกรองด้วยวิธี VIA :

The Bethesda 2001 Cytologic Report

Specimen Adequacy :

- ☐ 010 Satisfactory
- ☐ 011 Presence of endocervical/transformation zone component
- ☐ 012 Absence of endocervical/transformation zone component
- ☐ 021 Smear too thickly spread
- ☐ 022 Partial or complete obscuring inflame/blood
- ☐ 023 Scant cellularity
- ☐ 029 Other
- ☐ 030 Unsatisfactory for evaluation
- ☐ 031 Specimen reject/ not processed (See comment)
- ☐ 032 Specimen processed and examined (See comment)

General Categorization : (optional)

- ☐ 100 Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy
 - Organism : ☐ 101 Trichomonas spp. ☐ 102 Candida spp. ☐ 103 Bacterial vaginosis
 - ☐ 104 Actinomyces spp. ☐ 105 HSV ☐ 109 Other organism
 - Other non neoplastic finding : Reactive cellular changes associated with ☐ 121 Inflammation ☐ 122 Radiation
 - ☐ 123 IUD ☐ 125 Atrophy
 - ☐ 124 Glandular cells status post hysterectomy

☐ 200 Epithelial cells abnormalities

Squamous cell : Atypical squamous cells

- ☐ 211 of undetermined significance (ASC-US) ☐ 212 cannot exclude HSIL (ASC-H)
- Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) encompassing ☐ 222 CIN I
- ☐ 221 HPV change
- High grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) encompassing ☐ 232 CIN III
- ☐ 231 CIN II
- ☐ 234 with features suspicious for invasion
- ☐ 241 SIL ;
- ☐ 251 Squamous cell carcinoma

Glandular cell : Atypical glandular cells

- ☐ 261 Endocervical ☐ 262 Endometrial ☐ 263 Not otherwise specified (NOS)
- Atypical glandular cells favor neoplasia
- ☐ 271 Endocervical ☐ 272 Endometrial ☐ 273 Not otherwise specified (NOS)
- ☐ 281 Endocervical adenocarcinoma in situ
- Adenocarcinoma
- ☐ 291 Endocervical ☐ 292 Endometrial ☐ 293 Not otherwise specified (NOS)

☐ 300 Other malignant neoplasms

- ☐ 301 Adenosquamous carcinoma
- ☐ 302 Poorly differentiated squamous carcinoma with small cell
- ☐ 303 Small cell undifferentiated carcinoma
- ☐ 304 Carcinosarcoma
- ☐ 305 Carcinoid tumors
- ☐ 306 Malignant melanoma
- ☐ 307 Malignant lymphoma
- ☐ 308 Extrauterine carcinomas

Comment :

Screener :

Pathologist :

Cytotechnologist :

M.D.

Report Date

Cytopathology Requisition Form

Urgent Date.....**Time**.....

Name.....Sex.....Age.....Date of birth.....HN.....

Ward/Room.....Hospital/Clinic.....Date of collection.....

Physician.....Gravida.....Para.....LMP.....

() Previous Therapy () Hormone () Radiation () Other Specified

Clinical, Radiographic and Laboratory Findings.....

Clinical Diagnosis () Check-up () Hysterectomy () on IUD () Menopause () Postpartum

Previous Pathology Report: () No () Yes.....

Specimen () Cervical () Vaginal () Endocervical () Neovaginal () Anal

PAP Single Testing

() Liquid Prep/G108 () ThinPrep/G112 () SurePath/G113 () PathTezt/G308
() Conventional Pap smear/G110 () Commercial Pap/G144 () other.....

HPV DNA Single Testing

() Aptima (mRNA)/GH311 () HybriBio21 Genoarray/GH146
() Cobas HPV, (16/18 and other high risk)/GH312 () Urine HPV, HybriBio21Genoarray/GH865
() Hybrid Capture II, HCII/GH128

Co-testing PAP plus HPV

ThinPrep plus

() Aptima (mRNA)/GH239
() Cobas 4800/GH240
() HybriBio21Genoarray/GH237
() Hybrid-capture II (HCII)/GH238
() Aptima (mRNA)+HybriBio21Genoarray/GH652

SurePath plus

() Cobas 4800/GH236
() HybriBio21Genoarray/GH234
() Hybrid-capture II (HCII)/GH235

LiquidPrep plus

() Cobas 4800/GH233
() HybriBio21Genoarray/GH232
() Hybrid-capture II (HCII)/GH231

PathTezt plus

() Cobas 4800/GH244
() HybriBio21Genoarray/GH241
() Hybrid-capture II (HCII)/GH242

Non-Gynecology

Fluid from.....

() Fluid Cytology (ThinPrep method)/G122
() Fluid Cytology plus cellblock (Conventional method)/G124
() Fluid Cytology (Conventional method)/G655

FNA from.....

() Fine needle aspiration cytology/G114
() Sputum (Conventional method)/G120

บัตรรอนามัยมารดา

บัตรเลขที่ ชื่อสถานบริการ หมู่บ้านที่ ชื่อหมู่บ้าน
 ชื่อ-นามสกุล อายุ ปี อาชีพ ศาสนา
 ชื่อสามี-นามสกุล อายุ ปี อาชีพ ศาสนา
 บ้านเลขที่ ถนนซอย ตำบล อำเภอ จังหวัด
 ชื่อ-นามสกุล ผู้ติดต่อได้ สถานที่ใกล้เคียง

ประวัติครอบครัว

- ☐ ปกติ ☐ ความดันโลหิต ☐ เบาหวาน ☐ ครรภ์แฝด ☐ กามโรค ☐ วัณโรค
☐ หอบหืด ☐ โรคเลือด ☐ พิการแต่กำเนิด ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ประวัติการเจ็บป่วย

- ☐ ไม่มี ☐ โรคเลือด ☐ ไทรอยด์ ☐ โรคหัวใจ ☐ หอบหืด ☐ โรคไต
☐ มาลาเรีย ☐ วัณโรค ☐ โรคตับ ☐ กามโรค ☐ หัดเยอรมัน ☐ เบาหวาน
☐ ความดันโลหิตสูง ☐ การผ่าตัดหรืออุบัติเหตุ (ระบุ) ☐ การใช้ยาและแพทย์

ประวัติการได้รับวัคซีนบาดทะยัก

- ☐ เคยได้รับครบชุด ไม่เกิน 5 ปี
☐ ได้รับวัคซีนบาดทะยักสำหรับครรภ์นี้
 ฉีดเข็มที่ 1 วันที่ ฉีดเข็มที่ 2 วันที่
 ฉีดเข็มที่ 3 วันที่ กระตุ้น วันที่

ประวัติการตั้งครรภ์ การแท้ง และการคลอด

ตั้งครรภ์ ครั้งที่	คลอด/แท้ง เมื่อ ร.ป.	อายุครรภ์ เมื่อคลอด/แท้ง	อาการผิดปกติ ขณะตั้งครรภ์	วิธีการคลอด /สถานที่คลอด	อาการผิดปกติของ มารดาหลังคลอด	ลักษณะเด็ก เมื่อคลอด	เพศ/ น้ำหนัก	สุขภาพเด็ก ในปัจจุบัน	หมายเหตุ
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

ประวัติการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

- ☐ ไม่เคย ☐ เคย ☐ ยาเม็ด ☐ ยาฉีด ☐ ท่วงอนามัย ☐ ยาหลอดฝัง ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย มี วัน รู้สึกเด็กดิ้นครั้งแรกเมื่อ วันครบกำหนดคลอด

อาการผิดปกติเมื่อตรวจครรภ์ครั้งแรก ☐ ไม่มี ☐ มี ☐ อาเจียน ☐ เวียนศีรษะ ☐ ตาพร่ามัว

☐ ท้องผูก ☐ ท้องเสีย ☐ วิดสีดวงทวาร ☐ ปวดท้อง (ระบุ) ☐ อื่นๆ (ระบุ)

การตรวจร่างกายทั่วไป ความสูง เซนติเมตร น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ กก. ต่อมไทรอยด์ เต้านม

หัวนม หัวใจ ปอด ตับ ม้าม อื่นๆ

ตรวจสุขภาพปากและฟันครั้งแรก เมื่อวันที่ พบฟันผุที่ยังไม่อุด ซี่

เหงือกอักเสบ ☐ ไม่มี ☐ มี หินน้ำลาย ☐ ไม่มี ☐ มี ได้รับการรักษาเหงือกและฟันครั้งแรกวันที่

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มเลือด Rh Hb gm%

Hct. ครั้งที่ 1 % Hct. ครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 32 สัปดาห์) %

ไวรัสตับอักเสบบี หัดเยอรมัน HIV

VDRL ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 อื่นๆ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ปี พ.ศ. 2542

ใบสมัคร โครงการการให้บริการฝากครรภ์

หญิงตั้งครรภ์(นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
ระดับการศึกษา.....อาชีพ.....รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....
สามี(นาย).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.
ระดับการศึกษา.....อาชีพ.....รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
.....
ภูมิลำเนาเดิม.....
เบอร์โทรศัพท์.....
ครรภ์ที่.....อายุครรภ์.....สัปดาห์

โรงพยาบาลได้จัดบริการฝากครรภ์และตรวจเลือด หากพบว่ามีกรณีผิดปกติ จะสามารถให้การดูแลรักษาทันที เพื่อให้ทารกมีสุขภาพที่แข็งแรงและปลอดภัย การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อโรคหรือความผิดปกติ ซึ่งทางโรงพยาบาลได้จัดไว้คือ การตรวจหาเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี หนองเลือด ความเข้มข้นของเลือด และพาหะของโรคธาลัสซีเมีย เป็นต้น ซึ่งผลการตรวจเลือดจะเก็บเป็นความลับของ ทางโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....หญิงตั้งครรภ์.....ลงชื่อ.....สามี
(.....)(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้การปรึกษาเอนตรวจเลือด
(.....)

วันที่.....

แบบประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อม ในการทำงานในโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....

วันที่ทำการประเมิน.....

ผู้ประเมิน.....

งาน/แผนกที่ทำการประเมิน.....

จำนวนผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด.....

การดำเนินงานอาชีวอนามัยในแผนก

การดำเนินงาน	การปฏิบัติ		จำนวน ผู้ปฏิบัติงานที่ เกี่ยวข้อง (คน)
	ไม่มี	มี	
1. มีระบบป้องกัน/ระงับอัคคีภัย			
2. มีการให้ความรู้เรื่องอาชีวอนามัย			
3. มีระบบการจัดการของเสียที่เป็นอันตราย			
4. มีมาตรการในการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล			
5. มีการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี			
6. มีการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง ได้แก่			
6.1 การตรวจสมรรถภาพปอด			
6.2 ตรวจการได้ยิน			
6.3 ตรวจการมองเห็น			
7. การตรวจทางชีวภาพ ได้แก่			
.....			
8. การตรวจทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่			
.....			

ขั้นตอนการทำงาน

ขั้นตอนการทำงาน	ระยะเวลาทำงาน	จำนวนผู้ปฏิบัติงาน
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

ตารางที่ 1 การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพ

สิ่งคุกคามสุขภาพ	จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยง			โอกาสของการเกิดอันตราย/โอกาสการรับสัมผัส (A)			ระดับความเป็นอันตราย (B)			ระดับความเสี่ยง * (C) = (A)x(B) สูง (6 ถึง 9) ปานกลาง (3 ถึง 4) ต่ำ (1 ถึง 2)
	ไม่มี	มี		ไม่แน่นอน/น้อย (1)	เกิดได้ปานกลาง (2)	เกิดได้มาก (3)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	ร้ายแรง (3)	
		ผู้ปฏิบัติงาน (คน)	ผู้รับบริการ (คน)							
สิ่งคุกคามทางกายภาพ										
ความร้อน										
เสียงดัง										
แสงสว่าง										
ความสั่นสะเทือน										
รังสี										
สิ่งคุกคามทางชีวภาพ										
แบคทีเรีย										
รา										
ไวรัส										
อื่นๆ										
* ระดับความเสี่ยง										

* ระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงเล็กน้อยหรือความเสี่ยงที่ยอมรับได้ (คะแนน 1 ถึง 2) ความเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 3 ถึง 4) ความเสี่ยงสูงหรือความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ (คะแนน 6 ถึง 9)

ตารางที่ 2 การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจากสิ่งคุกคามทางเคมี

สิ่งคุกคามสุขภาพ	จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยง			โอกาสของการเกิดอันตราย/			ระดับความเป็นอันตราย			ระดับ ความเสี่ยง * (C)= (A)x(B) สูง (6 ถึง 9) ปานกลาง (3 ถึง 4) ต่ำ (1 ถึง 2)
	ไม่มี	มี		โอกาสการรับสัมผัส (A)			(B)			
		ผู้ปฏิบัติงาน (คน)	ผู้รับบริการ (คน)	ไม่แน่ใจ/ น้อย (1)	เกิดได้ปาน กลาง (2)	เกิดได้มาก (3)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	ร้ายแรง (3)	
สิ่งคุกคามทางเคมี										
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										

* ระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงเล็กน้อยหรือความเสียหายที่ยอมรับได้ (คะแนน 1 ถึง 2) ความเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 3 ถึง 4) ความเสี่ยงสูงหรือความเสียหายที่ยอมรับไม่ได้ (คะแนน 6 ถึง 9)

ตารางที่ 3 การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมทางกายศาสตร์

สิ่งแวดล้อมสุขภาพ	จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยง			โอกาสของการเกิดอันตราย/			ระดับความเป็นอันตราย			ระดับความเสี่ยง *
	ไม่มี	มี	ผู้ปฏิบัติงาน (คน)	ผู้รับบริการ (คน)	ไม่เกิด/น้อย (1)	เกิดได้ปานกลาง (2)	เกิดได้มาก (3)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	ร้ายแรง (3)
การยศาสตร์										
ออกแรงยกวัตถุ/สิ่งของที่มีน้ำหนักมาก										
ออกแรงยกของด้วยท่าทางบิดเบี้ยวตัว										
ท่าทางหรือการเคลื่อนไหวที่สิ้นเปลือง										
ยืน/นั่งทำงานอยู่กับที่ติดต่อกันจนมีผลต่อการบาดเจ็บกล้ามเนื้อ										
นั่งทำงานอยู่กับที่ตลอดเวลา โดยมีโต๊ะ/เก้าอี้ที่ไม่เหมาะสม										
มีรูปแบบการทำงานซ้ำๆ										
การใช้แรงดึงหรือดันที่ต้องออกแรงมากเพื่อเคลื่อนย้ายสิ่งของ										
การใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสมกับลักษณะหรืออวัยวะ										

* ระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงเล็กน้อยหรือความเสี่ยงที่ยอมรับได้ (คะแนน 1 ถึง 2) ความเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 3 ถึง 4) ความเสี่ยงสูงหรือ ความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ (คะแนน 6 ถึง 9)

ตารางที่ 4 การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจากการเกิดอุบัติเหตุหรือสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย

สิ่งคุกคามสุขภาพ	จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยง			โอกาสของการเกิดอันตราย/โอกาสการรับสัมผัส (A)			ระดับความเป็นอันตราย (B)			ระดับความเสี่ยง* (C)=(A)x(B) สูง (6 ถึง 9) ปานกลาง (3 ถึง 4)ต่ำ (1 ถึง 2)
	ไม่มี	มี		ไม่เกิด/น้อย (1)	เกิดได้ปานกลาง (2)	เกิดได้มาก (3)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	ร้ายแรง (3)	
		ผู้ปฏิบัติงาน (คน)	ผู้ให้บริการ (คน)							
สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ/สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย										
การใช้อุปกรณ์/เครื่องมือที่มีความแหลม หรือคม										
การใช้เครื่องจักรกล										
การให้ยานพาหนะ										
การทำงานในที่สูง										
การทำงานในที่ที่คับแคบ										
สภาพพื้นที่มีลักษณะลื่น										
การทำงานกับสิ่งของร้อน										
มีสิ่งกีดขวางทางเดิน										
อื่นๆ _____										

* ระดับความเสี่ยง

* ระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงเล็กน้อยหรือความเสี่ยงที่ยอมรับได้ (คะแนน 1 ถึง 2) ความเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 3 ถึง 4) ความเสี่ยงสูงหรือ ความเสี่ยงที่ยอมรับ ไม่ได้ (คะแนน 6 ถึง 9)

ตารางที่ 5 การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจากอัคคีภัยและภัยพิบัติ

สิ่งคุกคามสุขภาพ	จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยง			โอกาสของการเกิดอันตราย/ โอกาสการรับสัมผัส (A)			ระดับความเป็นอันตราย (B)			ระดับความเสี่ยง * (C)= (A)x(B) สูง (6 ถึง 9) ปานกลาง (3 ถึง 4)ต่ำ (1 ถึง 2)
	ไม่มี	มี		ไม่แน่ชัด/ น้อย (1)	เกิดได้ปาน กลาง (2)	เกิดได้มาก (3)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	ร้ายแรง (3)	
		ผู้ปฏิบัติงาน (คน)	ผู้รับบริการ (คน)							
<u>อัคคีภัยและภัยพิบัติ</u>										
การทำงานกับเครื่องกำเนิดไฟฟ้า										
การทำงานเกี่ยวกับไฟฟ้า										
การใช้อุปกรณ์/เครื่องมือไฟฟ้า										
การทำงานกับหม้อไอน้ำ										
การเก็บวัตถุไวไฟ เช่น ถังแก๊ส										
การใช้สารเคมี/ก๊าซที่ติดไฟง่าย										
อื่นๆ _____										

* ระดับความเสี่ยง

* ระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงเล็กน้อยหรือความเสี่ยงที่อมรับได้ (คะแนน 1 ถึง 2) ความเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 3 ถึง 4) ความเสี่ยงสูงหรือความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ (คะแนน 6 ถึง 9)

ตารางที่ 6 การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมทางจิตวิทยาสังคม

สิ่งแวดล้อมสุขภาพ	จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยง			โอกาสของการเกิดอันตราย/โอกาสการรับสัมผัส (A)				ระดับความเป็นอันตราย (B)			ระดับความเสี่ยง * (C)=(A)x(B) สูง (6 ถึง 9) ปานกลาง (3 ถึง 4) ต่ำ (1 ถึง 2)
	ไม่มี	มี		ไม่เกิด/น้อย (1)	เกิดได้ปานกลาง (2)	เกิดได้มาก (3)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	ร้ายแรง (3)		
		ผู้ปฏิบัติงาน (คน)	ผู้รับบริการ (คน)								
สิ่งแวดล้อมทางจิตวิทยาสังคม ความเครียด											
ความรุนแรงจากคนไข้หรือญาติ											
อื่นๆ											
1.											
2.											
3.											

* ระดับความเสี่ยง

* ระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงเล็กน้อยหรือความเสี่ยงที่ยอมรับได้ (คะแนน 1 ถึง 2) ความเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 3 ถึง 4) ความเสี่ยงสูงหรือ ความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ (คะแนน 6 ถึง 9)

ตารางที่ 7 การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจากคุณภาพอากาศ

สิ่งคุกคามสุขภาพ	จำนวนผู้ที่มีความเสี่ยง		โอกาสของการเกิดอันตราย/โอกาสการรับสัมผัส (A)				ระดับความเป็นอันตราย (B)			ความเสี่ยง * (C) = (A)x(B) สูง (6 ถึง 9) ปานกลาง (3 ถึง 4)ต่ำ (1 ถึง 2)
	ไม่มี	มี	โอกาสการรับสัมผัส (A)			เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	ร้ายแรง (3)		
			ผู้ปฏิบัติงาน (คน)	ผู้รับบริการ (คน)	ไม่เกิด/น้อย (1)				เกิดได้ปานกลาง (2)	
คุณภาพอากาศ										
มีความรู้สึกรำแอ้อด อึดอัด										
อากาศร้อนหรือเย็นเกินไป										
มีกลิ่นของสารเคมี										
ระบบระบายอากาศไม่ดี										
มีฝุ่น										
อับทึบ ชื้น										
พบเชื้อราตามพื้นผิว										
อื่นๆ ระบุ.....										

* ระดับความเสี่ยง

ความเสี่ยงเล็กน้อยหรือความเสี่ยงที่ยอมรับได้ (คะแนน 1 ถึง 2) ความเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 3 ถึง 4) ความเสี่ยงสูงหรือ ความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ (คะแนน 6 ถึง 9)

แบบตรวจร้านอาหาร
แบบตรวจร้านอาหารทางบกที่เรีย

ชื่อร้าน.....ชื่อเจ้าของร้าน.....วันที่เก็บตัวอย่าง.....

ชนิดตัวอย่าง	ผล	ชนิดตัวอย่าง	ผล	ชนิดตัวอย่าง	ผล	ชนิดตัวอย่าง	ผล	ชนิดตัวอย่าง	ผล

รอยปรุ.....

แบบตรวจร้านอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร

ชื่อร้าน.....ชื่อเจ้าของร้าน.....ที่อยู่.....

ประเภทอาหารที่จำหน่าย.....จำนวนผู้ปรุง.....คน,ผู้เสิร์ฟ.....คน,ผ่านการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหาร.....คน

ขนาดพื้นที่ () เกิน 200 ตร.ม. () ไม่เกิน 200 ตร.ม. ใบอนุญาตเลขที่.....ออกเมื่อวันที่.....โดย.....

ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านอาหาร	ผลตรวจ	หมายเหตุ
1. สถานที่รับประทานอาหาร สถานที่เตรียมปรุง ประกอบอาหาร ต้องสะอาดเป็นระเบียบ และจัดเป็นสัดส่วน		
2. ไม่เตรียมอาหารบนพื้น และบริเวณหน้า หรือในห้องน้ำ ห้องส้วม และต้องเตรียมปรุงอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.		
3. ใช้สารปรุงแต่งอาหารที่มีความปลอดภัย มีเครื่องหมายรับรองของทางราชการ เช่น เลขทะเบียนตำรับอาหาร (อย.) เครื่องหมายรับรองมาตรฐานของกระทรวงอุตสาหกรรม (มอก.)		
4. อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง หรือเก็บ การเก็บอาหารประเภทต่าง ๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบเก็บในอุณหภูมิที่ไม่สูงกว่า 7.2 องศาเซลเซียส		
5. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.		
6. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิด ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือตักโดยเฉพาะ วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.		
7. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล และที่ล้างภาชนะต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.		
8. เชียงและมิด ต้องสภาพดี แยกให้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผัก ผลไม้		
9. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด และมีการปกปิด เก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.		
10. มูลฝอย และน้ำเสียทุกชนิด ได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกต้องหลักสุขาภิบาล		
11. ห้องส้วมสำหรับผู้บริโภคและผู้สัมผัสอาหารต้องสะอาด มีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดี และมีสบู่ใช้ตลอดเวลา		
12. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็คคลุมผม		
13. ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบ จำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงแล้วทุกชนิด		
14. ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มีมือต้องปิดแผลให้มิดชิด หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร		
15. ผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภค โดยมีน้ำและอาหารเป็นสื่อ ให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะรักษาให้หายขาด		

ข้อเสนอแนะ.....

ผู้ตรวจ.....ตำแหน่ง/สังกัด.....วันที่ตรวจ.....เจ้าของร้าน.....

(.....)

กองสุขาภิบาลอาหาร กรมอนามัย



1. แบบประเมินเกณฑ์มาตรฐานสิ่งแวดล้อมระดับประเทศ

ชื่อสถานที่ตั้ง
 ที่อยู่
 จำนวนอ่างล้างมือ ที่ จำนวนห้องส้วม ที่ จำนวนที่ปัสสาวะ ที่

เกณฑ์มาตรฐาน	ผลการประเมิน	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน
ความสะอาด (Healthy : H)		
1. พื้น ผนัง เพดาน โถส้วม ที่กดโถส้วม โถปัสสาวะ ที่กดโถปัสสาวะ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้		
2. น้ำใช้สะอาด เพียงพอ และไม่มีกลิ่นน้ำขุ่น ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำ สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้		
3. กระดาษชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือสายฉีดน้ำชำระที่สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้		
4. อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจก สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีและใช้งานได้		
5. สบู่ล้างมือ พร้อมให้ใช้ ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ		
6. ถังรองรับมูลฝอย สะอาด มีฝาปิด อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือ หรือบริเวณใกล้เคียง		
7. มีการระบายอากาศดี และ ไม่มีกลิ่นเหม็น		
8. สภาพท่อนระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักไม่รั่ว แตก หรือชำรุด		
9. จัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตรา เป็นประจำ		
ความเพียงพอ (Accessibility : A)		
10. จัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที		
11. ส้วมสาธารณะพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ		
ความปลอดภัย (Safety : S)		
12. บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ที่ลัดดา/เปลี่ยว		
13. กรณีที่มีห้องส้วมตั้งแต่ 2 ห้องขึ้นไป ให้แยกเป็นห้องส้วมสำหรับชาย - หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน		
14. ประตู ที่จับเปิด - ปิด และที่ล็อกด้านใน สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้		
15. พื้นห้องส้วมแห้ง		
16. แสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ		

สรุปผลการประเมิน



ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ทั้ง 16 ข้อ

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน



ต้องปรับปรุง (ข้อ.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

แบบสรุปรูปการสำรวจลูกน้ำยุงลายในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครั้งที่

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี

[illegible]

บันทึกการเยี่ยมบ้าน ตามแนวทาง IN HOME SSS

1. Immobility Impairment (การเคลื่อนไหวร่างกาย) ADL ตามแนวทางของ Barthel index

คะแนนรวม.....คะแนน

แปลความหมาย.....

2. Nutrition (โภชนาการ)

- พฤติกรรมการบริโภค

☐ เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย

☐ ไม่เหมาะสม

ระบุ.....

- ภาวะโภชนาการ ☐ น้ำหนักกิโลกรัม ☐ ส่วนสูง.....เซนติเมตร ☐ รอบเอว.....เซนติเมตร

☐ BMI.....

☐ อ้วน

☐ ผอม

☐ ปกติ

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

- ต่อมehl้า

☐ ไม่ต็ม

☐ ต็มบ้าง

☐ ต็มเป็นประจำ

3. Housing (ภาวะแวดล้อมทั่วไปของบ้าน)

สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน

☐ เป็นระเบียบ

☐ รกรุงรัง

☐ สะอาด

☐ สกปรก

☐ มีสัตว์เลี้ยง

☐ ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบ้าน

สิ่งแวดล้อมภายนอก.....

4. Other people (บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง)

ผู้ดูแล (Care giver) ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ภาวะสุขภาพและโรคประจำตัว

สมาชิกในครอบครัว มีจำนวน.....คนได้แก่

1.มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

3.มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

4.มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

5.มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

5. Medication (การใช้ยา)

รายการยาที่แพทย์สั่ง

ใช้.....
.....
.....
.....
.....

รายการยาหรือสมุนไพร หรืออาหารเสริมที่ซื้อกินเอง

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

การกินยาตามแพทย์สั่ง

☐ ถูกต้อง

☐ ไม่ถูกต้องระบุ

6. Examination (ตรวจร่างกาย)

☐ Vital Sign BT..... องศาเซลเซียส

☐ PR..... ครั้ง/นาที

☐ RR..... ครั้ง/นาที

☐

BP..... mmHg

7. Safety (ความปลอดภัย) ได้แก่ พื้นที่ ห้องน้ำ ห้องครัว บันได เฟอร์นิเจอร์ ไฟฟ้า เตาหุงข้าว

ระบุ.....
.....
.....
.....

8. Spiritual (จิตวิญญาณ).....

.....

9. Service(ความช่วยเหลือ).....

.....

ปัญหาอื่น ๆ ที่พบ (นอกเหนือจาก IN HOME - SSS)

.....

.....

10. General

Appearance.....

[illegible]

แบบคัดกรองปัญหาของผู้สูงอายุตามกลุ่มกิจกรรม

คำแนะนำ : การให้คะแนนจะทำหลังจากได้ระบุตัวเลขภายใน ☐ ของแบบคัดกรองทุกข้อและการให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงในแต่ละข้อควรเกิดขึ้นในชุมชนโดยผู้คัดกรองคือ อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อาสาสมัครผู้สูงอายุ หรือผู้ผ่านการอบรม Caregiver

กา✓ หน้าข้อผู้ตอบแบบคัดกรอง :ผู้สูงอายุผู้ดูแลผู้สูงอายุมานาน 6 เดือนขึ้นไป
.....ความเห็นร่วมกันของผู้สูงอายุและผู้ดูแลข้างต้น.....ผู้อื่น โปรดระบุ.....

☐ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

- 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง



☐ การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

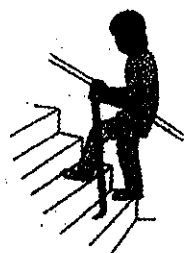
0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น

- 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 ทำได้เอง

☐ การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

0 ไม่สามารถทำได้

- 1 ต้องการคนช่วย
- 2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น ที่พยุงเดิน จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)



☐ การสวมใส่เสื้อผ้า

0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย

1 ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือ

ต้องมีคนช่วย

2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)



☐ การรับประทานอาหาร (เมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว)

0 ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

1 ดักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนดักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า

2 ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

คะแนนรวมความสามารถทางร่างกาย...../20

สรุปผลการคัดกรอง: ผู้สูงอายุชื่อ..... ได้รับการจำแนกอยู่ในกลุ่มที่:

1. ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า 12/20 คะแนน

2. ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้บ้าง) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วง 5 - 11/20 คะแนน

3. ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พักการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มต้องการความช่วยเหลือ) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วง 0 - 4/20 คะแนน

ลงชื่อผู้คัดกรองวันที่.....



แบบประเมินสมรรถภาพในชีวิตปฏิบัติ คัชนิบาร์เรลเอดีแอล (Barthel ADL index)

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ () หญิง () ชาย
คะแนนรวม.....คะแนน วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน.....ผู้ประเมิน.....

คำชี้แจง

- 1.เป็นแบบฟอร์มในการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน จำนวน 10 กิจกรรม
- 2.เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรบ้าง (ทำอยู่จริงได้จริง) ไม่ใช่การทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง
- 3.จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ independence ดังนั้น ถ้าหากต้องมีคนช่วยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจวัตร ให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม แต่ถ้าผู้สูงอายุหมดสติหรืออนาคตกัดขังให้คะแนนศูนย์ทั้งหมด
- 4.เมื่อวัดความสามารถแล้วนำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน เทียบกับเกณฑ์
- 5.เกณฑ์วัดระดับความรุนแรงของ BAI
คะแนนเต็ม 20 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน โดยคะแนนรวมต่ำกว่า 12 คะแนน แสดงให้เห็นถึงความต้องการพึ่งพาในระดับสูงหรือความต้องการมีผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ในช่วงเวลาของแต่ละวัน

คะแนนรวม	แปลผล
0-4	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ Very low initial score /Total dependence
5-8	ภาวะพึ่งพารุนแรง Low initial score/Severe dependence
9-11	ภาวะพึ่งพานกลาง Intermediate initial score /Moderately severe dependence
12+	ไม่เป็นภาวะพึ่งพา Initial high /Mildly severe dependence; consideration of discharging home

Coc พ. ค. ๓๓๖ ก. ๑๐

Function	คะแนนพฤติกรรม	คะแนน ที่ได้
6.Dressing (สวมใส่/ถอดเสื้อผ้า)	0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตนเองไม่ได้ 1 = ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2= ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิปหรือใช้เสื้อผ้าที่ -ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
7.Stairs (การขึ้นลงบันได)	0 = ไม่สามารถทำได้ 1 = ต้องการคนช่วย 2= ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอา ขึ้นลงได้ด้วย)	
8.Bathing (การอาบน้ำ)	0 = ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1 = อาบน้ำเองได้	
9.Bowels (การกลั่นการถ่าย อุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่าน มา)	0 = กลั่น ไม่ได้หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1 = กลั่น ไม่ได้เป็นครั้งคราว (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2= กลั่น ได้เป็นปกติ	
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะใน ระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	0 = กลั่น ไม่ได้หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1 = กลั่น ไม่ได้เป็นครั้งคราว (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) 2= กลั่น ได้เป็นปกติ	
รวมคะแนน		

ที่มา : มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2548

ด้วยความปรารถนาดี

งานอนามัยผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนพหลดาหลวง รพ.สต.ทึบ กน.10