

# แบบฟอร์ม GA (Geriatric Assessment) ปี 2564 สำหรับ รพช.ขึ้นไป

หมายเหตุ: สำหรับประเมินผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง (Basic Geriatric Screening: BGS) แล้วพบว่ามีความผิดปกติ/เสี่ยง

ข้อมูลทั่วไป ชื่อ-สกุล ..... ว.ด.ป.เกิด ..... อายุ ..... ปี เพศ  หญิง  ชาย  
 ที่อยู่เลขที่ ..... หมู่ ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
 บุคคลอ้างอิง/ผู้ดูแล ชื่อ-นามสกุล ..... ความสัมพันธ์ ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

1. เบาหวาน: การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน  การตรวจระดับพลาสมากลูโคส (FPG) ..... มก.ดล.  
 การพิจารณา: ผลการตรวจเลือดโดยการตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG) FPG  $\geq$  126 มก./ดล. แสดงว่า เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

2. ความดันโลหิตสูงอายุ: วัดความดันโลหิตสูง  
 วัดความดันโลหิต: ระดับความดันโลหิตตัวบน/ซิสโตลิก (SBP) เท่ากับ ..... มม.ปรอท / ระดับความดันโลหิตตัวล่าง/ไดแอสโตลิก (DBP) เท่ากับ ..... มม.ปรอท  
 การพิจารณา: มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP)  $\geq$  140 มม.ปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP)  $\geq$  90 มม.ปรอท

3. ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด: Thai CVD risk

3.1 กรณี "มี" การตรวจหาระดับคอเลสเตอรอลในเลือดให้เลือกช่วงค่าคอเลสเตอรอล

ระดับ <160-199 มล./ดล. เลือกช่วง 160

ระดับ 200-239 มล./ดล. เลือกช่วง 200

ระดับ 240-279 มล./ดล. เลือกช่วง 240

ระดับ 280-319 มล./ดล. เลือกช่วง 280

ระดับ  $\geq$ 320 มล./ดล. เลือกช่วง 320

3.2 เป็นโรคเบาหวานหรือไม่  เป็น  ไม่เป็น

3.3 เพศ  ชาย  หญิง

3.4 สูบบุหรี่หรือไม่  
 (สูบบุหรี่ หมายถึง ปัจจุบันยังคงสูบหรือหยุดสูบไม่เกิน 1 ปีก่อนการประเมิน)  
 สูบ  ไม่สูบ

3.5 ช่วงอายุ

อายุ <40-49 ปี เลือกช่วง 40  อายุ 50-54 ปี เลือกช่วง 50

อายุ 55-59 ปี เลือกช่วง 55  อายุ 60-64 ปี เลือกช่วง 60

อายุ  $\geq$ 65 ปี เลือกช่วง 65

3.6 เลือกค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP)  
 จากการวัด 2 ครั้ง 2 ช่วงเวลาห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์

SBP <120-139 มม.ปรอท เลือกช่วง 120

SBP 140-159 มม.ปรอท เลือกช่วง 140

SBP 160-179 มม.ปรอท เลือกช่วง 160

SBP  $\geq$ 180 มม.ปรอท เลือกช่วง 180

3.7 ค่ารอบเอว: ..... ซม. ส่วนสูง ..... ซม.  
 น้อยกว่าส่วนสูงหาร 2  มากกว่าส่วนสูงหาร 2

การพิจารณา : ประเมินโดยใช้เกณฑ์ตามแถบสี Thai CVD risk score (กรณี มี ค่าคอเลสเตอรอล ใช้ตารางสีที่ 1 ไม่มีค่าคอเลสเตอรอล ใช้ตารางสีที่ 2) \*กรอกคำตอบและคะแนนต่างๆใน Aging health Data แล้วจะแปรผลได้ทันที

4. การได้ยิน: ตรวจการได้ยิน (ด้วยเครื่อง Audiometry หรือเครื่องมืออื่น)

ผลการตรวจ  หูซ้าย  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....  
 หูขวา  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

5. ช่องปาก: ประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยทันตบุคลากร

1. ความสามารถในการเคี้ยว กัด กลืนอาหาร  ปกติ  มีปัญหา

2. การเจ็บปวดในช่องปาก  ไม่มี  มี (ถ้ามี) อากาารปัจจุบัน .....

ลำดับ	ข้อมูลจากการตรวจสถานะช่องปาก	ไม่พบปัญหา	พบปัญหา
1	การสูญเสียฟัน - จำนวนฟันแท้ที่ใช้งานได้ ..... ซี่ - จำนวนคู่สบฟันหลังทั้งฟันแท้และฟันเทียม ..... คู่สบ		
2	ความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> จำเป็น
3	- ฟันผุ / รากฟันผุ ..... ซี่ - รากฟันโผล่ฟันขอบเหงือก เสี่ยงต่อการเกิดรากฟันผุ จำนวน .....ซี่		
4	เหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์ <input type="checkbox"/> เหงือกอักเสบ <input type="checkbox"/> มีหินปูน <input type="checkbox"/> โรคปริทันต์		
5	แผล/มะเร็งช่องปาก		
6	สถานะปากแห้ง น้ำลายน้อย		
7	ฟันสึก		
8	การดูแลอนามัยช่องปาก		

6. การมองเห็น : ประเมินการมองเห็น Snellen Chart  
 ผลการประเมิน ตาขวา ...../..... ตาซ้าย ...../.....

# แบบฟอร์ม GA (Geriatric Assessment) ปี 2564 สำหรับ รพช.ขึ้นไป

หมายเหตุ: สำหรับประเมินผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง (Basic Geriatric Screening: BGS) แล้วพบว่ามีความผิดปกติ/เสี่ยง

## 7. กระดูกพรุน:

### 7.1 เครื่องมือ OSTA index

อายุ.....ปี น้ำหนักตัว .....กิโลกรัม

สูตรการคำนวณ :  $0.2 \times (\text{น้ำหนักตัว} - \text{อายุ}) = \dots\dots\dots$

การแปลผล คะแนน OSTA index:

- น้อยกว่า -4 : ความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน สูง
- 4 - -1 : ความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน ปานกลาง
- มากกว่า -1 : ความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน ต่ำ

### 7.2 เครื่องมือ Frax Score : โดยเข้าไปที่เว็บไซต์ [www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=th](http://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=th)

หรือ แสกน QR code  
เพื่อเข้าประเมิน  
Frax Score ภาษาไทย



#### ผลที่ได้จากการประเมิน Frax Score:

- ดัชนีมวลกาย =.....
  - โอกาสเสี่ยงของการเกิดกระดูกหักที่ตำแหน่งสำคัญ = ร้อยละ.....
  - โอกาสเสี่ยงของการเกิดกระดูกสะโพกหัก = ร้อยละ.....
- การพิจารณาค่าจุดตัดที่ถือเป็นข้อบ่งชี้ในการเริ่มใช้ยารักษาโรคกระดูกพรุน
- ▶ โอกาสเสี่ยงของการเกิดกระดูกหักที่ตำแหน่งสำคัญ  $\geq 20\%$  หรือ
  - ▶ โอกาสเสี่ยงของการเกิดกระดูกสะโพกหัก  $> 3\%$

## 8. ข้อเข้าเสื่อม: การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก: (สำหรับผู้ที่ตอบว่า “ปวดเข่า”)

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ข้อเข่าฝืดตึงหลังตื่นนอนตอนเช้านาน <30 นาที (Stiffness)		
2	เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว (crepitus)		
3	กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า (bony tenderness)		
4	ข้อใหญ่ผิดปกติ (bony enlargement)		
5	ไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth)		

การพิจารณา:  ตอบว่า “ใช่” 2 ข้อขึ้นไป มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม  ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

## 9. สมรรถภาพสมอง: การทดสอบสภาพสมอง : MMSE-T 2002 (แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สามารถใช้ได้กับผู้ที่ไม่ได้เรียนหรือไม่รู้หนังสือ(อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ได้ด้วย โดยไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10

ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ  ไม่ได้เรียน (อ่านเขียนไม่ได้)  เรียนระดับประถมฯ  เรียนสูงกว่าประถมศึกษา

ข้อ 1. Orientation for time: ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน (5 คะแนน) รวม เท่ากับ \_\_\_คะแนน (เติมคำตอบแต่ละข้อใน..... และเติมคะแนนใน )

- 1.1 วันนี่วันที่เท่าไร.....  1.2 วันนี้ วันอะไร.....  1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร.....   
1.4 ปีนี้ ปีอะไร.....  1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร.....

ข้อ 2. Orientation for place: ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ในปัจจุบัน (5 คะแนน) รวม เท่ากับ \_\_\_คะแนน (เติมคำตอบแต่ละข้อใน..... และ

เติมคะแนนใน )

### 2.1 กรณีอยู่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ ชื่ออะไร.....   
2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร.....   
2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร.....   
2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร.....   
2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร.....

ข้อ 3. Registration: ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง (3 คะแนน) โดยอาจใช้วิธีถามว่า

“ฟังดีๆนะจะบอกเพียงครั้งเดียว เมื่อพูดจบให้คุณ (ตา, ยาย) พูดทวนตามที่ได้ยินทั้ง 3 ชื่อ แล้วจำไว้ให้ต้นจะ เดี่ยวจะถามซ้ำ”

- ดอกไม้  แม่น้ำ  รถไฟ.....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

- ต้นไม้  ทะเล  รถยนต์.....

ข้อ 4. Attention or Calculation: ทดสอบสมาธิโดยให้คิดเลขในใจ (5 คะแนน)

4.1 คิดเลขในใจ เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์

เท่าไร.....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 ครั้ง แล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องเปลี่ยนไปทำข้อ 4.2

4.2 “เดี๋ยวผม/ดิฉัน จะสะกดคำว่า นมะนา ให้คุณ ตา/ยาย ฟัง แล้วให้คุณตา/ยาย สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก

คำว่ามะนาสะกดว่า มอม่่า-สระอะ-นอนู-สระอา-วอแหวน คุณ ตา/ยาย สะกดถอยหลังให้ฟังสิครับ/ค่ะ”

ว..... ำ..... น..... ะ..... ม.....

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ไม่ได้เรียน (อ่านเขียนไม่ได้)	$\leq 14$	23 (ไม่ ต้องทำข้อ 4, 9, 10)
ประถมศึกษา	$\leq 17$	30
สูงกว่าประถมศึกษา	$\leq 22$	30

แปลผล: ถ้าคะแนนน้อยกว่าจุดตัด คือ “สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (Cognitive Impairment)”

**สรุปผลการพิจารณา:**

ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมจากเครื่องมือนี้

สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ส่งต่อแพทย์วินิจฉัย

# แบบฟอร์ม GA (Geriatric Assessment) ปี 2564 สำหรับ รพช.ขึ้นไป

หมายเหตุ: สำหรับประเมินผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง (Basic Geriatric Screening: BGS) แล้วพบว่ามีความผิดปกติ/เสี่ยง

ข้อ 5. Recall: ทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำไว้แล้ว (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง

ดอกไม้     แม่น้ำ     รถไฟ    .....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้     ทะเล     รถยนต์    .....

ข้อ 6 Naming: ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดู แล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”.....

6.2 ยื่นปากกาข้อ่มือให้ผู้ถูกทดสอบดู แล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”.....

ข้อ 7. Repetition: ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม/ดิฉัน นะ เมื่อผม/ดิฉัน พูดข้อความนี้แล้ว ให้คุณ ตา/ยาย พูดตาม จะบอกเพียงเที่ยวเดียว “ใครใครขายไก่ไข่”.....

ข้อ 8 Verbal command: ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง (3 คะแนน)

ข้อนี้ให้ทำตามที่คุณบอก ตั้งใจฟังดีนะ เดี่ยวผม/ดิฉัน จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา/ยาย) รับผิดชอบมือขวา/ พับครึ่งด้วยมือทั้งสองข้าง/ เสร็จแล้ววางที่ (พื้น, โต๊ะ, เตียง) .....

ข้อ 9. Written command: ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้ (1 คะแนน)

ให้คุณตา/ยาย อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

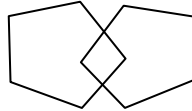
9.1 ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”     หลับตาได้ .....

ข้อ 10. Writing: ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (1 คะแนน)

ให้คุณตา/ยาย เขียนข้อความอะไรก็ได้ ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย     ประโยคมีความหมาย .....

ข้อ 11 Visuoconstruction: ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ตา กับ มือ (1 คะแนน) \*\*เตรียมภาพตัวอย่างขนาดใหญ่ และ กระดาษไว้สำหรับผู้ถูกทดสอบ วาดภาพด้วย\*\*

โดยให้คุณตา/ยาย วาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง .....



## 10. ภาวะซึมเศร้า: (2Q, 9Q, 8Q)

10.1 การคัดกรองโรคซึมเศร้า : 2 คำถาม (2Q)

- |   | ไม่มี | มี |
|---|-------|----|
| 1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหุดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่ |       |    |
| 2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่     |       |    |

การพิจารณา: ตอบว่า “มี” จำนวน.....  
 ปกติ (ไม่มีทั้ง 2 ข้อ)  
 มีความเสี่ยง (มีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ) ทำ 9Q ต่อ

10.2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) (ประเมินต่อกรณีที่คัดกรอง 2Q แล้วมีผล “เสี่ยง”)

	คำถาม	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน)	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือ หลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับมากเกินไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3

รวม.....คะแนน

เกณฑ์การประเมิน (คะแนนเต็ม 27 คะแนน)

- น้อยกว่า 7 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้ายกระดับน้อยมาก
- 7 - 12 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้ายกระดับน้อยมาก
- 13 - 18 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้ายกระดับน้อยมาก
- มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน = ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้ายกระดับน้อยมาก



# แบบฟอร์ม GA (Geriatric Assessment) ปี 2564 สำหรับ รพช.ขึ้นไป

หมายเหตุ: สำหรับประเมินผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง (Basic Geriatric Screening: BGS) แล้วพบว่ามีความผิดปกติ/เสี่ยง

**10.3 การประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)** ประเมินครั้งแรกต้องถามให้ครบทั้ง 8 ข้อ ครั้งต่อไปถามเฉพาะข้อ 1-7 เท่านั้นเพื่อตัดข้อประวัติการฆ่าตัวตายในตลอดชีวิต ออกไปจะเหลือความเสี่ยงใน 1 เดือนเท่านั้น โดยข้อที่ 3 ต้องนำคะแนนจากการตอบมารวมกัน ถ้าหากตอบว่า “ใช่” ทั้ง 2 ข้อ จะได้คะแนนในข้อนี้ 14 คะแนน

ข้อ	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่มี	มี
1	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) .... ท่านสามารถ ควบคุมความอยาก	ได้	ไม่ได้
4		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้	0	9
6		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10	
8	ตลอดชีวิต ที่	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4

**เกณฑ์การประเมิน**

0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน

1-8 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย

9-16 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันปานกลาง

ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรงให้ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ด่วน

รวม.....คะแนน

**11. ภาวะหกล้ม:** (Time up and Go Test) TUGT : ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะ 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม  
 จับเวลาได้ .....นาที .....วินาที การพิจารณา : ใช้เวลาตั้งแต่ 12 วินาทีขึ้นไป แสดงว่า มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม  
 เดินไม่ได้  ปกติ  มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม แนะนำการป้องกันการหกล้มและส่งต่อเพื่อวินิจฉัย  
 ประเมินปัจจัยเสี่ยงหกล้ม.....

**12. การกลืนปัสสาวะ:** การตรวจประเมินภาวะกลืนปัสสาวะโดยแพทย์  
 คำถาม: “ผู้สูงอายุมีอาการ ปัสสาวะเล็ด หรือ ปัสสาวะรด จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน”  ไม่มี  มี  
 ส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจประเมิน วินิจฉัย รักษา.....

**13. ภาวะขาดสารอาหาร**

**13.1 Mini Nutritional Assessment: MNA (Full Form)**

1 ช่วยเหลือตัวเองได้ (ไม่อยู่ในการดูแลของสถานพักฟื้นคนชราหรือโรงพยาบาล) ① ใช่ ② ไม่ใช่	6 รับประทานผักหรือผลไม้ อย่างน้อย 2 หน่วยบริโภคต่อวัน ① ไม่ใช่ ② ใช่
2 รับประทานยามากกว่า 3 ชนิดต่อวัน ① ใช่ ② ไม่ใช่	7 ดื่มน้ำ เครื่องดื่ม (น้ำ น้ำผลไม้ กาแฟ ชา นม หรืออื่นๆ) ปริมาณเท่าไรต่อวัน ① น้อยกว่า 3 ถ้วย ② 3-5 ถ้วย
3 มีแผลกดทับหรือแผลที่ผิวหนังหรือไม่ ① ใช่ ② ไม่ใช่	8 ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองขณะรับประทานอาหาร ① ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ② รับประทานอาหารได้เองแต่ค่อนข้างลำบาก ③ รับประทานอาหารได้เอง/ ไม่มีปัญหา
4 รับประทานอาหารเต็มมือ ได้กี่มื้อต่อวัน ① 1 มื้อ ② 2 มื้อ ③ 3 มื้อ	9 คิดว่าตนเองมีภาวะโภชนาการเป็นอย่างไร ① ขาดสารอาหาร ② ไม่แน่ใจว่ามีภาวะโภชนาการอย่างไร
5 รับประทานอาหารจำพวกโปรตีนเหล่านี้บ้างหรือไม่ • นมหรือผลิตภัณฑ์จากนม (เช่น ชีส โยเกิร์ต) อย่างน้อย 1 หน่วยบริโภคต่อวัน ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> • ถั่วหรือไข่ อย่างน้อย 2 หน่วยบริโภคต่อสัปดาห์ ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> • เนื้อสัตว์ ปลาหรือสัตว์ปีกทุกวัน ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ① ถ้าตอบไม่ใช่ทุกข้อหรือใช่เพียง 1 ข้อ ② ถ้าตอบใช่ 2 ข้อ ③ ถ้าตอบใช่ 3 ข้อ	10 เมื่อเทียบกับคนในวัยเดียวกัน คิดว่าสุขภาพของตนเป็นอย่างไร ① ต่ำกว่า ② ไม่ทราบ ③ พอกัน ④ ดีกว่า
	11 เส้นรอบวงแขน (Mid-arm circumference; MAC) หน่วยเป็นเซนติเมตร ① MAC น้อยกว่า 21 ② MAC 21-22 ③ MAC ตั้งแต่ 22 ขึ้นไป
	12 เส้นรอบวงน่อง (Calf circumference; CC) หน่วยเป็นเซนติเมตร ① CC น้อยกว่า 31 ② CC ตั้งแต่ 31 ขึ้นไป

**เกณฑ์การประเมิน:** คะแนนรวม 30 คะแนน : คะแนนคัดกรอง (เต็ม 14 คะแนน) รวมกับคะแนนประเมิน (เต็ม 16 คะแนน)  
 24 – 30 คะแนน โภชนาการปกติ  17 – 23.5 คะแนน เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร  น้อยกว่า 17 คะแนน ขาดสารอาหาร

**14. ปัญหาการนอน:** ตรวจประเมินโดยแพทย์  
 ส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจประเมิน วินิจฉัย รักษา.....



# แบบฟอร์ม GA (Geriatric Assessment) ปี 2564 สำหรับ รพช.ขึ้นไป

หมายเหตุ: สำหรับประเมินผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง (Basic Geriatric Screening: BGS) แล้วพบว่ามีความผิดปกติ/เสี่ยง

## 15. กิจกรรมประจำวัน : (ADL และ Frail Scale กรณี ADL ลดลง)

### 15.1 ADL

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

คะแนน ADL (เดิม) ณ วันที่...../...../..... = .....คะแนน      การแปรผล  คะแนนเท่าเดิม  
 คะแนน ADL (ปัจจุบัน) ณ วันที่...../...../..... = .....คะแนน       คะแนนเพิ่มขึ้น  
 คะแนนลดลง ทำแบบคัดกรองภาวะเปราะบาง Frail Scale

### 15.2 Frail Scale (ประเมินเมื่อกรณี ADL ลดลง)

คำถาม	0 คะแนน	1 คะแนน
1. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกอ่อนเพลียบ่อยมากแค่ไหน 1 = ตลอดเวลา    2 = เกือบตลอดเวลา    3 = บางเวลา 4 = ส่วนน้อย    5 = ไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> บางเวลาหรือส่วนน้อยหรือไม่เคยเลย	<input type="checkbox"/> ตลอดเวลาหรือเกือบตลอดเวลา
2. เวลาท่านเดินขึ้นบันได 10 ชั้น ด้วยตัวเองโดยไม่หยุดพัก และไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย ท่านมีปัญหาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
3. เวลาท่านเดิน 300 - 400 เมตร ด้วยตัวเองโดยไม่หยุดพัก และไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย ท่านมีปัญหาหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
4. แพทย์เคยแจ้งว่าท่านมีโรคต่างๆเหล่านี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง (ไม่รวมมะเร็งผิวหนัง) <input type="checkbox"/> โรคปอดเรื้อรัง <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดหัวใจกำเริบ <input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจวาย <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด <input type="checkbox"/> อาการแน่นหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจ <input type="checkbox"/> ภาวะข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> 0 - 4 โรค	<input type="checkbox"/> 5 - 11 โรค
5. ปัจจุบันท่านหนักเท่าไร (ชั่งน้ำหนักโดยไม่สวมรองเท้า) = .....กิโลกรัม 1 ปีก่อนหน้านี้น้ำหนักเท่าไร (ชั่งน้ำหนักโดยไม่สวมรองเท้า) = .....กิโลกรัม ส่วนต่างน้ำหนัก = .....กิโลกรัม คิดเป็น.....% <input type="checkbox"/> ลดลง <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น <input type="checkbox"/> เท่าเดิม	<input type="checkbox"/> น้ำหนักลดน้อยกว่า 5%	<input type="checkbox"/> น้ำหนักลด ตั้งแต่ 5% ขึ้นไป

เกณฑ์การประเมิน : ถ้าตอบว่า มี ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป (ตั้งแต่ 3 คะแนน) ถือว่า มีภาวะเปราะบาง รวม.....คะแนน

ชื่อ.....ผู้ทำการคัดกรอง    หน่วยงาน..... หมู่ที่.....  
 ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด..... วันที่...../...../.....

อ้างอิงตาม คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข โดย คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ  
 กระทรวงสาธารณสุข สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม Email: [agingdms.moph@gmail.com](mailto:agingdms.moph@gmail.com)

