

## แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

### ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

#### 1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
- 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

#### 2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- 0. ต้องการความช่วยเหลือ
- 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

#### 3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

- 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3. ทำได้เอง

#### 4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

- 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

#### 5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

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

#### 6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
- 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- 0. ไม่สามารถทำได้
- 1. ต้องการคนช่วย
- 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

สรุปผลรวมคะแนน

คะแนน

- 1B1280-Special PP (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน BADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
- 1B1281-Special PP (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน
- 1B1282-Special PP (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

**แบบสอบถามเพิ่มเติมไม่มีผลคะแนน สำหรับทำทะเบียน**

1. มีผู้ดูแลประจำ หรือไม่

- ไม่มี ถูกญาติทอดทิ้ง
- ไม่มี อยู่ตามลำพังไม่มีญาติ
- มีครอบครัวดูแล
- มีเพื่อนบ้านดูแล

2. ได้รับเงินสงเคราะห์ หรือไม่

- ไม่ได้รับ
- ได้รับ
- ไม่ทราบ

3. เป็นสมาชิกชมรมใดๆ หรือไม่

- ไม่ได้เป็น
- ชมรมผู้สูงอายุ
- คลังปัญญา
- ชมรมผู้สูงอายุและคลังปัญญา
- อื่นๆ

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....)

( แพทย์ / นักกายภาพบำบัด / พยาบาล / นักวิชาการสาธารณสุข )

# แบบประเมินเพื่อพิจารณารถนั่งคนพิการ

## 1. สัมภาษณ์

ชื่อผู้รับบริการ \_\_\_\_\_ H.N. \_\_\_\_\_  
 อายุ \_\_\_\_\_ เพศ  ชาย  หญิง  
 โทรศัพท์ \_\_\_\_\_  
 ที่อยู่ \_\_\_\_\_  
 เป้าหมายการใช้ w/c :  ในบ้าน/รอบๆบ้าน  ออกไปนอกบ้าน

### • สภาพทางร่างกาย

CP  Polio  SCI  Stoke  TBI  SMA/MD  Amputee .....  OA knee  
 others (ระบุ).....

### • วิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมที่อยู่

ระยะทางที่ใช้ W/C ในแต่ละวัน	<input type="checkbox"/> ไม่เกิน 1ก.ม.	<input type="checkbox"/> 1-2 ก.ม.	<input type="checkbox"/> มากกว่า 2 ก.ม.	
ระยะเวลาที่นั่งใน W/C	<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 ชม.	<input type="checkbox"/> 1-3 ชม.	<input type="checkbox"/> 3-5 ชม.	<input type="checkbox"/> มากกว่า 5 ชม.
ขณะที่ไม่ได้นั่งใน W/C	<input type="checkbox"/> นอนบนเตียง	<input type="checkbox"/> นั่งเก้าอี้	<input type="checkbox"/> เดินไกลๆได้	<input type="checkbox"/> อื่นๆ_____
การเคลื่อนย้ายตัว	<input type="checkbox"/> ทำขึ้น	<input type="checkbox"/> ทำนั่ง	<input type="checkbox"/> ทำเองได้	<input type="checkbox"/> ต้องช่วยเหลือ
สภาพแวดล้อมที่จะใช้w/c	<input type="checkbox"/> พื้นคอนกรีต/ กระเบื้อง	<input type="checkbox"/> พื้นไม้	<input type="checkbox"/> พื้นดินแน่น/ขรุขระ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ_____
เดินทางโดยวิธี:	<input type="checkbox"/> รถยนต์	<input type="checkbox"/> แท็กซี่	<input type="checkbox"/> มอเตอร์ไซด์	<input type="checkbox"/> อื่นๆ_____

เหตุผลที่ต้องการเปลี่ยนคันใหม่:  ยังไม่เคยใช้ W/C มาก่อน  เคยใช้ แต่ไม่เคยเบิกตามสิทธิ  
 คันเก่าขนาดไม่เหมาะสม/ไม่ปลอดภัย  คันเก่าชำรุดมากไม่สามารถใช้งานได้

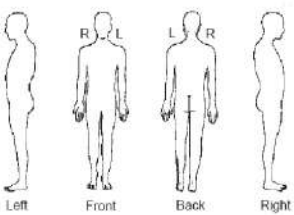
ลักษณะที่อยู่อาศัย (ระบุ).....

## 2: การประเมินทางร่างกาย

### การทรงตัว

- การทรงตัว  good  fair/poor
- การควบคุมศีรษะ/ลำคอ  good  fair/poor

### แผลกดทับ

/// = ไม่รู้สึก ○ = เคยมีแผลกดทับ ● = กำลังเป็นแผลกดทับ 	การรับรู้ความรู้สึกปกติหรือไม่?	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
	เคยมีแผลกดทับหรือไม่?	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
	กำลังเป็นแผลกดทับหรือไม่?	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
	ถ้าใช่ อยู่ในระยะ 1 - 4 หรือไม่?	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
	ระยะเวลาที่เป็นแผลและสาเหตุของการเกิดแผลครั้งนี้: _____				
มีความเสี่ยง*ต่อการเกิดแผลกดทับหรือไม่? (A)* ...สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก หรือ (B) มีอย่างน้อย 3 ปัจจัยเสี่ยงต่อไปนี้ ...เคลื่อนไหวไม่ได้...ความอับชื้น...อยู่ในท่าไม่ดี ... มีประวัติเป็นแผลกดทับ...โภชนาการไม่ดี ...สูงอายุ...น้ำหนักมาก/น้อยเกินไป					<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าตอบ "ใช่" ให้พิจารณาเบาหรืองั่ง

- วิธีการปั่นรถ คนพิการเข็นรถด้วยวิธีไหน?  ใช้แขนสองข้าง  ใช้แขนซ้าย  ใช้แขนขวา  
 ใช้ขาสองข้าง  ใช้ขาซ้าย  ใช้ขาขวา  
 มีผู้อื่นเข็นให้

● การวัดขนาดร่างกาย

	การวัดขนาดร่างกาย	ขนาดร่างกาย (ซม.)	การคำนวณขนาดร่างกายไปสู่ขนาดของรถนั่งคนพิการที่เหมาะสม	ขนาดของรถนั่งคนพิการ
A	ความกว้างของสะโพก		ความกว้างของสะโพก = ความกว้างของที่นั่ง	
B	ความลึกของที่นั่ง	ชาย	B ลบออก 30 – 50 มม. = ความลึกของที่นั่ง	
		ขวา		
C	ความยาวของน่อง	ชาย	= จากขอบบนของเบาะรถนั่งถึงขอบหลังของที่วางเท้า หรือ = จากขอบบนของเบาะรถนั่งถึงพื้น กรณีคนพิการใช้เท้าเข็นรถ	
		ขวา		
D	ระยะจากที่นั่งถึงชายโครง		= ระยะจากขอบบนของเบาะรถนั่งถึงขอบบนของพนักพิง (วัดระยะ D หรือ E – ขึ้นอยู่กับความต้องการของคนพิการ)	
E	ระยะจากที่นั่งถึงฐานสะบัก			

3. การพิจารณารถนั่งคนพิการ (กรณีอุปกรณ์หมวดมูลค่าสูง โปรดพิจารณาข้อบ่งชี้การให้อุปกรณ์)

ชนิดของรถนั่งคนพิการ		ขนาด
1. Standard wheelchair	<input type="checkbox"/>	12", 14", 16", 18", 20",.....
2. รถนั่งคนพิการสำหรับเด็กพิการทางการเคลื่อนไหวระดับรุนแรง (Tilt in space แบบพับได้)	<input type="checkbox"/>	S, M
3. รถนั่งคนพิการสำหรับเด็กสมองพิการ (Tilt in space แบบพับไม่ได้)	<input type="checkbox"/>	S, M
4. รถนั่งคนพิการชนิดช่วยเหลือตนเองเพื่อการดำรงชีวิตอิสระ	<input type="checkbox"/>	S, M, L
5. รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ แบบเคลื่อนที่ได้โดยระบบไฟฟ้า	<input type="checkbox"/>	16", 18"
6. รถนั่งคนพิการชนิดเคลื่อนที่ได้โดยระบบไฟฟ้า ชนิดปรับเอนนอนได้	<input type="checkbox"/>	18"
7.รถนั่งคนพิการแบบปรับยืนได้ (Standing wheelchair)	<input type="checkbox"/>	16"
8. รถนั่งคนพิการชนิดนั่งถ่ายและอาบน้ำได้ (Commode-shower wheelchair)	<input type="checkbox"/>	16"
9. เบาะรถนั่งสำหรับคนพิการแบบเติมลม (Air cushion)	<input type="checkbox"/>	
10. อื่นๆ (ระบุ)	<input type="checkbox"/>	

4. ตรวจสอบความเหมาะสม (support – safety - comfort)

- ขนาดเหมาะสม – (1) ความกว้างพอดี (2) ความลึกของที่นั่งพอดี และ (3) ตำแหน่งของที่วางเท้าถูกต้องเข้าไม่ชัน
- ความปลอดภัย – (1) ดู Posture ขณะนั่งใน w/c (2) ขณะw/c เคลื่อนที่ผู้ป่วยไม่ตก (3) seat bone test ระดับ 1
- รู้สึกสบาย – สังเกต/ถามผู้ป่วยว่านั่งแล้วรู้สึกสบายหรือไม่

5. Training/คำแนะนำที่ได้รับ

- สอนวิธีการใช้งาน W/C /อุปกรณ์เสริม
- สอนวิธีการดูแลรักษา W/C /อุปกรณ์เสริม
- การลดแรงกดและป้องกันแผล
- อื่นๆ ระบุ.....

หมายเหตุ.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)  
( แพทย์ / นักกายภาพบำบัด )

**ใบประเมินข้อบ่งชี้**  
**รถนั่งคนพิการสำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหวเพื่อการดำรงชีวิตอิสระ**

ชื่อผู้ป่วย .....การวินิจฉัยโรค.....  
 ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์ .....

ข้อกำหนด	ใช่	ไม่ใช่
๑. มีความพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย ที่ขึ้นทะเบียนคนพิการแล้ว และ ไม่ใช่กรณีต่อไปนี้ (๑.๑) ขาขาดระดับใต้เข่า/เหนือเข่า ๑ ข้างที่สามารถใช้ขาเทียมเดินได้มากกว่า ๑๐ ก้าว (๑.๒) โปलिए ใส่อุปกรณ์เสริมแล้วเดินได้มากกว่า ๑๐ ก้าว (๑.๓) เคยเปิดรถนั่งคนพิการตามสิทธิหลัก ยังไม่ครบ ๓ ปี (๑.๔) เคยได้รับรถนั่งคนพิการจากกรมการขนส่งทางบก		
๒. ไม่มีภาวะพิการประเภทอื่นร่วม เช่น การเห็น สติปัญญา เป็นต้น		
๓. ไม่มีภาวะ postural hypotension		
๔. ไม่มีแผลกดทับรุนแรง (ระยะ ๒ ขึ้นไป)		
๕. สามารถเคลื่อนย้ายตัวแบบด้านข้างได้เอง (อย่างน้อยระดับ supervision ขึ้นไป)		
๖. สามารถนั่งทรงตัวบนรถนั่งคนพิการได้อย่างปลอดภัย		
๗. สามารถใช้รถนั่งคนพิการโดยใช้แขน ๒ ข้าง ได้เองอย่างปลอดภัย		
๘. คนพิการต้องผ่านการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการขั้นพื้นฐาน และสามารถเข็นขึ้นลง ทางลาด และพื้นต่างระดับสูง ๑-๒ ซม. ได้อย่างปลอดภัย		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
 (.....)  
 ( แพทย์/นักกายภาพบำบัด )

ใบประเมินข้อบ่งชี้  
รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ แบบเคลื่อนที่ได้โดยระบบไฟฟ้า (Basic motorized wheelchair)

ชื่อผู้ป่วย .....การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์ .....

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
๑. ไม่มีความพิการประเภทอื่นร่วม เช่น การเห็น สติปัญญา เป็นต้น		
๒. ไม่สามารถเดินได้ หรือเดินได้ระยะสั้นๆแต่มีความยากลำบากและไม่ปลอดภัย		
๓. สามารถอยู่ในท่านั่งและควบคุมศีรษะได้อย่างปลอดภัย โดยอาจใช้/หรือไม่ใช้ อุปกรณ์ประคอง		
๔. ไม่มีภาวะ postural hypotension		
๕. ไม่มีความบกพร่องด้านความคิดความเข้าใจ (cognitive function)		
๖. ไม่มีประวัติภาวะชัก ในระยะ ๖ เดือนที่ผ่านมา		
๗. ไม่มีแผลกดทับรุนแรง (ระดับ ๒ ขึ้นไป) บริเวณเชิงกราน สะโพกและต้นขา		
๘. ไม่สามารถปั่นรถนั่งคนพิการแบบธรรมดา (manual wheelchair) ได้ หรือปั่นได้ ไม่เกิน ๑๐ เมตร		
๙. สภาพที่อยู่อาศัยเอื้อต่อการใช้รถนั่งคนพิการชนิดนี้		
๑๐. ไม่เคยได้รับรถนั่งคนพิการแบบไฟฟ้าจาก กปด.หรือหน่วยงานรัฐอื่นๆ		
๑๑. คนพิการต้องผ่านการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการแบบใช้ไฟฟ้า จนใช้งานได้อย่างปลอดภัย		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)  
( แพทย์/นักกายภาพบำบัด )

ใบประเมินข้อบ่งชี้  
รถนั่งคนพิการแบบเคลื่อนที่ได้โดยระบบไฟฟ้า ชนิดปรับเอนนอนได้  
(Reclining motorized wheelchair)

ชื่อผู้ป่วย .....การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์ .....

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
๑. ไม่มีความพิการประเภทอื่นร่วม เช่น การเห็น สติปัญญา เป็นต้น		
๒. ไม่สามารถเดินได้โดยสิ้นเชิง		
๓. ไม่สามารถอยู่ในท่านั่งและควบคุมศีรษะได้อย่างปลอดภัย		
๔. ไม่มีความบกพร่องด้านความคิดความเข้าใจ (cognitive function)		
๕. ไม่มีประวัติชักในระยะ ๖ เดือนที่ผ่านมา		
๖. ไม่มีแผลกดทับรุนแรง (ระดับ ๒ ขึ้นไป) บริเวณเชิงกราน สะโพกและต้นขา		
๗. ไม่สามารถปั่นรถนั่งคนพิการแบบธรรมดา (manual wheelchair) ได้ หรือปั่นได้ไม่เกิน ๑๐ เมตร		
๘. สภาพที่อยู่อาศัยเอื้อต่อการใช้รถนั่งคนพิการชนิดนี้		
๙. ไม่เคยได้รับรถนั่งคนพิการแบบไฟฟ้าจาก กภถ.หรือหน่วยงานรัฐอื่นๆ		
๑๐. คนพิการต้องผ่านการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการแบบใช้ไฟฟ้า จนใช้งานได้อย่างปลอดภัย		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)  
( แพทย์/นักกายภาพบำบัด )

ใบประเมินข้อบ่งชี้  
รถนั่งคนพิการแบบปรับยืนได้ (Standing wheelchair)

ชื่อผู้ป่วย .....การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์ .....

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
๑. ไม่มีความพิการประเภทอื่นร่วม เช่น การเห็น สติปัญญา เป็นต้น		
๒. ไม่สามารถเดินได้โดยสิ้นเชิง		
๓. สามารถอยู่ในท่านั่งและควบคุมศีรษะได้อย่างปลอดภัย		
๔. สามารถเคลื่อนย้ายตัวแบบด้านข้างได้เอง (อย่างน้อยระดับ supervision ขึ้นไป)		
๕. สามารถใช้แขน ๒ ข้าง เพื่อปรับอุปกรณ์ได้เองอย่างปลอดภัย		
๖. ไม่เคยได้รับอุปกรณ์ชนิดเดียวกัน จากหน่วยงานรัฐอื่นๆ		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)  
( แพทย์/นักกายภาพบำบัด )



ใบประเมินข้อบ่งชี้  
รถนั่งคนพิการชนิดนั่งถ่ายและอาบน้ำได้ (Commode-shower wheelchair)

ชื่อผู้ป่วย .....การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์ .....

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
๑. ไม่สามารถเดินได้ หรือเดินได้ระยะสั้นๆแต่มีความยากลำบากและไม่ปลอดภัย		
๒. ร่างกายอ่อนแรงหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จนไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวจากเตียง/รถนั่งคนพิการไปโถส้วมได้ แม้ผ่านการฝึกแล้ว		
๓. สามารถอยู่ในท่านั่งในรถนั่งคนพิการชนิดนี้ได้อย่างปลอดภัย		
๔. ไม่เคยได้รับอุปกรณ์ชนิดเดียวกัน จากหน่วยงานรัฐอื่นๆ		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)  
( แพทย์/นักกายภาพบำบัด )

ใบประเมินข้อบ่งชี้  
เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการแบบเต็มลม (Air cushion)

ชื่อผู้ป่วย ..... การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์ .....

ข้อกำหนด	ใช่	ไม่ใช่
๑. สูญเสียการรับความรู้สึก (loss sensation) ช่วงลำตัวและ/หรือก้นลงไป		
๒. สามารถนั่งได้ปลอดภัย		
๓. คนพิการและผู้ดูแลสามารถใช้งานและดูแลรักษาเบาะได้ถูกต้อง และทราบวิธีการลดแรงกดทับขณะนั่งในรถนั่งคนพิการ		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)  
( แพทย์/นักกายภาพบำบัด )

ใบประเมินข้อบ่งชี้  
รณึ่งคนพิการชนิดปรับให้เหมาะสมกับความพิการและขนาดของผู้พิการ  
แบบสำหรับเด็กที่พิการทางสมอง (แบบพับไม่ได้)

ชื่อผู้ป่วย .....การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์ .....

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
๑. ไม่สามารถนั่งทรงตัวได้ดี		
๒. ไม่สามารถควบคุมศีรษะได้ดี		
๓. มีภาวะกล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนปวกเปียก		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)  
( แพทย์ / นักกายภาพบำบัด )

ใบประเมินข้อบ่งชี้  
รณังคนพิการสำหรับเด็กพิการทางการเคลื่อนไหวระดับรุนแรง (รณ CP แบบพับได้)

ชื่อผู้ป่วย .....การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์ .....

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
๑. ไม่สามารถนั่งทรงตัวได้ดี		
๒. ไม่สามารถควบคุมศีรษะได้ดี		
๓. มีภาวะกล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนปวกเปียก		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)  
( แพทย์ / นักกายภาพบำบัด )

ใบประเมินข้อบ่งชี้  
 เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา มีล้อ (Posterior wheel walker)

ชื่อผู้ป่วย .....การวินิจฉัยโรค.....  
 ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์ .....

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
๑. มีความพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย ที่ขึ้นทะเบียนคนพิการแล้ว		
๒. มือสองข้างสามารถจับ/ประคองด้ามจับขณะเดินได้		
๓. ขามีภาวะกล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนแรงจนควบคุมลำบาก		
๔. ได้รับการฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินชนิดนี้แล้ว		
๕. ไม่เคยได้รับอุปกรณ์ชนิดเดียวกัน จากหน่วยงานรัฐอื่นๆ		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
 (.....)  
 ( แพทย์/นักกายภาพบำบัด )