



MedResNet  
เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

### โครงการการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2561

รหัส รพ.

รหัสประจำตัว (PID)

วันที่นัดตรวจ / /2561

HN

หลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้า	ใช่	ไม่ใช่
--------------------------	-----	--------

ผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาล เป็นเวลาเท่ากับ หรือนานมากกว่า 12 เดือน ขึ้นไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

หลักเกณฑ์การคัดออกจากการประเมิน	ใช่	ไม่ใช่
---------------------------------	-----	--------

มีประวัติตั้งครรภ์ในช่วง 12 เดือนที่ ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

โปรดระบุวันที่ มารับการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลครั้งแรก / /25

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 25   ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน

- ผู้ป่วยรายนี้  1. รักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประจำ ณ สถานพยาบาลแห่งนี้เพียงแห่งเดียว
2. รักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกันระหว่าง 2 หน่วยบริการ

ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาครั้งนี้ ที่ OPD ประเภทใด (ทั้งใน/นอกเวลาราชการ)

1. OPD เฉพาะโรคเบาหวาน
2. OPD เฉพาะโรคความดันโลหิตสูง
3. OPD เฉพาะโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง
4. OPD อายุรกรรมทั่วไป (General Medicine)
5. OPD ตรวจโรคทั่วไป (General Practitioner หรือ GP ) หรือ OPD ประกันสังคม หรือ OPD เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine)
6. OPD อื่นๆ โปรดระบุ .....

ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาในวันที่นัดหรือไม่

1. มารับการรักษา
2. ไม่มารับการรักษาตามนัด โดยมารักษาครั้งล่าสุดวันที่ / /25
3. ญาติมารับยาแทน โดยเดินทางมารักษาครั้งล่าสุดวันที่ / /25

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ  1. ชาย  2. หญิง
2. อายุ  ปี (คำนวณใช้ พ.ศ. ปัจจุบัน - พ.ศ. เกิด)
3. อาชีพ (ปัจจุบัน)
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ, แม่บ้าน, อยู่บ้านเฉยๆ	<input type="checkbox"/> 2. พระภิกษุ นักบวช แม่ชี
<input type="checkbox"/> 3. นักเรียน, นักศึกษา	<input type="checkbox"/> 4. ข้าราชการ
<input type="checkbox"/> 5. ลูกจ้างของรัฐ	<input type="checkbox"/> 6. พนักงาน ภาครัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 7. พนักงาน ภาคเอกชน	<input type="checkbox"/> 8. เจ้าของธุรกิจค้าขายและการให้บริการ
<input type="checkbox"/> 9. เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่ ปศุสัตว์ รับจ้างทางการเกษตร)	<input type="checkbox"/> 10. ประมง (เพาะเลี้ยงจับสัตว์น้ำ,รับจ้างด้านประมง)
<input type="checkbox"/> 11. รับจ้างรายวันอื่นๆ (ขับรถรับจ้าง,ก่อสร้าง,งานในภาคอุตสาหกรรม)	<input type="checkbox"/> 12. อื่นๆ ระบุ .....
<input type="checkbox"/> 13. ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน	
4. การนับถือศาสนา
 

<input type="checkbox"/> 1. พุทธ	<input type="checkbox"/> 2. อิสลาม	<input type="checkbox"/> 3. คริสต์
<input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ โปรดระบุ .....	<input type="checkbox"/> 5. ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน	
5. สัญชาติ
 

<input type="checkbox"/> 1. ไทย	<input type="checkbox"/> 2. เมียนมาร์ พม่า	<input type="checkbox"/> 3. ลาว	<input type="checkbox"/> 4. กัมพูชา	<input type="checkbox"/> 5. เวียดนาม
<input type="checkbox"/> 6. ไม่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติ	<input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ _____	<input type="checkbox"/> 8. ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน		
6. สิทธิการรักษา
 

<input type="checkbox"/> 1. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อสม.
<input type="checkbox"/> 2. เบิกตรง สวัสดิการข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ
<input type="checkbox"/> 3. ประกันสังคม
<input type="checkbox"/> 4. สวัสดิการของบริษัท องค์กร รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 5. จ่ายเงินเอง
<input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ โปรดระบุ .....
<input type="checkbox"/> 7. ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน
7. น้ำหนักล่าสุด ภายใน 12 เดือน  .  กิโลกรัม  ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน
8. ส่วนสูง  .  เซนติเมตร  ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน
9. รอบเอวล่าสุด ภายใน 12 เดือน  .  เซนติเมตร / นิ้ว  ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน

**ส่วนที่ 2 ประวัติ การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา**

10. ผู้ป่วยสูบบุหรี่หรือไม่

1. สูบ  2. เลิกสูบแล้ว  3. ไม่เคยสูบเลย  4. ไม่มีข้อมูล

11. ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ได้รับคำแนะนำปรึกษาอย่างเป็นระบบ หรือเข้าโปรแกรมให้เลิกสูบบุหรี่ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่

1. ไม่เคยได้รับคำแนะนำ หรือเข้าโปรแกรม

2. ได้รับคำแนะนำ หรือเข้าโปรแกรม เมื่อ (วัน/เดือน/ปี) / /25

- ผู้ให้คำแนะนำปรึกษา  1. พยาบาล / แพทย์  2. นักจิตวิทยา / นักสังคมสงเคราะห์  
 3. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรม  4. ไม่ทราบ

3. ไม่มีข้อมูลในเวชระเบียน

12. ผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุราหรือไม่

1. ดื่ม  2. ไม่ดื่ม  3. เคยดื่มแต่เลิกแล้ว  4. ไม่มีข้อมูล

กรณีที่ดื่ม โปรดความถี่ในการดื่ม

- 1.1 ดื่มทุกวัน  1.2 ดื่ม 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์  1.3 ดื่ม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์  1.4 ดื่ม 1-2 ครั้งต่อเดือน  
 1.5 ดื่มตามโอกาส

**ส่วนที่ 3 โรคร่วมอื่นๆ ที่ได้รับการวินิจฉัย**

มีการวินิจฉัยว่าตรวจพบโรคร่วมอื่นๆ ดังต่อไปนี้หรือไม่	ไม่พบ	พบ	วันที่วินิจฉัย
13. โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
14. ภาวะไขมันในเลือดสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. โรคเก๊าต์ Gout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. ภาวะไตเสื่อมสมรรถภาพ Renal Insufficiency (CRI, CRF, CKD, ESRD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
16.1 ผู้ป่วยมีการทำ dialysis หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่ทำ <input type="checkbox"/> 2. ทำ hemodialysis <input type="checkbox"/> 3. ทำ peritoneal dialysis			
17. แพทย์วินิจฉัยว่าพบ Microalbuminuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
18. แพทย์วินิจฉัยว่าพบ Macroalbuminuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
19. Diabetic Kidney Disease; DKD (โรคไตจากเบาหวาน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
20. Diabetic Retinopathy; DR (โรคตาจากเบาหวาน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
21. โรคร่วมอื่นๆ โปรดระบุ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**ส่วนที่ 4 ประวัติการใช้ยา ณ วันที่มารับการตรวจรักษาครั้งนี้**

22. ยารักษาโรคเบาหวาน  1. ไม่ได้รับ  2. ได้รับ โพรดระบยาที่ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. Biguanides  2. Sulfonylurea  3. Non – Sulfonylurea
4. Thiazolidinedione  5. Alpha – glucosidase Inhibitor ( $\alpha$ -GI)
6. DPP – 4 Inhibitor  7. GLP – 1 Analog  8. Insulin
9. SGLT2 inhibitor  10. อื่นๆ โพรดระบยา .....

23. ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

1. ไม่ได้รับ  2. ได้รับ โพรดระบยาที่ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. Diuretics (กลุ่มยาขับปัสสาวะ)  2. Beta-blocker
3. Alpha-blocker  4. Calcium channel blockers
5. Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI)  6. Angiotensin receptor blockers (ARB)
7. Vasodilators (กลุ่มยายขยายเส้นเลือดแดง)  8. Central agonists
9. Peripheral adrenergic inhibitors  10. อื่นๆ โพรดระบยา .....

24. ยาลดไขมันในเลือด

1. ไม่ได้รับ  2. ได้รับ โพรดระบยาที่ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. Statin  2. Fibrates
3. Niacin  4. อื่นๆ ระบุ .....

**ส่วนที่ 5 ประวัติการใช้ยา ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา**

25. ผู้ป่วยได้รับยาลดความดันโลหิตในกลุ่ม ACEI หรือ ARB ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. ไม่ได้รับ  2. ได้รับ หรือเคยได้รับ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โพรดระบยาที่ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

ระบุตัวยาที่ได้รับ	ปัจจุบันได้รับยาอยู่	หยุดยาในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	วันหยุดยา
<input type="checkbox"/> 1. กลุ่ม ACEI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> 25 <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 2. กลุ่ม ARB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> 25 <input type="text"/> <input type="text"/>

26. ผู้ป่วยได้รับกลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด

1. ไม่ได้รับ  2. ได้รับ หรือเคยได้รับ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โพรดระบยาที่ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. Aspirin 81 mg  2. Clopidogrel (Pidogen®, Apolets®, Ceruvin®)  3. Prasugrel (Effient)
4. Ticlopidine (Aplaket, Cenpidine, Ticlid, Ticlo, Ticlodin, Ticlopine, Tilopin, Tipidine)  5. อื่นๆ.....

ส่วนที่ 6 ระดับความดันโลหิต จากการมาตรฐานรักษาโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน 3 ครั้ง ล่าสุด ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

วันที่ตรวจ	วัดเมื่อ (วัน/เดือน/ปี)	ระดับความดันโลหิต (mmHg)	มีการปรับหรือเปลี่ยน ยาความดันโลหิตสูงจากครั้งที่แล้วหรือไม่
27. ครั้งล่าสุด	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. ปรับ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ปรับ
28. ครั้งก่อนหน้า	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. ปรับ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ปรับ
29. 2 ครั้งก่อนหน้า	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. ปรับ <input type="checkbox"/> 2. ไม่ปรับ

ส่วนที่ 7 ผลตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ล่าสุด

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ไม่ตรวจ	ตรวจ	ผลตรวจ	Unit	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ
30. FPG ครั้งล่าสุด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
31. FPG ก่อนหน้าครั้งล่าสุด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
32. HbA1c ครั้งล่าสุด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	%	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
33. HbA1c ก่อนหน้าครั้งล่าสุด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	%	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
34. HbA1c 2 ครั้งก่อนหน้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	%	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
35. Hematocrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	%	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
36. Hemoglobin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	g/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
37. Serum BUN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
38. Serum Creatinine ล่าสุด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
39. Estimated GFR ล่าสุด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> mL/minute/1.73 m <sup>2</sup>		<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
40. Serum Creatinine ครั้งแรกในปี 2560	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
41. Serum Creatinine ครั้งแรกในปี 2559	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
42. Serum Creatinine ครั้งแรกในปี 2558	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
43. Serum Potassium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	mmol/L	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
44. Serum Uric Acid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ไม่ตรวจ	ตรวจ	ผลตรวจ	Unit	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ
45. Total Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
46. Triglyceride	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
47. HDL Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>
48. LDL Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ค่าคำนวณไม่ได้	mg/dL	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> /25 <input type="text"/> <input type="text"/>

ค่า LDL Cholesterol ที่ตรวจ เป็นแบบใด

1. Measured-LDL หรือ Direct-LDL     
  2. Calculated-LDL     
  3. ไม่ทราบ

49. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG)     
 1. ไม่ตรวจ     
 2. ตรวจ เมื่อวันที่ / /25

โปรดระบุผลการตรวจ

1. ผลเป็นปกติ     
 2. ผลมีความผิดปกติ ดังนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 2.1 LVH (ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนา)     
 2.2 LAE (หัวใจห้องบนซ้ายโต)
  - 2.3 AF (หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพรี้ว)
  - 2.4 Heart Block     
 2.4.1 (AV (atrioventricular) heart blocks)     
 2.4.2 Left bundle branch block
  - 2.4.3 Right bundle branch blocks     
 2.4.4 Tachybrady syndrome
  - 2.5 อื่นๆ ระบุ .....

50. การตรวจหา Albumin หรือ Proteinuria ในปัสสาวะ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. ไม่ตรวจ  2. ตรวจ กรณาระบุวิธีการตรวจ และผลการตรวจ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

2.1 Urine Dipstick ตรวจ เมื่อวันที่ //25

ผลการตรวจ

2.1.1 ผลเป็นลบ / Trace

2.1.2 ผลเป็นบวก (Macroproteinuria)

2.2 Microalbuminuria Dipstick ตรวจ เมื่อวันที่ //25

ผลการตรวจ

2.2.1 ผลเป็นลบ

2.2.2 ผลเป็นบวก ( $\geq 20$  mg/L) / Trace

2.3 Alb/Cr Ratio กรณาระบุค่า 3 ครั้งล่าสุด เรียงจากปัจจุบันไปอดีต ใน 6 เดือน

2.3.1 ครั้งล่าสุด ผล  .  mg/g หรือ  <30  30-300  >300 วันที่ //25

2.3.2 ครั้งก่อนหน้า ผล  .  mg/g หรือ  <30  30-300  >300 วันที่ //25

2.3.3 2 ครั้งก่อนหน้า ผล  .  mg/g หรือ  <30  30-300  >300 วันที่ //25

2.4 Spot Urine Albumin sample ตรวจเมื่อวันที่ //255

ผล  .  mg/L หรือ  <30 mg/L  30-300 mg/L  >300 mg/L

ส่วนที่ 8 การตรวจตาและช่องปาก ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

51. ผู้ป่วยได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างละเอียดหรือไม่

1. ไม่ได้รับการตรวจจอประสาทตา

2. ได้รับการตรวจแล้ว เมื่อ (วัน/เดือน/ปี) //25

ตรวจโดย  1. จักษุแพทย์  2. Fundus camera (พยาบาล/ จนท.ที่ได้รับการฝึก)

52. ผู้ป่วยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์หรือบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมโดยเฉพาะหรือไม่

1. ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

2. ได้รับการตรวจแล้ว เมื่อ (วัน/เดือน/ปี) //25

### ส่วนที่ 9 การตรวจสอบสุขภาพเท้า

53. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้รับการตรวจเท้า ครบ ทั้ง 4 รายการ ได้แก่ การสังเกตผิวหนังภายนอก, การสังเกตรูปเท้า, การตรวจปลายประสาทที่เท้า และการคลำชีพจรเท้า หรือไม่

1. ไม่ได้รับการตรวจครบ     
  2. ได้รับการตรวจครบ เมื่อ

54. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยหรือญาติได้รับการสอนที่มีรูปแบบการตรวจและดูแลเท้าด้วยตนเองอย่างเป็นระบบหรือไม่

1. ไม่ได้รับการสอน     
  2. ได้รับการสอน เมื่อ

55. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยพบแผลที่เท้า เช่น อักเสบ บวมแดง กัดเจ็บ น้ำกัดเท้า dry gangrene หรือ DM foot หรือไม่

1. ไม่พบแผล     
  2. พบแผล วันที่วินิจฉัย

56. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้รับการตัดนิ้วเท้า เท้า ขา ที่เป็นแผลบ้างหรือไม่

1. ไม่ตัด     
  2. ตัด

ตำแหน่งที่ถูกตัด คือ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. นิ้วเท้า วันที่ตัด
2. เท้า วันที่ตัด
3. ถูกตัดขาใต้หัวเข่า (BKA) วันที่ตัด
4. ถูกตัดขาเหนือหัวเข่า (AKA) วันที่ตัด



**ส่วนที่ 10 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เกิดจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2**

**57. พบ ภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Accident หรือ; CVA) หรือไม่**

ไม่พบ  พบ โปรดระบุ ภาวะแทรกซ้อน และปีวินิจฉัย

- |   |                      |   |                      |     |                      |
|---|----------------------|---|----------------------|-----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. เลือดออกในสมอง (Cerebral Hemorrhage) I60-I62  | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | /25 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. โรคเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด (Cerebral Infarction) I63   | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | /25 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 3. อัมพาตเฉียบพลัน (Stroke) โดยไม่ระบุว่าเป็นเกิดจากเลือดออก (Hemorrhage) หรือเนื้อสมองตาย (Infarction) I64                    | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | /25 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 4. การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดง ทั้งก่อนถึงสมอง หรือในสมอง (pre-cerebral or cerebral occlusion/stenosis of arteries) I65-I66 | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | /25 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 5. หลอดเลือดสมองโป่งพอง ไม่แตก (Cerebral aneurysm, non-ruptured) I67.1   | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | /25 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 6. หลอดเลือดแดงของสมองตีบแข็ง (Cerebral atherosclerosis) I67.2   | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | /25 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 7. ภาวะการอุดตันของหลอดเลือดสมองไม่เกิน 24 ชั่วโมงแล้วกลับเป็นปกติ (Transient Ischemic Attack; TIA) G45                        | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | /25 | <input type="text"/> |

**58. พบ โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ หรือไม่**

ไม่พบ  พบ โปรดระบุ ภาวะแทรกซ้อน และปีวินิจฉัย

- |   |                      |   |                      |     |                      |
|---|----------------------|---|----------------------|-----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. อาการเจ็บแน่นหน้าอกจากหลอดเลือดหัวใจตีบ (Angina pectoris) I20                                       | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | /25 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 2. กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) I21-22                                    | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | /25 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 3. กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (Chronic ischemic heart disease, Atherosclerotic heart disease) I25 | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | /25 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 4. โรคกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (Cardiomyopathy) I42  | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | /25 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 5. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation and flutter) I48                           | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | /25 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 6. ภาวะหัวใจล้มเหลว Congestive heart failure (CHF) หรือ congestive cardiac failure (CCF) I50           | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | /25 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 7. ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต Left ventricular hypertrophy หรือ LVH                                       | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | /25 | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 8. ได้รับการขยายหลอดเลือด (Coronary revascularization)   | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | /25 | <input type="text"/> |

**59. พบ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย เช่น Peripheral arterial disease (PAD), peripheral angiopathy ulcer, หรือ gangrene หรือไม่**

ไม่พบ  พบ โปรดระบุ ปีวินิจฉัย 

**60. พบ โรคระบบประสาทส่วนปลายจากเบาหวาน หรือไม่**

ไม่พบ  พบ โปรดระบุ ปีวินิจฉัย

NHSO DM 2560 Version 1.2 edit 21/01/2561

หน้า 9 จาก 10

**61. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ที่ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบบเฉียบพลัน หรือไม่**

1. ไม่มีประวัติ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบบเฉียบพลัน
2. มีประวัติ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบบเฉียบพลัน โปรดระบุสาเหตุ
- 2.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ( Hypoglycemia) **เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ**
1. ไม่ได้เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล วันที่   /   /25
2. เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล วันที่   /   /25
3. เป็นเหตุให้ส่งต่อไปรักษาล่าสุดเมื่อ วันที่   /   /25
- 2.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขั้นรุนแรง (Severe Hypoglycemia) **เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ**
1. ไม่ได้เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล วันที่   /   /25
2. เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล วันที่   /   /25
3. เป็นเหตุให้ส่งต่อไปรักษาล่าสุดเมื่อ วันที่   /   /25
- 2.3 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงแบบ ภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนจากเบาหวาน Diabetic ketoacidosis; DKA **เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ**
1. ไม่ได้เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล วันที่   /   /25
2. เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล วันที่   /   /25
3. เป็นเหตุให้ส่งต่อไปรักษาล่าสุดเมื่อ วันที่   /   /25
- 2.4 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงแบบ Hyperosmolar Hyperglycemic Non-ketotic Syndrome; HHNS **เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ**
1. ไม่ได้เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล วันที่   /   /25
2. เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล วันที่   /   /25
3. เป็นเหตุให้ส่งต่อไปรักษาล่าสุดเมื่อ วันที่   /   /25
- 2.5 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ที่ได้รับการรักษาไม่วินิจฉัยระบุว่าเป็นแบบใด
1. ไม่ได้เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล วันที่   /   /25
2. เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล วันที่   /   /25
3. เป็นเหตุให้ส่งต่อไปรักษาล่าสุดเมื่อ วันที่   /   /25