



RPP IPDFRAIL

ติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วย

Comprehensive Geriatric Assessment form

	แรกรับ	ก่อน Discharge	หลัง Discharge 1 เดือน
	วันที่ __/__/__ เวลา	วันที่ __/__/__ เวลา	วันที่ __/__/__ เวลา
Physical	<input type="checkbox"/> Frailty <input type="checkbox"/> Prefrail <input type="checkbox"/> Robust <input type="checkbox"/> Fall <input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> Swallowing problem <input type="checkbox"/> Polypharmacy	<input type="checkbox"/> Frailty <input type="checkbox"/> Prefrail <input type="checkbox"/> Robust <input type="checkbox"/> Fall <input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> Swallowing problem <input type="checkbox"/> Polypharmacy	<input type="checkbox"/> Frailty <input type="checkbox"/> Prefrail <input type="checkbox"/> Robust <input type="checkbox"/> Fall <input type="checkbox"/> Malnutrition <input type="checkbox"/> Swallowing problem <input type="checkbox"/> Polypharmacy
Mental	<input type="checkbox"/> Hx delirium <input type="checkbox"/> Cognitive impairment <input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Hx delirium <input type="checkbox"/> Cognitive impairment <input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Hx delirium <input type="checkbox"/> Cognitive impairment <input type="checkbox"/> Depression
Function Barthel's index	_____/20	_____/20	_____/20
Social	<input type="checkbox"/> Caregiver problem <input type="checkbox"/> Financial problem	<input type="checkbox"/> Caregiver problem <input type="checkbox"/> Financial problem	<input type="checkbox"/> Caregiver problem <input type="checkbox"/> Financial problem

Frailty status ภาวะเปราะบาง)

FRAIL scale (ก่อนความเจ็บป่วยครั้งนี้)

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเปราะบางตามเกณฑ์ของ FRAIL scale

Item	FRAIL	0=ใช่ 1=ไม่ใช่	คะแนน
F	Fatigue	ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเหนื่อยเพลียบ่อยมากแค่ไหน 1 = ตลอดเวลา 2 = เกือบตลอดเวลา 3 = บางเวลา 4 = ส่วนน้อย 5 = ไม่เคยเลย ถ้าตอบ 1, 2 ให้คะแนน =1 ถ้าตอบข้ออื่นให้คะแนน = 0	
R	Resistance	เวลาท่านเดินขึ้นบันได 10 ชั้นด้วยตัวเองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ท่านต้องพักระหว่างเดินขึ้นบันไดใช่ไหม ถ้าตอบใช่ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน	
A	Ambulation	เวลาที่ท่านเดินไปมาเองโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ท่านมีปัญหาเวลา เดินไกลเป็นระยะทางหลายร้อยเมตรไหม ถ้าตอบใช่ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ให้ 0 คะแนน	
I	Illness	คุณหมอที่ดูแลได้เคยบอกว่าคุณมีโรคต่างๆ เหล่านี้ไหม ได้แก่ 1) HT, 2) DM, 3) CA (ไม่รวมมะเร็งผิวหนัง), 4) chronic lung disease, 5) heart attack, 6) CHF, 7) angina, 8) asthma, 9) arthritis, 10) stroke, 11) kidney disease ถ้ามี 0-4 โรคให้ 0 คะแนน ถ้ามี 5-11 โรค ให้ 1 คะแนน	
L	Loss of weight	น้ำหนัก 1 ปีที่ผ่านมาโดยไม่สวมรองเท้า =กิโลกรัม น้ำหนักปัจจุบันโดยไม่สวมรองเท้า =กิโลกรัม ร้อยละน้ำหนักที่เปลี่ยนไป =% [(น้ำหนัก 1 ปีก่อน - น้ำหนักปัจจุบัน)/ น้ำหนัก 1 ปีก่อน] x 100 ถ้าค่า > 5% ให้ 1 คะแนน ถ้า < 5% ให้ 0 คะแนน	
คะแนนรวม			

หมายเหตุ HT : hypertension, CA : cancer, CHF : congestive heart failure

- 0 = robust (แข็งแรง)
- 1-2 = prefrail (ภาวะก่อนเปราะบาง)
- 3-5 = frail (ภาวะเปราะบาง)

(2 สัปดาห์ก่อนเจ็บป่วยครั้งนี้)

Rockwood's Clinical Frailty Scale: CFS



1. กิจกรมทางกายมาก (Very fit) - แข็งแรง, กระฉับกระเฉง, มีแรงจูงใจดีและออกกำลังกายเป็นประจำ; คนเหล่านี้มักออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเป็นกลุ่มที่ประกอบกิจกรรมมากที่สุดในช่วงอายุเดียวกัน



2. กิจกรมทางกายดี (Well) - ควบคุมโรคประจำตัวได้ดีมาก แต่น้อยกว่าในข้อ 1 ออกกำลังกายหนักมากแต่บางครั้งคราว



3. กิจกรมทางกายพอใช้, ควบคุมโรคประจำตัวได้ดี (Well, with treated comorbid disease) - อาการของโรคประจำตัวควบคุมได้ค่อนข้างดี แต่ไม่ออกกำลังกายมากกว่าการเดินเท้าเป็นประจำ



4. มีความอ่อนแอ (vulnerable) - ทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น, คนกลุ่มนี้มักบอกว่า "ทำอะไรได้ช้าลง" หรือบ่นว่าเหนื่อยในระหว่างวัน



5. เปราะบางเล็กน้อย (Mildly frail) - ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นแต่ต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันที่ยับซ้อน (การจัดการเงิน, การเดินทางโดยใช้พาหนะ, การทำความสะอาดบ้าน, การจัดยา) และส่วนใหญ่มักค่อย ๆ มีปัญหามากขึ้นกับการซื้อของ, การเตรียมอาหาร



6. เปราะบางปานกลาง (Moderately frail) - ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมนอกบ้านทั้งหมดรวมถึงการทำงานบ้าน, มักมีปัญหาในการใช้บันได, ต้องช่วยเหลือในการอาบน้ำและช่วยเหลือในการแต่งตัวเล็กน้อย



7. เปราะบางอย่างรุนแรง (Severely frail) - มีภาวะพึ่งพาอย่างสมบูรณ์จากสาเหตุใดก็ตาม ถึงอย่างนั้นก็ยังไม่มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิต (ใน 6 เดือน)



8. เปราะบางอย่างรุนแรงมาก (Very Severely frail) - เข้าใกล้บั้นปลายของชีวิต โดยทั่วไปแล้วแม้จะป่วยเล็กน้อยก็มีแนวโน้มว่าจะไม่ดีขึ้นจากอาการเหล่านั้น



9. ภาวะใกล้เสียชีวิต (Terminal ill) - มักจะเป็นผู้ที่มีชีวิตได้ไม่ถึง 6 เดือน และเปราะบางไปไม่ได้มากกว่านี้แล้ว

การให้คะแนนความเปราะบางในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ระดับของความเปราะบางสอดคล้องกับระดับของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาการที่พบบ่อยในภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ได้แก่ การลืมรายละเอียดของเหตุการณ์ล่าสุด แม้ว่าจะยังคงจดจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ แต่มักมีการเล่าเรื่องเดิมซ้ำ ๆ และมีการถอนตัวออกจากสังคม (social withdrawal)

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง ความจำระยะสั้นจะมีความบกพร่องอย่างมากแม้ว่าพวกเขาจะสามารถจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดี ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยวิธีการกระตุ้นเตือน

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรงจะไม่สามารถดูแลตัวเองโดยปราศจากความช่วยเหลือ

Rockwood K, Theou O. Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. Can Geriatr J. 2020;23(3):210-5.

Clinical Frailty Scale = _____ (1-9)

2.SPENT (nutrition)



Better Nutrition for Better Life

แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ

สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย

ข้อมูลผู้ป่วย

วันที่.....
 ชื่อ-นามสกุล.....
 HN.....AN.....อายุ.....ปี

หอผู้ป่วย.....
 โรค.....
 น้ำหนักปัจจุบัน.....Kg
 ประเมินน้ำหนักโดย ชั่ง ชักถาม ประเมิน
 ส่วนสูง.....CM

หัวข้อการคัดกรอง	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	วันที่.....		วันที่.....		วันที่.....	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลง โดยไม่ได้ตั้งใจในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่						
2. ผู้ป่วยได้รับอาหารน้อยกว่าที่เคยได้ (เกินกว่า 7 วัน)						
3. BMI < 18.5 หรือ > 25.0 Kg/m ² หรือไม่						
4. ผู้ป่วยมีภาวะโรควิกฤต หรือกึ่งวิกฤตร่วมด้วยหรือไม่						
	ผู้คัดกรอง					

ผลการคัดกรอง

- ถ้าตอบ ใช่ ≥ 2 ข้อ ให้ Notify นักกำหนดอาหาร/ทีมโภชนบำบัดเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ
 ถ้าตอบ ใช่ ≤ 1 ข้อ ให้ประเมิน ซ้ำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล

3.Fall

หกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา มีครั้ง ไม่มี

รายละเอียดเพิ่มเติม

4.มีประวัติสำลักอาหาร มี ไม่มี

Mental

5.Cognition เดิม

- มีภาวะหลงลืม หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม
- ไม่มีภาวะหลงลืม

6.มีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลแล้วมีภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium)

- เคยมี ไม่เคยมี

7. ภาวะซึมเศร้า (Depression)

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

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

การแปลผล

- ถ้าคำตอบ **ไม่มี** ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าคำตอบ **มี** ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง "เป็นผู้มีความเสี่ยง" หรือ "มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า" ให้ประเมินด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q

8.Status ambulation ก่อนความเจ็บป่วยครั้งนี้

- ช่วยเหลือตนเองและเดินออกนอกบ้านเองได้
- เดินด้วยตนเองได้ภายในบ้าน
- ต้องพยุงเดิน แต่ไม่ใช่ gait aid
- ต้องใช้เครื่องพยุงเดิน (gait aid) โปรตรระบุ
- Walker Tripod cane Single cane Wheelchair
- ติดเตียงไม่สามารถนั่งได้

Function

9.Barthel's index ADL (ก่อนความเจ็บป่วยครั้งนี้)

แบบประเมินที่ 1 การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index)

กิจกรรม/คะแนน	คะแนน
1.Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้หรือคอยค่อนหน้า 0 = ไม่สามารถตัดอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ 1 = ตัดอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใส่ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตักเป็นเล็ก ๆ ว่างหน้า 2 = ตัดอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ	
2.Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 – 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา) 0 = ต้องการความช่วยเหลือ 1 = ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
3.Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือ จากเตียงไปยังเก้าอี้) 0 = ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยยกขึ้น 1 = ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คนหรือใช้คนทั่วไปคนพุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ 2 = ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 = ทำได้เอง	
4.Toilet use (การเข้าห้องน้ำ) 0 = ช่วยตัวเองไม่ได้ 1 = ทำเองได้ บาง อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองหลังจากเสร็จธุระ)แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2 = ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจาก โถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอด ใ้เสื้อผ้าได้เรียบร้อย	
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 0 = เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1 = ต้องใคร่ขึ้นช่วยตัวเองเคลื่อนที่ตัวเอง (ไม่ต้องมีคนขึ้นให้) และจะต้องใช้ออกันหรือประดูได้ 2 = เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 = เดินหรือเคลื่อนที่ตัวเอง	
6. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) 0 = ไม่สามารถทำได้ 1 = ต้องการคนช่วย 2 = ขึ้น – ลง ได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องมีคนขึ้นลงไปด้วย)	
7. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0 = ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย 1 = ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2 = ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม วัสดุซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
8. Bathing (การอาบน้ำ) 0 = ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1 = อาบน้ำเองได้	
9. Bowels (การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 = กลั่นไม่ได้ หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1 = กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2 = กลั่นได้ปกติ	
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 = กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ 1 = กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) 2 = กลั่นได้เป็นปกติ	
	คะแนนรวม

การแปลผล การพึ่งตนเอง

คะแนนรวม ADL (เต็ม) 20 คะแนน	แปลผล
0 – 4 คะแนน	ผู้สูงอายุต้องการพึ่งผู้อื่นทั้งหมด
5 – 8 คะแนน	ผู้สูงอายุต้องการพึ่งผู้อื่นเป็นจำนวนมาก
9 – 11 คะแนน	ผู้สูงอายุต้องการพึ่งผู้อื่นปานกลาง
12 – 20 คะแนน	พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคม

10. ผู้ดูแลหลักเป็นใคร

- ญาติ รับจ้าง Nursing home
รายละเอียดเพิ่มเติม

11. Financial problem มี ไม่มี

รายละเอียดเพิ่มเติม

12. Zarit Burden Interview (Caregiver burden)

แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ฉบับภาษาไทย
(The Zarit Burden Interview: Short Form)

Sticker

ระบุความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย

ระบุระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนปัจจุบัน

ต่อไปนี้เป็นคำถาม 4 คำถาม เกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน

ให้เลือกตัวเลขที่ให้ความหมายตรงกับความรู้สึกของท่านที่สุด

- 0 : ไม่เคยเลย
1 : นานๆ ครั้ง
2 : บางครั้ง
3 : บ่อยครั้ง
4 : เป็นประจำ

ภาระการดูแล	วงกลมคะแนนที่ตรงกับความรู้สึก				
1. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากว่าใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากไม่มีเวลาเป็นของตนเอง	0	1	2	3	4
2. ท่านรู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ	0	1	2	3	4
3. ท่านรู้สึกตึงเครียดขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย	0	1	2	3	4
4. ท่านรู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย	0	1	2	3	4

คะแนนที่ได้.....คะแนน

วันที่ประเมิน.....

ผู้ประเมิน.....