



**ความเห็นแพทย์รับรองการทูลภาพ**

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย..... เลขที่ H.N..... เลขที่ A.N.....

ผู้ป่วยปรากฏอาการทูลภาพครั้งแรกเมื่อ.....จากสาเหตุ.....

โรคประจำตัวอื่นๆ ที่มี.....ระยะเวลาของโรค เริ่มเป็นเมื่อ.....สถานพยาบาลที่รักษา.....

**ก. การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ**

1. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน					
1.1 อาบน้ำ	<input type="checkbox"/>	สามารถอาบน้ำได้เอง	<input type="checkbox"/>	ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น	
1.2 แต่งตัว	<input type="checkbox"/>	สามารถสวมหรือถอดเสื้อผ้า กางเกง ได้เอง	<input type="checkbox"/>	ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น	
1.3 ทานอาหาร	<input type="checkbox"/>	สามารถทานอาหารได้เอง	<input type="checkbox"/>	ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น	
1.4 ขับถ่าย	<input type="checkbox"/>	สามารถควบคุมระบบขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะได้	<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถควบคุมระบบขับถ่ายได้	
1.5 การเคลื่อนย้าย	<input type="checkbox"/>	สามารถเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งได้เอง	<input type="checkbox"/>	ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น	
2. ระดับความรู้สึกตัว	<input type="checkbox"/>	รู้สึกตัวดี	<input type="checkbox"/>	สับสน	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	สะลึมสะลือ	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	ไม่รู้สึกรู้ตัว	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					GCS Score E_ M_ V_
3. ความสามารถในการมองเห็น					
<input type="checkbox"/>	ดวงตามองเห็นได้ทั้ง 2 ข้าง	VA ข้างขวา_____ข้างซ้าย_____	<input type="checkbox"/>	ดวงตาบอดสนิท 1 ข้าง คือ ข้าง.....	
<input type="checkbox"/>	ดวงตาบอดสนิท มองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง	VA ข้างขวา_____ข้างซ้าย_____	<input type="checkbox"/>	อื่นๆ.....	
4. ความสามารถในการใช้มือและแขน					
<input type="checkbox"/>	ใช้มือและแขนทำกิจวัตรได้ทั้ง 2 ข้าง	<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถใช้มือและแขนทำกิจวัตรได้ 1 ข้าง คือ ข้าง.....		
<input type="checkbox"/>	ใช้มือและแขนทำกิจวัตรไม่ได้เลย ทั้ง 2 ข้าง	<input type="checkbox"/>	อื่นๆ.....		
5. ความสามารถในการยืนและเดิน					
<input type="checkbox"/>	สามารถทรงตัวได้ และสามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องให้บุคคลอื่นช่วยเหลือ				
<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถทรงตัวได้ และไม่สามารถลุกขึ้นยืน หรือเดินได้เอง				
6. สถิติปัญญา/พฤติกรรม					
<input type="checkbox"/>	เหมือนคนปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ โปรดระบุรายละเอียด.....		
7. ความสามารถในการประกอบอาชีพ ทั้งงานประจำและงานอื่นๆ					
<input type="checkbox"/>	สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้				
<input type="checkbox"/>	ไม่สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้				

**ข. ผลการประเมิน**

1. ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากการทูลภาพหรือไม่		<input type="checkbox"/>	มีเนื่องจาก.....
		<input type="checkbox"/>	ยังสรุปไม่ได้ เนื่องจาก.....
		<input type="checkbox"/>	ไม่มีโอกาสหายจากการทูลภาพ
2. ชนิดของการทูลภาพ			
<input type="checkbox"/>	ทูลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว	<input type="checkbox"/>	ทูลภาพบางส่วนถาวร
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ทูลภาพสิ้นเชิงถาวร
3. ปัจจุบันมีความสามารถระดับที่.....			
ระดับที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันไม่ได้เลยหรือได้น้อยมาก และต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก			
ระดับที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก			
ระดับที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้มาก อาจต้องการคนคอยแนะนำหรือคอยระวังอยู่ด้านข้างหรือใช้อุปกรณ์			
เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว แต่ไม่สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองแม้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ			
ระดับที่ 4 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว			
สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ			
ระดับที่ 5 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว			
สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้เยี่ยมคนปกติ			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนาม.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....สถานพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ประทับตราสถานพยาบาล)