



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

ผู้ป่วยปรากฏอาการทุพพลภาพครั้งแรกเมื่อ.....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"/> ลับสน <input type="checkbox"/> สะลึมสะลือ <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว <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. สติปัญญา/พฤติกรรม <input type="checkbox"/> เหมือนคนปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ โปรดบรรยายละเอียด.....				
7. ความสามารถในการประกอบอาชีพ ทั้งงานประจำและงานอื่นๆ				
<input type="checkbox"/> สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้				
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้				

**ข. ผลการประเมิน**

1. ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากการทุพพลภาพหรือไม่		<input type="checkbox"/> มีเนื่องจาก.....
		<input type="checkbox"/> ยังสรุปไม่ได้ เนื่องจาก.....
		<input type="checkbox"/> ไม่มีโอกาสหายจากการทุพพลภาพ
2. ชนิดของการทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร		
3. ปัจจุบันมีความสามารถระดับที่.....		
ระดับที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันไม่ได้เลยหรือได้น้อยมาก และต้องการการช่วยเหลืออย่างมาก		
ระดับที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้บ้าง ต้องการช่วยเหลือค่อนข้างมาก		
ระดับที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้มาก อาจต้องการคนคอยแนะนำหรือคอยระวังอยู่ด้านข้างหรือใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว แต่ไม่สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองแม้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ		
ระดับที่ 4 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ		
ระดับที่ 5 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้เยี่ยมคนปกติ		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงนาม.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่.....สถานพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

(ประทับตราสถานพยาบาล )