

วันที่.....HN.....**Asthma / COPD No**.....Predicted PEFR.....L/min

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. **Arm Span**.....Cm.

คำชี้แจง : กรุณาเลือกกาบาท (X) 1 ข้อ ที่ตรงกับอาการหรืออาการแสดงของท่านมากที่สุด

1. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** คุณมีอาการไอ หายใจไม่อิ่ม หรือหายใจมีเสียงดังวี๊ด **ในช่วงกลางวัน** หรือไม่

0) ไม่มี	1) มีอาการน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
2) มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง/สัปดาห์	3) มีอาการทุกวัน
4) มีอาการเกือบตลอดเวลาทำให้มีปัญหากับการทำกิจวัตรประจำวัน	
2. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** คุณต้องลุกขึ้นมาไอ หายใจฝืด แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ด **ในช่วงกลางคืน** หรือไม่

0) ไม่มี	1) มีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง/เดือน	2) มีมากกว่า 2 ครั้ง/เดือน
3) มีมากกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	4) มีเกือบทุกวัน	
3. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** คุณใช้ยาบรรเทาอาการหอบ (ยาขยายหลอดลม หรือยาใช้ฉุกเฉินเวลาหอบ) บ้างหรือไม่

0) ไม่มี	1) ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	2) ใช้เกือบทุกวัน	3) ใช้ทุกวัน	4) ใช้มากกว่า 4 ครั้ง/วัน ติดต่อกันตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป
----------	--------------------------------	-------------------	--------------	--
4. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** คุณเคยหอบมากจน **ต้องไปรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน** หรือคลินิกบ้างหรือไม่

0) ไม่เคย	1) เคย (จำนวน.....ครั้ง)
-----------	--------------------------
5. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** คุณเคยหอบมากจน **ต้องเข้านอนหรือรับการรักษาในโรงพยาบาล** บ้างหรือไม่

0) ไม่เคย	1) เคย (จำนวน.....วัน)ที่โรงพยาบาล(ระบุ).....
-----------	---
6. คุณมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาหรือไม่

0) ไม่มี	1) เชื้อราในปาก	2) เสียงแหบ	3) อื่นๆ โปรดระบุ.....
----------	-----------------	-------------	------------------------
7. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** คุณมีอาการคัดจมูก คันจมูก จาม หรือน้ำมูกไหลบ้างหรือไม่

0) ไม่เคย	1) เคย (จำนวน.....วัน/สัปดาห์)
-----------	--------------------------------
8. **PRE** PEFR.....L/min **FVC**Liters **FEV₁**..... Liters **PD₂₀**.....
- POST** PEFR.....L/min **FVC** Liters **FEV₁**..... Liters
- ไม่ได้เป่า Peak Flow / PFT เนื่องจาก.....
9. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** ผู้ป่วยใช้ยาอะไรบ้าง (ระบุชนิดและขนาดยา)
 1.
 2.
 3.
 4.
10. ยาที่แพทย์สั่งให้ใหม่ (ยาที่แพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยใช้ ระบุชนิดและขนาดยา)
 1.
 2.
 3.
 4.
11. วันนัดพบแพทย์ครั้งต่อไป วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

12. ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่หรือไม่ 0) ไม่ 1) ใช่ (.....มวน./วัน)
13. คุณมีเสมหะสีเหลือง/เขียวหลังจากพบแพทย์ครั้งที่ผ่านมาแล้วหรือไม่ 0) ไม่ใช่ 1) ใช่ สี.....ปริมาณ.....(ชช./ชต.)/วัน
14. ขณะนี้ อาการเหนื่อยหอบของคุณเป็นอย่างไรบ้าง
- () คุณไม่สามารถเดินได้ เนื่องจากสาเหตุ.....
- 0) ไม่มีอาการเหนื่อย เพียงแค่รู้สึกหายใจหอบ ขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น
- 1) หายใจหอบ เมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบ หรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน
- 2) เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกัน เพราะหายใจหอบ หรือต้องหยุดเพื่อหายใจเมื่อเดินปกติบนพื้นราบ
- 3) ต้องหยุดเพื่อหายใจหลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้สักพักบนพื้นราบ
- 4) หายใจหอบมากเกินไปที่จะออกจากบ้าน หรือหอบมากขณะแต่งตัว หรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว
15. SIX minute walk เดินได้.....เมตร O₂ SAT (Pre).....%
- ไม่ได้ทำ SIX minute walk เนื่องจาก.....

● การให้ความรู้

16. ได้สอนผู้ป่วยเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค ไม่ใช่ ใช่
17. ได้สอนการพ่นยาแก่ผู้ป่วย ไม่ใช่ ใช่
18. ได้ตรวจสอบว่าผู้ป่วยพ่นยาได้ถูกต้อง ไม่ใช่ ใช่
19. ให้เภสัชกรประเมินค่าผู้ป่วยใช้ยาตามแพทย์สั่งที่เปอร์เซ็นต์ (0-100%) %
20. ได้สอนผู้ป่วยเรื่องโทษของบุหรี่ และการเลิก(กรณีสูบบุหรี่) ไม่ใช่ ใช่

● สถิติการรักษาพยาบาล

	CAT Score
1) UC (UCS/WEL)	1.....
2) ประกันสังคม (SSS)	2.....
3) ข้าราชการ (OFC)	3.....
4) อื่นๆ ระบุ.....	4.....
	5.....
	6.....
	7.....
	8.....
	รวม...../40 คะแนน