

แบบคัดกรองงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วันที่คัดกรอง.....เบอร์โทร.....ชื่อ-สกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประชาชน.....ที่อยู่.....ชุมชน..... นน.กก สส.ซ.ม. รอบเอว.....ซ.ม.

แบบคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	แบบประเมินทักษะตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง 30 -70 ปี		
	กิจกรรมประเมิน	ผลการประเมิน	
		ผ่าน	ไม่ผ่าน
ค่าความดันโลหิตครั้งที่ 1...../.....mmHg P=.....ครั้ง/นาที	- สอดถาม		
ค่าความดันโลหิตครั้งที่ 2...../.....mmHg P=.....ครั้ง/นาที	1. ช่วงเวลาที่ตรวจเต้านม		
ค่าน้ำตาล.....mg/dl <input type="checkbox"/> ก่อนอาหาร <input type="checkbox"/> หลังอาหาร	2. ความถี่ - บ่อย ของการตรวจเต้านม		
สูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> สูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ	- ผู้รับประเมินแสดงท่าที		
ดื่มสุรา <input type="checkbox"/> ดื่ม..... <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม	1. ยกมือเหนือศีรษะ		
ประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	2. ใช้มือด้านตรงข้ามคลำเต้านม		
<input type="checkbox"/> มี..... <input type="checkbox"/> ไม่มี	3. คลำทั่วเต้านมทั้งหมด วนไปถึงไหปลาร้า		
	4. การวางนิ้ว 3 นิ้ว (ชี้,กลาง,นาง) เคลื่อนที่ต่อเนื่องไม่ยกนิ้ว		
	5. กด 3 ระดับ (เบา,กลาง,หนัก)		
	6. คลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้		

แบบประเมินความเสี่ยงมะเร็งลำไส้และทวารหนัก กลุ่มประชากรอายุ 50 - 70 ปี

1.อายุ 50 ปีขึ้นไป

ใช่ ไม่ใช่ = 0 คะแนน

3. ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดเก่า ท้องผูกสลับท้องเสีย ลำของอุจจาระมีขนาดเล็กลง

ใช่ ไม่ใช่ = 0 คะแนน

สรุปความเสี่ยง

2.มีประวัติครอบครัวโดยเฉพาะญาติสายตรงเป็นมะเร็งชนิดอื่น

ใช่ = 1 คะแนน ไม่ใช่ = 0 คะแนน

4. ซีดและเพลียโดยไม่ทราบสาเหตุ

ใช่ = 1 คะแนน ไม่ใช่ = 0 คะแนน

ไม่มีความเสี่ยงคือคะแนน =0

เสี่ยงสูงคือได้คะแนน >5

เสี่ยงคือได้คะแนน 1-3

แบบคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม

1. โรค/อาการที่สงสัยมาจากการประกอบอาชีพ.....

1.1 ท่านคิดว่าอาการเจ็บป่วยของท่านเกี่ยวข้องกับการทำงานหรือไม่

1.2 มีความแตกต่างของอาการป่วยขณะทำงานและขณะอยู่บ้านหรือไม่

1.3 เพื่อนร่วมงานของท่านมีอาการที่คล้ายๆกันหรือไม่

1.4 อาการของท่านเป็นมากขึ้นเวลาทำงานหรือไม่

2. โรค/อาการที่สงสัยมาจากสิ่งแวดล้อม.....

รับทราบผลการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย/ส่งต่อ

ตอบรับการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ

กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

(ลงชื่อ).....

(.....)