

วันที่ **dvisit** **HN** **hn** **Asthma / COPD No.** **v1_3** Predicted PEFR..... **pefr**L/min

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

คำชี้แจง : กรุณาเลือกกาบาท (X) 1 ข้อ ที่ตรงกับอาการหรืออาการแสดงของท่านมากที่สุด

1. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** คุณมีอาการไอ หายใจไม่อิ่ม หรือหายใจมีเสียงดังวี๊ด **ในช่วงกลางวัน** หรือไม่
fv1 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
fv2 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
fv3 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
fv4 0) ไม่เคย 1) เคย (จำนวน..... **fv4x**ครั้ง)
5. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** คุณเคยหอบมากจน **ต้องเข้านอนหรือรับการรักษาในโรงพยาบาล** บ้างหรือไม่
fv5 0) ไม่เคย 1) เคย (จำนวน..... **fv5x1**วันที่โรงพยาบาล(ระบุ)..... **fv5x2**
6. คุณมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาหรือไม่
fv6 0) ไม่มี 1) เชื้อราในปาก 2) เสียงแหบ 3) อื่นๆ โปรดระบุ..... **fv6x**
7. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** คุณมีอาการคัดจมูก คันจมูก จาม หรือน้ำมูกไหลบ้างหรือไม่
fv7_8 0) ไม่เคย 1) เคย (จำนวน..... **fv7_8x**วัน/สัปดาห์)
8. **PRE** PEFR..... **fv7_1**L/min **FVC** **fv7_1x**Liters **FEV₁**..... **fv7_1xp** Liters **PD₂₀**..... **fv7_1bd**
POST PEFR..... **fv7_5**L/min **FVC** **fv7_5x** Liters **FEV₁**..... **fv7_5xp** Liters
fv7_0 ไม่ได้เป่า Peak Flow / PFT เนื่องจาก..... **fv7_0x**
9. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** ผู้ป่วยใช้ยาอะไรบ้าง (ระบุชนิดและขนาดยา)
fv8 **fv8x**
 1.
 2.
 3.
 4.
10. ยาที่แพทย์สั่งให้ใหม่ (ยาที่แพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยใช้ ระบุชนิดและขนาดยา)
fv9 **fv9x**
 1.
 2.
 3.
 4.
11. วันนัดพบแพทย์ครั้งต่อไป วันที่..... **fv10**เดือน.....พ.ศ.....

12. ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่หรือไม่ **fv11** 0) ไม่ 1) ใช่ (.....มวน./วัน)
13. คุณมีเสมหะสีเหลือง/เขียวหลังจากพบแพทย์ครั้งที่ผ่านมาแล้วหรือไม่ **fv12** 0) ไม่ใช่ 1) ใช่ สี.....ปริมาณ.....(ชช./ชต.)/วัน **fv12x**
14. ขณะนี้ อาการเหนื่อยหอบของคุณเป็นอย่างไรบ้าง **fv13**
 () 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 **fv14** O₂ SAT (Pre).....% **fv14_1an1**
 ไม่ได้ทำ SIX minute walk เนื่องจาก..... **fv14_1c**

● การให้ความรู้

16. ได้สอนผู้ป่วยเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค **fv15** ไม่ใช่ ใช่
17. ได้สอนการพ่นยาแก่ผู้ป่วย **fv16** ไม่ใช่ ใช่
18. ได้ตรวจสอบว่าผู้ป่วยพ่นยาได้ถูกต้อง **fv17** ไม่ใช่ ใช่
19. ให้เภสัชกรประเมินความรู้ผู้ป่วยใช้ยาตามแพทย์สั่งที่เปอร์เซ็นต์ (0-100%) **fv18** %
20. ได้สอนผู้ป่วยเรื่องโทษของบุหรี่ และการเลิก(กรณีสูบบุหรี่) **fv19** ไม่ใช่ ใช่

● สิทธิการรักษาพยาบาล

fvright

- 1) UC (UCS/WEL)
 2) ประกันสังคม (SSS)
 3) ข้าราชการ (OFC) **fvrightx**
 4) อื่นๆ ระบุ.....

CAT Score

- fv1**
 1.....
fv2
 2.....
fv3
 3.....
fv4
 4.....
fv5
 5.....
fv6
 6.....
fv7
 7.....
fv8
 8.....

รวม...../40 คะแนน