



## แบบสอบถามการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ ใช้ในการสอบถามผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มและได้รับบาดเจ็บ เพื่อเป็นข้อมูลในการป้องกัน แก้ไข ลดความเสี่ยง

1. ผู้ป่วย ชื่อ..... อายุ .....ปี เพศ  ชาย  หญิง
2. เหตุการณ์พลัดตกหกล้ม (ผู้ป่วย หรือญาติ หรือผู้ดูแล อธิบายสาเหตุ เหตุการณ์อย่างละเอียด)  
.....  
.....  
.....
3. สถานที่ บริเวณที่หกล้ม .....
4. ผู้สูงอายุกำลังทำอะไร ก่อน/ขณะหกล้ม .....
5. ปกติผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับใคร  คนเดียว  ญาติ  ผู้ดูแล อื่น ๆ ระบุ .....
6. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เคยมีประวัติพลัดตกหกล้มหรือไม่  ไม่มี  มี (ระบุจำนวน) ..... ครั้ง
7. มีประวัติโรคประจำตัวหรือไม่  ไม่มี  มี (ระบุชื่อโรค) .....
8. รับประทานยาเป็นประจำหรือไม่  ไม่ใช่ (ให้ข้ามไปตอบข้อ 10)  ใช่
9. กินยา 4 ชนิดขึ้นไปหรือไม่ (ไม่รวมวิตามิน)  ไม่ใช่  ใช่ ระบุ .....
10. การมองเห็น  ไม่มีความบกพร่อง  มีความบกพร่อง (อ่านตัวอักษรที่ระยะ 6/12 ได้น้อยกว่าครึ่ง)
11. การทรงตัว
  - 11.1 ยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรง  นาน 10 วินาทีเป็นต้นไป  ไม่ได้หรือได้น้อยกว่า 10 วินาที
  - 11.2 นั่ง ลุก ยืน เดิน (Time up and go test)  ไม่เกิน 12 วินาที  เกิน 12 วินาที
12. การบาดเจ็บและการปฐมพยาบาลหลังจากพลัดตกหกล้ม  ไม่มี  มี (ระบุรายละเอียด)  
.....  
.....  
.....
13. การเคลื่อนย้าย นำส่งโรงพยาบาล โดย  
 ญาติหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์  รถพยาบาลของโรงพยาบาล  รถของอาสาสมัคร หรือมูลนิธิ  อื่น ๆ ระบุ .....
14. การรักษาพยาบาลหลังจากพลัดตกหกล้ม (ระบุรายละเอียด)  
.....  
.....  
.....
15. นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล  ไม่นอน  นอน รพ. (ระบุจำนวน) .....วัน / เดือน
16. การฟื้นฟู (กายภาพบำบัด) ภายหลังพลัดตกหกล้ม  ไม่มี  มี (ระบุระยะเวลา) .....วัน / เดือน
17. หลังจากเหตุการณ์พลัดตกหกล้มดังกล่าว ได้มีการปรับปรุง แก้ไขจุดเสี่ยง (สาเหตุ) ของการพลัดตกหกล้ม  
 ไม่ได้แก้ไข  ปรับปรุง แก้ไข (ระบุรายละเอียด) .....

## ผู้รายงาน

ผู้ให้ข้อมูล ..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน ..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์ (1) ..... เบอร์โทรศัพท์ (2) .....

ช่องทางการติดต่ออื่น ๆ .....

วัน เดือน ปี (ที่สอบสวน) .....