

แบบสอบถามการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ ใช้ในการสอบสวนผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มและได้รับบาดเจ็บ เพื่อเป็นข้อมูลในการป้องกัน แก้ไข ลดความเสี่ยง

1. ผู้ป่วย ชื่อ..... อายุปี 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 (สามารถระบุชื่อโรคได้)
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 แก้ไขจุดเสี่ยงสาเหตุของการพลัดตกหกล้ม
☐ ไม่ได้แก้ไข ☐ ปรับปรุงแก้ไข (ระบุรายละเอียด)

ผู้รายงาน

ผู้ให้ข้อมูล ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์ (1) เบอร์โทรศัพท์ (2)
ช่องทางการติดต่ออื่น ๆ
วัน เดือน ปี (ที่สอบสวน)