

ข้อมูลพื้นฐานประชากร (Demographic) เพิ่มเติม

ID Number : | | | - | | | | |

site - number

ชื่อย่อภาษาไทย

(พยัญชนะตัวแรกของชื่อ กับ

พยัญชนะสองตัวแรกของนามสกุล)

: | | | | |

Date Record (DD/MM/YYYY) : | | | / | | | / | 2 | 5 | | |

1. อาชีพ

☐ 1- ข้าราชการ
☐ 2- พนักงานรัฐวิสาหกิจ
☐ 3- ลูกจ้าง / พนักงานบริษัท

☐ 4- ธุรกิจส่วนตัว
☐ 5- นักเรียน / นักศึกษา ระดับชั้น _____
☐ 6- อื่นๆ ระบุ _____
2. สถานภาพสมรสของผู้ป่วย

☐ 1- โสด
☐ 2- แต่งงาน
☐ 3- หย่าร้าง

☐ 4- หม้าย
☐ 5- อื่นๆ ระบุ _____
3. สถานภาพสมรสของบิดา มารดา

☐ 1- อยู่ด้วยกัน
☐ 2- หย่าร้าง
☐ 3- หม้าย

☐ 4- อื่นๆ ระบุ _____
4. ผู้ปกครอง/ ผู้เลี้ยงดู (กรณีอายุน้อยกว่า 18 ปี)

4.1 ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดู อายุ | | | ปี

4.2 ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดู อาชีพ

☐ 1- ข้าราชการ
☐ 2- พนักงานรัฐวิสาหกิจ

☐ 3- ลูกจ้าง / พนักงานบริษัท
☐ 4- ธุรกิจส่วนตัว

☐ 5- อื่นๆ ระบุ _____

4.3. ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดู

☐ 1- ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า
☐ 2- มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

☐ 3- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
☐ 4- ตั้งแต่ปริญญาโทหรือเทียบเท่าขึ้นไป
5. เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ ใช้เวลาเรียน DSME ครั้งแรก | | | ชั่วโมง | | | นาที
เมื่อ วันที่ (วัน/เดือน/ปี พ.ศ.) | | | / | | | / | | | | |
6. Feelings (เมื่อนึกย้อนไป 3 วันที่ผ่านมา ความรู้สึกที่รู้สึกชัดเจนที่สุดขณะนี้)

6.1 Emotional State

☐ 1- Calm (สงบ)
☐ 2- Guided (ถูกสั่ง)
☐ 3- Sad (เศร้า)
☐ 4- Worried (กังวล)
☐ 5- Confused (สับสน)

☐ 6- Happy (มีความสุข)
☐ 7- Scared (หวาดกลัว)
☐ 8- Frustrated (ท้อแท้)
☐ 9- Positive (คิดบวก)
☐ 10- Supported (ให้ช่วยเหลือ)

6.2 Energy Level

☐ 1- Low (ไม่มีเรี่ยวแรง)

☐ 2- Medium (ปกติ)

☐ 3- High (กระฉับกระเฉง)

6.3 Health Event

☐ 1- Illness (เจ็บป่วย)
☐ 2- Premenstrual (อาการก่อนจะมีประจำเดือน)

☐ 3- Stress (เครียด)
☐ 4- ไม่มีทั้ง 3 ภาวะที่กล่าว

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจร่างกาย

ID Number : | | | | - | | | | | |

site - number

ชื่อย่อภาษาไทย

(พยัญชนะตัวแรกของชื่อ กับ

พยัญชนะสองตัวแรกของนามสกุล)

: | | | | |

Date Record (DD/MM/YYYY) : | | | | / | | | | / 2 | 5 | | | |

1. ปัจจุบันน้ำหนัก | | | | . | | กก. ส่วนสูง | | | | . | | ซม.

2. BP --> Systolic : | | | | / Diastolic | | | | mmHg

3. ผลเลือดและปัสสาวะปัจจุบัน และย้อนหลังภายใน 3-6 เดือน (เท่าที่มี)

☐ a) FBS --- > วันที่ (วัน/เดือน/ปี พศ.) | | | | / | | | | / | | | | | | เท่ากับ | | | | | mg/dl☐ b) HbA1c ---> วันที่ (วัน/เดือน/ปี พศ.) | | | | / | | | | / | | | | | | เท่ากับ | | | | . | | %☐ c) Glycemic (HbA1c) target | | | | . | | % ---> Achieve target or not ☐ 1- Yes ☐ 0- No☐ d) Creatinine ---> วันที่ (วัน/เดือน/ปี พศ.) | | | | / | | | | / | | | | | | เท่ากับ | | | | . | | mg/dl☐ e) BUN ----> วันที่ (วัน/เดือน/ปี พศ.) | | | | / | | | | / | | | | | | เท่ากับ | | | | | mg/dl☐ f) Cholesterol ---> วันที่ (วัน/เดือน/ปี พศ.) | | | | / | | | | / | | | | | | เท่ากับ | | | | | mg/dl☐ g) Triglyceride ---> วันที่ (วัน/เดือน/ปี พศ.) | | | | / | | | | / | | | | | | เท่ากับ | | | | | mg/dl☐ h) HDL-C ---> วันที่ (วัน/เดือน/ปี พศ.) | | | | / | | | | / | | | | | | เท่ากับ | | | | | mg/dl☐ i) LDL-C ---> วันที่ (วัน/เดือน/ปี พศ.) | | | | / | | | | / | | | | | | เท่ากับ | | | | | mg/dl☐ j) Urine microalbumin (ถ้ามี) ----> วันที่ (วัน/เดือน/ปี พศ.) | | | | / | | | | / | | | | | |ผล ☐ 0- Negative☐ 1- Positive

4. โรคอื่นๆ ที่พบร่วม (complications/ co-morbidities)

a) ความดันโลหิตสูง ☐ 0- ไม่มี ☐ 1- มี ☐ 2- ไม่ทราบb) ไขมันในเลือดสูง ☐ 0- ไม่มี ☐ 1- มี ☐ 2- ไม่ทราบc) Neuropathy ☐ 0- ไม่มี ☐ 1- มี ☐ 2- ไม่ทราบd) Nephropathy ☐ 0- ไม่มี ☐ 1- มี ☐ 2- ไม่ทราบe) Retinopathy ☐ 0- ไม่มี ☐ 1- มี ☐ 2- ไม่ทราบf) Obesity ☐ 0- ไม่มี ☐ 1- มี ☐ 2- ไม่ทราบg) Mental/affective disorder ☐ 0- ไม่มี ☐ 1- มี ☐ 2- ไม่ทราบh) Other, specify: _____ ☐ 0- ไม่มี ☐ 1- มี ☐ 2- ไม่ทราบ

ข้าพเจ้า (นพ. / พญ. / พยาบาล) : _____

สถานพยาบาล : _____

ขอรับรอง และยินยอมให้ผู้ป่วยสมัครเข้าโครงการ

ประวัติการรักษา (Medication history)

ID Number : | | | | - | | | | |

ชื่อย่อภาษาไทย

(พยัญชนะตัวแรกของชื่อ กับ

พยัญชนะสองตัวแรกของนามสกุล)

: | | | | |

site - number

Date Record (DD/MM/YYYY) : | | | | / | | | | / | 2 | 5 | | | |

ข้อมูลเมื่อแรกวินิจฉัย

1. ทราบวันที่เริ่มให้การรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินหรือไม่

☐ 0- ไม่ทราบ☐ 1- ทราบ ---> ถ้าทราบ ระบุ วัน เดือน ปี พ.ศ. (dd/MM/YYYY) : | | | | / | | | | / | | | | |

2. วิธีการฉีดอินซูลินก่อนเข้าโครงการ (Insulin regimen)

☐ 1- Conventional/ Modified conventional (Self-mixed / premixed) insulin 1-3 injections per day

จำนวนครั้งที่ฉีด/วัน

☐ 1☐ 2☐ 3☐ 2- Basal insulin (NPH/ long-acting analog)☐ 3- Basal plus (basal insulin + short- or rapid-acting 1 injection per day)☐ 4- Basal-bolus regimen (≥ 4 injections per day)☐ 5- Continuous subcutaneous insulin infusion (insulin pump)☐ 6- อื่นๆ โปรดระบุ : _____

3. ชนิดอินซูลินที่ใช้ก่อนเข้าโครงการ (ตอบได้มากกว่า 1 ชนิด)

☐ 1- ชนิดพื้นฐาน (Basal) : --->☐ 1- NPH☐ 2- Glargine/ Lantus☐ 3- Determir/ Levemir☐ 2- Bolus (prandial) Insulins --->☐ 1- Regular(RI)☐ 3- Lispro /Humalog☐ 2- Aspart /Novorapid☐ 4- Glulisine/ Apidra☐ 3- ชนิดรวม (Pre-Mix) : --->☐ 1- Humulin 70/30☐ 3- Novomix 30☐ 2- Mixtard HM 30☐ 4- Other , specify: _____☐ 4- Other , specify: _____

4. ค่าเฉลี่ยปริมาณ Insulin ก่อนเข้าโครงการ

☐ 1- Basal dose | | | | units/day

จำนวนครั้งที่ฉีด/วัน

☐ 1☐ 2☐ 2- Bolus dose | | | | units/day

จำนวนครั้งที่ฉีด/วัน

☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 3- Total dose | | | | units/day☐ มากกว่า 5 ระบุ : | | | | ครั้ง

5. ปรับยาฉีด Insulin ใหม่เป็น

☐ 1- Basal dose | | | | units/day

จำนวนครั้งที่ฉีด/วัน

☐ 1☐ 2

ระบุชนิด Insulin

☐ 1. Glargine/ Lantus☐ 2. Determir/ Levemir☐ 2- Bolus dose | | | | units/day

จำนวนครั้งที่ฉีด/วัน

☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ มากกว่า 5 ระบุ : | | | | ครั้ง

ระบุชนิด Insulin

☐ 1. Lispro/ Humalog☐ 2. Aspart/ Novorapid☐ 3. Glulisine/ Apidra☐ 3- Total dose | | | | units/day

การรักษาและผลการรักษา (Treatment and Result)

ID Number : | | | | - | | | | | |

ชื่อย่อภาษาไทย

(พยัญชนะตัวแรกของชื่อ กับ

พยัญชนะสองตัวแรกของนามสกุล)

: | | | | |

site - number

Date Record (DD/MM/YYYY) : | | | | / | | | | / 2 | 5 | | | |

1. Self-monitoring BG ภายในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เฉลี่ยกี่ครั้งต่อวัน

☐ 1- น้อยกว่า 1 ครั้ง/วัน☐ 5- เฉลี่ย 4 ครั้ง/วัน☐ 2- เฉลี่ย 1 ครั้ง/วัน☐ 6- ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป☐ 3- เฉลี่ย 2 ครั้ง/วัน☐ 7- ไม่มีข้อมูล☐ 4- เฉลี่ย 3 ครั้ง/วัน

2. ยาที่รับประทานเป็นประจำ

☐ 0- ไม่มี☐ 1- มี ระบุ : _____

3. ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด (Hypoglycemia)

3.1 จำนวนครั้งที่มีอาการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในช่วง 7 วันที่ผ่านมา | | | | | ครั้ง

3.2 จำนวนครั้งที่ตรวจเลือด โดยเครื่องตรวจน้ำตาล แล้วพบว่าน้ำตาลต่ำในเลือด

(<70 มก./ดล.) ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา

| | | | | ครั้ง

3.3. จำนวนครั้งของการเกิดอาการของน้ำตาลต่ำในเลือดรุนแรง (หมดสติหรือชัก

หรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น) ภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา

☐ 0- จำนวน 0 ครั้ง☐ 4- จำนวน 4 ครั้ง☐ 1- จำนวน 1 ครั้ง☐ 5- ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป ระบุจำนวน | | | | | ครั้ง☐ 2- จำนวน 2 ครั้ง☐ 6- ไม่มีข้อมูล☐ 3- จำนวน 3 ครั้ง

3.4 ครั้งล่าสุดที่มีอาการน้ำตาลต่ำในเลือดรุนแรง (หมดสติหรือชัก) และต้องไปโรงพยาบาล คือ

☐ 0- ไม่เคยเลย (ข้ามข้อ 3.4.1 และ 3.4.2)☐ 3- เมื่อ 1 - 6 เดือนก่อน☐ 1- มากกว่า 1 ปี☐ 4- เมื่อ 2-4 อาทิตย์ก่อน☐ 2- เมื่อ 6- 12 เดือนก่อน☐ 5- ไม่มีข้อมูล

3.4.1 จำนวนวันที่ต้องนอนโรงพยาบาล

☐ 0- ไม่ทราบ☐ 1- ทราบ ระบุจำนวนวัน รวมทั้งหมด | | | | | วัน

3.4.2 จำนวนวันที่ต้องอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต(ICU)

☐ 0- ไม่ทราบ☐ 1- ทราบ ระบุจำนวนวัน รวมทั้งหมด | | | | | วัน☐ 2- ไม่ได้อยู่ ICU

ทีมผู้รักษาพยาบาล

1. ชื่อแพทย์ผู้ดูแลรักษาหลัก : _____ โรงพยาบาล : _____

สาขาของแพทย์ผู้ดูแลรักษาหลัก

☐ 1- แพทย์ทั่วไป☐ 4- อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ☐ 2- อายุรแพทย์ทั่วไป☐ 5- กุมารแพทย์ต่อมไร้ท่อ☐ 3- กุมารแพทย์ทั่วไป☐ 6- อื่นๆ ระบุสาขา : _____

2. ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้ความรู้ประกอบด้วย

☐ 1- แพทย์☐ 4- นักสังคมสงเคราะห์☐ 2- พยาบาลให้ความรู้เรื่องเบาหวาน☐ 5- จิตแพทย์/ นักจิตวิทยา☐ 3- นักโภชนาการ☐ 6- อื่นๆ : _____

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจร่างกาย

ID Number : | | | - | | | | |

ชื่อย่อภาษาไทย

(พยัญชนะตัวแรกของชื่อ กับ

พยัญชนะสองตัวแรกของนามสกุล)

: | | | |

site - number

Date Record (DD/MM/YYYY) : | | | / | | | / | 2 | 5 | | |

Visit ☐ FU 1 เดือน ☐ FU 2 เดือน ☐ FU 3 เดือน ☐ FU 6 เดือน ☐ FU 9 เดือน ☐ FU 12 เดือน

1. Glycemic control ล่าสุด

☐ a) FBS วันที่ (วัน/เดือน/ปี พศ.) | | | / | | | / | | | | | เท่ากับ | | | | | mg/dL☐ b) HbA1c วันที่ (วัน/เดือน/ปี พศ.) | | | / | | | / | | | | | เท่ากับ | | | . | | %☐ c) Glycemic (HbA1c) target | | | . | | % --> Achieve target or not ☐ 0- No ☐ 1- Yes

2. ภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA) (ไม่รวมวินิจฉัยครั้งแรก) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

☐ 0- ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 3) ☐ 1- มี ---> ระบุจำนวนจำนวนครั้งที่ภาวะ DKA | | | | ครั้ง

2.1 จำนวนวันที่ต้องนอนโรงพยาบาล

☐ 0- ไม่ทราบ ☐ 1- ทราบ ระบุจำนวนวัน รวมทั้งหมด | | | | วัน

2.2 จำนวนวันที่ต้องอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต(ICU)

☐ 0- ไม่ทราบ ☐ 1- ทราบ ระบุจำนวนวัน รวมทั้งหมด | | | | วัน ☐ 2- ไม่ได้อยู่ ICU

3. ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด (Hypoglycemia)

3.1 จำนวนครั้งที่มีอาการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในช่วง 7 วันที่ผ่านมา | | | | ครั้ง

3.2 จำนวนครั้งที่ตรวจเลือด โดยเครื่องตรวจน้ำตาล แล้วพบว่าน้ำตาลต่ำในเลือด

(<70 มก./ดล.) ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา

| | | | ครั้ง

3.3. จำนวนครั้งของการเกิดอาการของน้ำตาลต่ำในเลือดรุนแรง (หมดสติหรือชัก

หรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น) ภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา

☐ 0- จำนวน 0 ครั้ง☐ 4- จำนวน 4 ครั้ง☐ 1- จำนวน 1 ครั้ง☐ 5- ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป ระบุจำนวน | | | | ครั้ง☐ 2- จำนวน 2 ครั้ง☐ 6- ไม่มีข้อมูล☐ 3- จำนวน 3 ครั้ง

3.4 ครั้งล่าสุดที่มีอาการน้ำตาลต่ำในเลือดรุนแรง (หมดสติหรือชัก) และต้องไปโรงพยาบาล คือ

☐ 0- ไม่เคยเลย☐ 2- เมื่อ 6- 12 เดือนก่อน☐ 4- เมื่อ 2-4 อาทิตย์ก่อน☐ 1- มากกว่า 1 ปี☐ 3- เมื่อ 1 - 6 เดือนก่อน☐ 5- ไม่มีข้อมูล

การรักษาและผลการรักษาในปัจจุบัน (Treatment and Result)

ID Number : | | | - | | | | |

ชื่อย่อภาษาไทย

(ผู้ป่วยขณะตัวแรกของชื่อ กับ

ผู้ป่วยขณะสองตัวแรกของนามสกุล)

: | | | |

site - number

Date Record (DD/MM/YYYY) : | | | / | | | / | 2 | 5 | | |

Visit ☐ FU 1 เดือน ☐ FU 2 เดือน ☐ FU 3 เดือน ☐ FU 6 เดือน ☐ FU 9 เดือน ☐ FU 12 เดือน

1. Diabetic retinopathy (DR)

☐ 0- ยังไม่เคยตรวจ

☐ 1- เคยตรวจแล้ว



วินิจฉัย DR ครั้งแรกเมื่อวัน/เดือน/ปี พ.ศ. (DD/MM/YYYY) : | | | / | | | / | | | | |

ตรวจตา ครั้งล่าสุดเมื่อวัน/เดือน/ปี พ.ศ. (DD/MM/YYYY) : | | | / | | | / | | | | |

ตาขวา (RE)

☐

0- no DR

☐

1- macula edema

☐

2- mild-mod NPDR

☐

3- vitreous hemorrhage

☐

4- severe NPDR

☐

5- PDR

☐

6- tractional retinal detachment

ตาซ้าย (LE)

☐

0- no DR

☐

1- macula edema

☐

2- mild-mod NPDR

☐

3- vitreous hemorrhage

☐

4- severe NPDR

☐

5- PDR

☐

6- tractional retinal detachment

2. Microalbuminuria

☐ 0- ยังไม่เคยตรวจ

☐ 1- เคยตรวจแล้ว



☐ 0- ไม่มี albuminuria

☐ 1- มี albuminuria ตรวจพบ urine MAU/Cr 30 mg/gCr

ครั้งแรกเมื่อ วัน/เดือน/ปี พ.ศ. (DD/MM/YYYY) : | | | / | | | / | | | | |

3. Diabetic neuropathy

☐ 0- ยังไม่เคยตรวจ

☐ 1- เคยตรวจแล้ว



โปรตีนระดับผลตรวจ

☐ 0- ไม่มี Neuropathy

☐ 1- มี Neuropathy



โปรตีนระดับวิธีตรวจ

☐ 1- Monofilament

☐ 3- Loss of reflex

☐ 2- Loss of vibratory sense

☐ 4- Other

4. ผลเลือดและปัสสาวะปัจจุบัน และย้อนหลังภายใน 3-6 เดือน (เท่าที่มี)

☐ a) Creatinine ----> วันที่ (วัน/เดือน/ปี พ.ศ.) | | | / | | | / | | | | | เท่ากับ | | | . | | mg/dl

☐ b) BUN ----> วันที่ (วัน/เดือน/ปี พ.ศ.) | | | / | | | / | | | | | เท่ากับ | | | mg/dl

☐ c) Cholesterol ----> วันที่ (วัน/เดือน/ปี พ.ศ.) | | | / | | | / | | | | | เท่ากับ | | | mg/dl

☐ d) Triglyceride ----> วันที่ (วัน/เดือน/ปี พ.ศ.) | | | / | | | / | | | | | เท่ากับ | | | mg/dl

☐ e) HDL-C ----> วันที่ (วัน/เดือน/ปี พ.ศ.) | | | / | | | / | | | | | เท่ากับ | | | mg/dl

☐ f) LDL-C ----> วันที่ (วัน/เดือน/ปี พ.ศ.) | | | / | | | / | | | | | เท่ากับ | | | mg/dl

☐ g) Urine microalbumin (ถ้ามี) ----> วันที่ (วัน/เดือน/ปี พ.ศ.) | | | / | | | / | | | | |

ผล ☐ 0- Negative

☐ 1- Positive

สรุปปัญหาและความต้องการ

ID Number : | | | - | | | | |

ชื่อย่อภาษาไทย

(พฤษภาคมครั้งแรกของชื่อ กับ

พฤษภาคมสองครั้งแรกของนามสกุล)

: | | | | |

site - number

Date Record (DD/MM/YYYY) : | | | / | | | / | 2 | 5 | | |

Visit : FU 12 เดือน

ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมโรคเบาหวาน

- ☐ a) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการควบคุมน้ำตาลของร่างกาย
- ☐ b) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปรับยาอินซูลิน
- ☐ c) ความรู้ ความเข้าใจในการนับส่วนคาร์โบไฮเดรต
- ☐ d) เศรษฐฐานะ (ค่าใช้จ่ายจากการซื้อยา แผ่นตรวจน้ำตาลในเลือด, อื่นๆ : _____)
- ☐ e) ความเจ็บปวดจากการเจาะเลือด ฉีดยา
- ☐ f) ความพร้อมของบุคลากรหรือทีมงานให้คำปรึกษา
- ☐ g) การเลี้ยงดู สถานภาพครอบครัว _____
- ☐ h) อารมณ์ สังคม พฤติกรรม : _____
- ☐ i) อื่นๆ ระบุ : _____

สรุปความต้องการในการเรียนรู้ (DSME/ T Content)

- ☐ a) Diabetes as disease process
- ☐ b) Psychological adjustment
- ☐ c) Nutritional management
- ☐ d) Medications/ insulin
- ☐ e) Prevent, detect and treat acute complications
- ☐ f) Monitoring diabetes
- ☐ g) Physical activity
- ☐ h) Goal setting, problem solving
- ☐ i) Preconception/ pregnancy management or GDM
- ☐ j) Prevent, detect and treat chronic complications
- ☐ k) Others : _____

ข้าพเจ้า นพ. / พญ. : _____

/พยาบาล : _____

/นักโภชนาการ : _____

สถานพยาบาล : _____

เป็นทีมดูแลผู้ป่วย และข้อมูลโครงการ ฯ