

วันที่.....HN.....**Asthma / COPD No**.....Predicted PEFR.....L/min  
 น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....

1. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา**คุณมีอาการ ไอ หายใจไม่อิ่ม หรือหายใจมีเสียงดังวี๊ด **ในช่วงกลางวัน**หรือไม่
  - 0) ไม่มี
  - 1) มีอาการน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
  - 2) มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง/สัปดาห์
  - 3) มีอาการทุกวัน
  - 4) มีอาการเกือบตลอดเวลาทำให้มีปัญหากับการทำกิจวัตรประจำวัน
2. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา**คุณต้องลุกขึ้นมาไอ หายใจถี่ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ด **ในช่วงกลางคืน**หรือไม่
  - 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) บ้างหรือไม่
  - 0) ไม่มี
  - 1) ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
  - 2) ใช้เกือบทุกวัน
  - 3) ใช้ทุกวัน
  - 4) ใช้มากกว่า 4 ครั้ง/วัน ติดต่อกันตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป
4. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** คุณเคยหอบมากจนต้องไปรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือคลินิกบ้างหรือไม่
  - 0) ไม่เคย
  - 1) เคย (จำนวน.....ครั้ง)
5. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** คุณเคยหอบมากจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้างหรือไม่
  - 0) ไม่เคย
  - 1) เคย (จำนวน.....วัน) ที่โรงพยาบาล.....
6. คุณมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาหรือไม่
  - 0) ไม่มี
  - 1) เชื้อราในปาก
  - 2) เสียงแหบ
  - 3) อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. **PRE** PEFR.....L/min Predicted PEF.....L/min % Predicted..... **POST** PEFR.....L/min.....%Predicted  
 FVC.....L Predicted FVC.....L % Predicted..... FVC..... L.....%Predicted  
 FEV1..... L Predicted PEV1.....L % Predicted..... FEV1..... L..... %Predicted  
 PD<sub>20</sub>.....  
 ไม่ได้เป่า Peak Flow เนื่องจาก.....

8. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** ยาที่ผู้ป่วยใช้ในขณะนี้ และขนาดที่ใช้ (ถามจากตัวผู้ป่วยเอง)
  1. ....
  2. ....
  3. ....
  4. ....
9. ยาที่แพทย์สั่ง (Order **วันนี้** + ยาที่แพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยใช้แต่ผู้ป่วยยังมีเหลืออยู่)
  1. ....
  2. ....
  3. ....
  4. ....
10. วันนัดพบแพทย์ครั้งต่อไป วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

11. ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่หรือไม่                      0) ไม่                      1) ใช่
12. คุณมีเสมหะเหลืองหลังจากพบแพทย์ครั้งที่แล้วหรือไม่                      0) ไม่ใช่                      1) ใช่ ...

13. ขณะนี้ อาการเหนื่อยหอบของคุณเป็นอย่างไรบ้าง

- ( ) คุณไม่สามารถเดินได้ เนื่องจากสาเหตุอื่น
- 0) ไม่มีอาการเหนื่อย เพียงแค่รู้สึกหายใจหอบ ขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น
- 1) หายใจหอบ เมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบ หรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน
- 2) เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกัน เพราะหายใจหอบ หรือต้องหยุดเพื่อหายใจเมื่อเดินปกติบนพื้นราบ
- 3) ต้องหยุดเพื่อหายใจหลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้สักพักบนพื้นราบ
- 4) หายใจหอบมากเกินไปที่จะออกจากบ้าน หรือหอบมากขณะแต่งตัว หรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว

14. SIX minute walk เดินได้.....เมตร                      O<sub>2</sub> SAT.....%

**● การให้ความรู้**

- 15 ได้สอนผู้ป่วยเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค                       ไม่ใช่                       ใช่
- 16 ได้สอนการพ่นยาแก่ผู้ป่วย                       ไม่ใช่                       ใช่
- 17 ได้ตรวจสอบว่าผู้ป่วยพ่นยาได้ถูกต้อง                       ไม่ใช่                       ใช่
- 18 ให้เภสัชกรประเมินความรู้ผู้ป่วยใช้ยาตามแพทย์สั่งทีเปอร์เซ็นต์ (0-100%)                       %
- 19 ได้สอนผู้ป่วยเรื่องโทษของบุหรี่ และการเลิก(กรณีที่สูบบุหรี่)                       ไม่ใช่                       ใช่

**● สิทธิการรักษาพยาบาล**

- |                      |                  |
|----------------------|------------------|
|                      | <b>CAT Score</b> |
| 1) UC(UCS/WEL)       | 1.....           |
| 2) ประกันสังคม (SSS) | 2.....           |
| 3) ข้าราชการ (OFC)   | 3.....           |
| 4) อื่นๆ ระบุ.....   | 4.....           |
|                      | 5.....           |
|                      | 6.....           |
|                      | 7.....           |
|                      | 8.....           |