

วันที่.....HN.....**Asthma/ COPD No**.....Predicted PEF.....L/min น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....1. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา**คุณมีอาการไอ หายใจไม่อิ่ม หรือหายใจมีเสียงวี๊ด **ในช่วงกลางวัน**หรือไม่

- 0) ไม่มี                      1) มีอาการน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์                      2) มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง/สัปดาห์  
3) มีอาการทุกวัน                      4) มีอาการเกือบตลอดเวลาทำให้มีปัญหาชีวิตประจำวัน

2. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา**คุณต้องลุกขึ้นมาไอ หายใจฝืด 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 (ขยายหลอดลม) 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) เสียเสียง                      3) อื่นๆ โปรดระบุ.....

7. **PRE** PEF.....L/min    Predicted PEF.....L/min    % Predicted.....                      **POST** PEF.....L/min.....% Predicted  
FVC.....L    Predicted FVC.....L    % Predicted.....                      FVC.....L.....% Predicted  
FEV1.....L    Predicted FEV1.....L    % Predicted.....                      FEV1.....L.....% Predicted  
PD<sub>20</sub>.....

ไม่ได้เป่า Peak Flow เนื่องจาก.....

8. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** คุณมีอาการคัดจมูก คั้นจมูก จาม หรือน้ำมูกไหลบ้างหรือไม่

- 0) ไม่เคย                      1) เคย (จำนวน.....วัน/สัปดาห์)

9. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** ยาที่ผู้ป่วยใช้ในขณะนี้ และขนาดที่ใช้ (ถามจากตัวผู้ป่วยเอง)

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

10. ยาที่แพทย์สั่ง (**Order** วันนี้ + ยาที่แพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยใช้แต่ผู้ป่วยยังมีเหลืออยู่)

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

11. วันนัดพบแพทย์ครั้งต่อไป                      วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

12. ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่หรือไม่ 0) ไม่ 1) ใช่

13. คุณมีเสมหะเหลือหลังจากพบแพทย์ครั้งที่แล้วหรือไม่ 0) ไม่ใช่ 1) ใช่ ...

14. ขณะนี้ อาการเหนื่อยหอบของคุณเป็นอย่างไรบ้าง

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

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

**• การให้ความรู้**

- 16. ได้สอนผู้ป่วยเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค  ไม่ใช่  ใช่
- 17. ได้สอนการพ่นยาแก่ผู้ป่วย  ไม่ใช่  ใช่
- 18. ได้ตรวจสอบว่าผู้ป่วยพ่นยาได้ถูกต้อง  ไม่ใช่  ใช่
- 19. ให้เภสัชกรประเมินความรู้ผู้ป่วยใช้ยาตามแพทย์สั่งที่เปอร์เซ็นต์ (0-100%)    %
- 20. ได้สอนผู้ป่วยเรื่องโทษของบุหรี่ และการเลิก(กรณีสูบบุหรี่)  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.....