|  |
| --- |
| **แบบบันทึกการตรวจคัดกรองต้อกระจก**  **Blinding Cataract / Low Vision Cataract** |
| ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.).....................................................................นามสกุล...............................................................H.N……………………………………  หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน เพศ ชาย หญิง                                                              วัน/เดือน/ปี เกิด / / อายุ ปี สิทธิ ………………………                                          ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย ……………………………………………………………………………………………………………………เบอร์โทร............................................. |
| **ส่วนที่ 1 สำหรับ อสม.**   |  |  | | --- | --- | | **ตาขวา** | **ตาซ้าย** | | □ อ่านได้ที่ระยะ 6 เมตร ไม่เข้าเกณฑ์ (ไม่ต้องส่งต่อ)  □ อ่านได้ที่ระยะ 3เมตร สงสัยต้อกระจกชนิด Low vision(ส่งต่อ)  □ อ่าน**ไม่ได้**ที่ระยะ 3เมตร สงสัยต้อกระจกชนิด Blinding(ส่งต่อ) | □ อ่านได้ที่ระยะ 6 เมตร ไม่เข้าเกณฑ์ (ไม่ต้องส่งต่อ)  □ อ่านได้ที่ระยะ 3 เมตร สงสัยต้อกระจกชนิด Low vision(ส่งต่อ)  □ อ่าน**ไม่ได้**ที่ระยะ 3 เมตร สงสัยต้อกระจกชนิด Blinding(ส่งต่อ) |   **คำแนะนำ** 1. ยืนห่างจากผู้ถูกคัดกรอง 6 เมตร ชูนิ้ว 3 นิ้ว ให้มองทีละตาถ้าอ่านได้ทั้ง 2 ตา ไม่เข้าเกณฑ์ ไม่ต้องส่งต่อ  2. ถ้าอ่านไม่ได้ตาใดตาหนึ่งให้เดินเข้าหาผู้ถูกคัดกรอง โดยยืนห่างผู้ถูกคัดกรอง 3 เมตร ชูนิ้ว 3 นิ้ว ให้มองทีละตา  **ชื่อ อสม.** (นาย/นาง/นางสาว) .......................................................................**ผู้คัดกรองวัน เดือน ปี ที่ตรวจคัดกรอง**............................................. |
| **ส่วนที่ 2สำหรับ รพ.สต./รพช.** รพ.สต./รพช..............................................................อำเภอ...........................................................  Right VA \*\* / PH / FC ฟุต HM NPL OT .                                                              Left VA \*\* / PH / FC ฟุต HM NPL OT .                                                              หมายเหตุ : VA\*\* แปลผลการวัดสายตาโดยใช้ระยะทางเป็นฟุต เช่น 20/200  □ VA with PH 20/200 สงสัยต้อกระจกชนิด Low vision  □ VA with PH น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20/400 สงสัยต้อกระจกชนิด Blinding  **ประวัติโรคประจำตัว** □ ไม่มี □ มี ระบุ □ เบาหวาน □ ความดันโลหิตสูง □ ไขมันในเลือดสูง □ โรคหัวใจ □ โรคไต □ อื่นๆ...........................  **ประวัติการแพ้ยา** □ ไม่มี □ มี ระบุ .........................................**ประวัติการรับประทานยาละลายลิ่มเลือด** □ ไม่มี □ มี ระบุ .............................  **ประวัติการผ่าตัดต้อกระจก** □ ไม่มี □ มี □ ตาขวา ปี พ.ศ.................... □ ตาซ้าย ปี พ.ศ...................  **ส่งต่อพบจักษุแพทย์** □ รพศ.พระนครศรีอยุธยา □รพท.เสนา □รพ.ศุภมิตรเสนา  **พยาบาล ที่รับประสานงาน**……………………………………………………………………………………วัน เดือน ปี ที่ส่งต่อ...............................................................  **แพทย์/พยาบาล ผู้คัดกรอง**........................................................................................วันที่ตรวจคัดกรอง.................................................................... |
| **ส่วนที่ 3สำหรับ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา** □ รพศ.พระนครศรีอยุธยา □รพท.เสนา □รพ.ศุภมิตรเสนา  Right VA \*\* / PH / FC ฟุต HM +ve -ve OT .                                                                  Left VA \*\* / PH / FC ฟุต HM +ve -ve OT .                                                                  หมายเหตุ : VA\*\* แปลผลการวัดสายตาโดยใช้ระยะทางเป็นฟุต เช่น 20/200 |
| **ส่วนที่ 4 สำหรับ จักษุแพทย์**  **วินิจฉัยโรค ตาขวา** □Low vision Cataract □ Blinding Cataract □โรคอื่น ๆ ระบุ..............................................................................  **ตาซ้าย** □Low vision Cataract □ Blinding Cataract □โรคอื่น ๆ ระบุ.............................................................................  **การรักษา ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **การผ่าตัด □ PE c IOL RE/LE □ ECCE c IOL RE/LE ลงชื่อแพทย์/ผู้นัด** ..........................................................................................  **วันนัดผ่าตัด..........................................วันผ่าตัด............................................... วันรอคอยผ่าตัด ……………… วัน** |

**ฉบับที่ 1** เก็บไว้ที่ รพ.สต./รพช. ลงข้อมูลใน Vision Thailand 2020 **ฉบับที่ 2** ส่ง รพศ.อยุธยา/รพท.เสนา/รพ.ศุภมิตรเสนา

**เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล......................................**

**โรงพยาบาล........................................................**

**อำเภอ.................................................................**

**จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**

**(ส่งต่อแผนกจักษุ โครงการผ่าตัดต้อกระจก)**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………พับ

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………พับ

**เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/รพ.สต.......................................**

**โรงพยาบาล/รพ.สต..........................................................**

**ตำบล...............................................................................**

**อำเภอ..............................................................................**

**จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**

**(ตอบกลับข้อมูล โครงการผ่าตัดต้อกระจก)**