|  |
| --- |
| **แบบบันทึกการตรวจคัดกรองต้อกระจก****Blinding Cataract / Low Vision Cataract** |
| ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.).....................................................................นามสกุล...............................................................H.N……………………………………หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน เพศ ชาย หญิงวัน/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)**