



แบบประเมินเพื่อพิจารณารถนั่งคนพิการ

1. สัมภาษณ์

ชื่อผู้รับบริการ _____ H.N. _____
 อายุ _____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 โทรศัพท์ _____
 ที่อยู่ _____
 เป้าหมายการใช้ w/c : ☐ ในบ้าน/รอบๆบ้าน ☐ ออกไปนอกบ้าน

• สภาวะทางร่างกาย

☐ CP ☐ Polio ☐ SCI ☐ Stoke ☐ TBI ☐ SMA/MD ☐ Amputee ☐ OA knee
☐ others (ระบุ).....

• วิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมที่อยู่

ระยะทางที่ใช้ W/C ในแต่ละวัน	<input type="checkbox"/> ไม่เกิน 1ก.ม.	<input type="checkbox"/> 1-2 ก.ม.	<input type="checkbox"/> มากกว่า 2 ก.ม.	
ระยะเวลาที่นั่งใน W/C	<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 ชม.	<input type="checkbox"/> 1-3 ชม.	<input type="checkbox"/> 3-5 ชม.	<input type="checkbox"/> มากกว่า 5 ชม.
ขณะที่ไม่ได้นั่งใน W/C	<input type="checkbox"/> นอนบนเตียง	<input type="checkbox"/> นั่งเก้าอี้	<input type="checkbox"/> เดินไกลๆได้	<input type="checkbox"/> อื่นๆ _____
การเคลื่อนย้ายตัว	<input type="checkbox"/> ทำขึ้น	<input type="checkbox"/> ทำนั่ง	<input type="checkbox"/> ทำเองได้	<input type="checkbox"/> ต้องช่วยเหลือ
สภาพแวดล้อมที่จะใช้ w/c	<input type="checkbox"/> พื้นคอนกรีต/ กระเบื้อง	<input type="checkbox"/> พื้นไม้	<input type="checkbox"/> พื้นดินแน่น/ขรุขระ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ _____
เดินทางโดยวิธี:	<input type="checkbox"/> รถยนต์	<input type="checkbox"/> แท็กซี่	<input type="checkbox"/> มอเตอร์ไซด์	<input type="checkbox"/> อื่นๆ _____

เหตุผลที่ต้องการเปลี่ยนคันใหม่: ☐ ยังไม่เคยใช้ W/C มาก่อน ☐ เคยใช้ แต่ไม่เคยเบิกตามสิทธิ
☐ คันเก่าขนาดไม่เหมาะสม/ไม่ปลอดภัย ☐ คันเก่าชำรุดมากไม่สามารถใช้งานได้

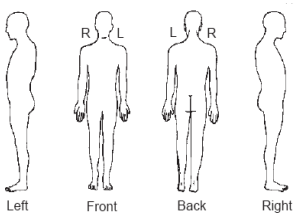
ลักษณะที่อยู่อาศัย (ระบุ).....

2: การประเมินทางร่างกาย

การทรงตัว

- การทรงตัว ☐ good ☐ fair/poor
- การควบคุมศีรษะ/ลำคอ ☐ good ☐ fair/poor

แผลกดทับ

/// = ไม่รู้สึก O = เคยมีแผลกดทับ ● = กำลังเป็นแผลกดทับ 	การรับรู้ความรู้สึกปกติหรือไม่?	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
	เคยมีแผลกดทับหรือไม่?	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
	กำลังเป็นแผลกดทับหรือไม่?	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
	ถ้าใช่ อยู่ในระยะ 1 - 4 หรือไม่?	<input type="checkbox"/>	ใช่	<input type="checkbox"/>	ไม่ใช่
	ระยะเวลาที่เป็นแผลและสาเหตุของการเกิดแผลครั้งนี้: _____				
มีความเสี่ยง*ต่อการเกิดแผลกดทับหรือไม่? (A)* ...สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก หรือ (B) มีอย่างน้อย 3 ปัจจัยเสี่ยงต่อไปนี้ ...เคลื่อนไหวไม่ได้...ความอับชื้น...อยู่ในท่าไม่ดี ... มีประวัติเป็นแผลกดทับ...โภชนาการไม่ดี ...สูงอายุ...น้ำหนักมาก/น้อยเกินไป					
					<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าตอบ “ใช่” ให้พิจารณาเบาหรือนั่ง

- วิธีการปั่นรถ คนพิการเข็นรถด้วยวิธีไหน? ☐ ใช้แขนสองข้าง ☐ ใช้แขนซ้าย ☐ ใช้แขนขวา
☐ ใช้ขาสองข้าง ☐ ใช้ขาซ้าย ☐ ใช้ขาขวา
☐ มีผู้อื่นเข็นให้



● การวัดขนาดร่างกาย

	การวัดขนาดร่างกาย	ขนาดร่างกาย (ซม.)	การคำนวณขนาดร่างกายไปสู่ขนาดของรถนั่งคนพิการที่เหมาะสม	ขนาดของรถนั่งคนพิการ
A	ความกว้างของสะโพก		ความกว้างของสะโพก = ความกว้างของที่นั่ง	
B	ความลึกของที่นั่ง	ชาย	B ลบออก 30 – 50 มม. = ความลึกของที่นั่ง	
		ขวา		
C	ความยาวของน่อง	ชาย	= จากขอบบนของเบาะรองนั่งถึงขอบหลังของที่นั่งเท้า หรือ = จากขอบบนของเบาะรองนั่งถึงพื้น กรณีคนพิการใช้เท้าเข็นรถ	
		ขวา		
D	ระยะจากที่นั่งถึงชายโครง		= ระยะจากขอบบนของเบาะรองนั่งถึงขอบบนของพนักพิง (วัดระยะ D หรือ E – ขึ้นอยู่กับความต้องการของคนพิการ)	
E	ระยะจากที่นั่งถึงฐานสะบัก			

3. การพิจารณารถนั่งคนพิการ (กรณีอุปกรณ์หมวดมูลค่าสูง โปรดพิจารณาข้อบ่งชี้การให้อุปกรณ์)

ชนิดของรถนั่งคนพิการ		ขนาด
1. Standard wheelchair	<input type="checkbox"/>	12", 14", 16", 18", 20",.....
2. รถนั่งคนพิการสำหรับเด็กพิการทางการเคลื่อนไหวระดับรุนแรง (Tilt in space แบบพับได้)	<input type="checkbox"/>	S, M
3. รถนั่งคนพิการสำหรับเด็กสมองพิการ (Tilt in space แบบพับไม่ได้)	<input type="checkbox"/>	S, M
4. รถนั่งคนพิการชนิดช่วยเหลือตนเองเพื่อการดำรงชีวิตอิสระ	<input type="checkbox"/>	S, M, L
5. รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ แบบเคลื่อนที่ได้โดยระบบไฟฟ้า	<input type="checkbox"/>	16", 18"
6. รถนั่งคนพิการชนิดเคลื่อนที่ได้โดยระบบไฟฟ้า ชนิดปรับเอนนอนได้	<input type="checkbox"/>	18"
7. รถนั่งคนพิการแบบปรับยืนได้ (Standing wheelchair)	<input type="checkbox"/>	16"
8. รถนั่งคนพิการชนิดนั่งถ่ายและอาบน้ำได้ (Commode-shower wheelchair)	<input type="checkbox"/>	16"
9. เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการแบบเติมลม (Air cushion)	<input type="checkbox"/>	
10. อื่นๆ (ระบุ)	<input type="checkbox"/>	

4. ตรวจสอบความเหมาะสม (support – safety - comfort)

- ☐ ขนาดเหมาะสม – (1) ความกว้างพอดี (2) ความลึกของที่นั่งพอดี และ (3) ตำแหน่งของที่นั่งเท้าถูกต้องเข้าไม่ชัน
- ☐ ความปลอดภัย – (1) ดู Posture ขณะนั่งใน w/c (2) ขณะ w/c เคลื่อนที่ผู้ป่วยไม่ตก (3) seat bone test ระดับ 1
- ☐ รู้สึกสบาย – สังเกต/ถามผู้ป่วยว่านั่งแล้วรู้สึกสบายหรือไม่

5. Training/คำแนะนำที่ได้รับ

- ☐ สอนวิธีการใช้งาน W/C /อุปกรณ์เสริม ☐ สอนวิธีการดูแลรักษา W/C /อุปกรณ์เสริม
- ☐ การลดแรงกดและป้องกันแผล ☐ อื่นๆ ระบุ.....

หมายเหตุ.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ