****

**แบบบันทึกกรณีศึกษาการดูแลผู้เป็นเบาหวานตามกระบวนการ DSMES**

**สำหรับผู้เข้าสอบ Certified Diabetes Educator**

**ข้อมูลส่วนตัวของผู้เป็นเบาหวาน**

1. เพศ 🞎 ชาย 🞎 หญิง
2. อายุ ……………..ปี
3. การศึกษา 🞎 ไม่ได้เรียนหนังสือ 🞎 ประถมศึกษา 🞎 มัธยมศึกษา 🞎 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ

🞎 ปริญญาตรี 🞎 สูงกว่าปริญญาตรี

🞎 อื่น ๆ ระบุ..............................................................................................................

1. ศาสนา 🞎 ศาสนาพุทธ 🞎 ศาสนาคริสต์ 🞎 ศาสนาอิสลาม

🞎 อื่น ๆ ระบุ..........................................................................................................................

1. อาชีพ 🞎 ค้าขาย 🞎 รับจ้าง/ทำงานบริษัทเอกชน 🞎 รับราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ

🞎 อื่น ๆ ระบุ ..........................................................................................................................

1. สถานภาพครอบครัว 🞎 โสด 🞎 สมรส 🞎 หย่า/แยก/หม้าย

🞎 ไม่มีบุตร 🞎 มีบุตร จำนวน...........คน อายุระหว่าง......................ปี

1. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) 🞎 ของตนเอง 🞎 ของครอบครัว

🞎 15,000 – 30,000 🞎 30,001 – 40,000 🞎 40.001 – 50,000 🞎 มากกว่า 50,000

1. สถานะทางการเงิน

🞎 มั่นคงและมีเงินออม 🞎 รายได้พอดีกับรายจ่าย 🞎 รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย/ มีหนี้

🞎 อื่น ๆ ระบุ.......................................................................................................................................

1. สิทธิค่ารักษาพยาบาล

🞎 สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท 🞎 สิทธิประกันสังคม 🞎 สิทธิสวัสดิการของข้าราชการ

🞎 อื่น ๆ ระบุ.........................................................................................................................................

**ประวัติเบาหวานและการรักษา**

ประเภทของเบาหวาน🞎 ประเภทที่ 1 🞎 ประเภทที่ 2 🞎ขณะตั้งครรภ์

🞎 อื่น ๆ ระบุ................................................................................................

ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน...................ปี...................เดือน

ภาวะความดันโลหิตสูง 🞎 ไม่ทราบ 🞎 ไม่มี 🞎 มี

ภาวะไขมันในเลือดสูง 🞎 ไม่ทราบ 🞎 ไม่มี 🞎 มี

ภาวะแทรกซ้อนตา (retinopathy) 🞎 ไม่ทราบ 🞎 ไม่มี

🞎 มี (เบาหวานขึ้นตา เลือดออกในตา เคยยิงเลเซอร์)

ระดับการมองเห็น 🞎 ปกติ 🞎 ผิดปกติ ระบุ ....................................

ตรวจตาครั้งสุดท้ายเมื่อ........................................................................

ประสาท (neuropathy) 🞎 ไม่ทราบ 🞎 ไม่มี 🞎 มี

หลอดเลือดหัวใจ 🞎 ไม่ทราบ 🞎 ไม่มี 🞎 มี

อัมพาต อัมพฤกษ์ (stroke) 🞎 ไม่ทราบ 🞎 ไม่มี 🞎 มี

ปัญหาเท้าเบาหวาน 🞎 ไม่ทราบ 🞎 ไม่มี 🞎 มี (เท้าชา, เจ็บฝ่าเท้า เหมือนมีมดไต่ ฯลฯ)

ไต (nephropathy) 🞎 ไม่ทราบ 🞎 ไม่มี 🞎 มี

การล้างไต 🞎 ไม่ได้ทำ 🞎 Hemodialysis 🞎 Peritoneal Dialysis

การสูบบุหรี่ 🞎 ไม่เคยสูบเลยในชีวิต 🞎 เคยสูบแต่ไม่สูบในรอบปีที่แล้ว 🞎 สูบในรอบปีที่แล้ว จำนวนเฉลี่ย....................มวน/วัน

🞎 อื่น ๆ ระบุ................................................................................................

การดื่มสุรา 🞎 ไม่เคยดื่มเลยในชีวิต 🞎 เคยดื่มแต่ไม่ดื่มในรอบปีที่แล้ว 🞎 ดื่มในรอบปีที่แล้ว

🞎 ดื่มสม่ำเสมอ 🞎 ดื่มนาน ๆ ครั้ง

ชนิดของสุรา/ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ระบุ.................................

ปริมาณที่ดื่มเฉลี่ย/ ครั้ง ระบุ.........................................................

🞎 อื่น ๆ ระบุ................................................................................................

**ความเจ็บป่วยปัจจุบัน (สาเหตุที่มาโรงพยาบาล/ พบผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต** |
|  |
|  |
|  |
| **ประวัติการใช้ยาและยาที่ได้รับในปัจจุบัน** |
|  |
|  |
|  |
| **ความพร้อมในการเรียนรู้ (ความจำ อ่าน เขียน การคิดตัวเลข ฯลฯ)** |
|  |
|  |
|  |

**การตรวจร่างกายที่สำคัญ** เมื่อวันที่ .................................................

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Physical and Biochemical Assessment**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1st visit**  **ว/ด/ปี................** | **2nd visit**  **ว/ด/ปี................** | **3rd visit**  **ว/ด/ปี................** | **4thvisit**  **ว/ด/ปี................** |
| **Weight (kg)** |  |  |  |  |
| **Height (cm)** |  |  |  |  |
| **BMI (kg/m2)** |  |  |  |  |
| **BP (mmHg)** |  |  |  |  |
| **FPG (mg%)** |  |  |  |  |
| **HbA1C (%)** |  |  |  |  |
| **Cholesterol (mg/dl)** |  |  |  |  |
| **HDL (mg/dl)** |  |  |  |  |
| **TG (mg/dl)** |  |  |  |  |
| **LDL (mg/dl)** |  |  |  |  |
| **Urine microalbumin** |  |  |  |  |
| **Serum Cr (mg/dl)** |  |  |  |  |
| **eGFR (ml/min)** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง 7 เรื่อง (ADCES7 Self-Care Behaviors) และการนอนหลับ** เมื่อวันที่ ..........................................................................

| **รายการ** | **รายละเอียดพฤติกรรม** | **ปัญหา** | | **Stages of change** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ไม่มี** | **มี** |
| 1. การเผชิญความเครียดและปรับตัว (Healthy Coping) |  |  |  |  |
| 1. การรับประทานอาหาร   (Healthy Eating) |  |  |  |  |
| 1. การเคลื่อนไหวและ   ออกกำลังกาย (Being Active) |  |  |  |  |
| 1. การใช้ยา   (Taking Medication) |  |  |  |  |
| 1. การติดตาม   ภาวะน้ำตาลในเลือด (Monitoring) |  |  |  |  |
| 1. การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน(Reducing Risk) |  |  |  |  |
| 1. การแก้ปัญหา   (Problem Solving) |  |  |  |  |
| 1. การนอนหลับ (Sleep) |  |  |  |  |

**การให้ความรู้ การดูแล และการสนับสนุนผู้เป็นเบาหวานตามปัญหาการดูแลตนเองที่ประเมินได้ โดยใช้กระบวนการ DSMES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เป้าหมายเชิงพฤติกรรมแบบ SMART**  **ที่ตั้งร่วมกันระหว่างผู้เป็นเบาหวาน**  **และผู้ให้ความรู้** | **วิธีการให้ความรู้ การดูแล**  **และการสนับสนุนผู้เป็นเบาหวาน** | **แผนการปฏิบัติตนของผู้เป็นเบาหวาน**  **ที่ตกลงร่วมกับผู้ให้ความรู้** | **ความมั่นใจของผู้เป็นเบาหวาน**  **ที่จะปฏิบัติตามแผนได้สำเร็จ**  **(คะแนน 1 – 10)\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\*หมายเหตุ** หากไม่มั่นใจเต็ม 10 ให้ค้นหาว่าเป็นเพราะเหตุใดและร่วมกันแก้ไข

**การติดตามและประเมินผล ครั้งที่ 1** เมื่อวันที่ ...................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เป้าหมาย** | **การบรรลุเป้าหมาย** | | **เหตุผลที่ไม่บรรลุเป้าหมายและแผนการปฏิบัติตนใหม่ของผู้เป็นเบาหวาน** |
| **บรรลุ** | **ไม่บรรลุ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ปัญหาใหม่ที่พบหรือปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติม**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**การติดตามและประเมินผล ครั้งที่ 2** เมื่อวันที่ ...................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เป้าหมาย** | **การบรรลุเป้าหมาย** | | **เหตุผลที่ไม่บรรลุเป้าหมายและแผนการปฏิบัติตนใหม่ของผู้เป็นเบาหวาน** |
| **บรรลุ** | **ไม่บรรลุ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ปัญหาใหม่ที่พบหรือปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติม**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**การติดตามและประเมินผล ครั้งที่ 3** เมื่อวันที่ ...................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เป้าหมาย** | **การบรรลุเป้าหมาย** | | **เหตุผลที่ไม่บรรลุเป้าหมายและแผนการปฏิบัติตนใหม่ของผู้เป็นเบาหวาน** |
| **บรรลุ** | **ไม่บรรลุ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ปัญหาใหม่ที่พบหรือปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติม**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**หมายเหตุ** หากมีการติดตามหลายครั้งให้เพิ่มตารางข้อมูลการติดตามและประเมินผล