



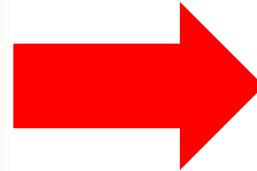
Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)



Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

3 Steps Process

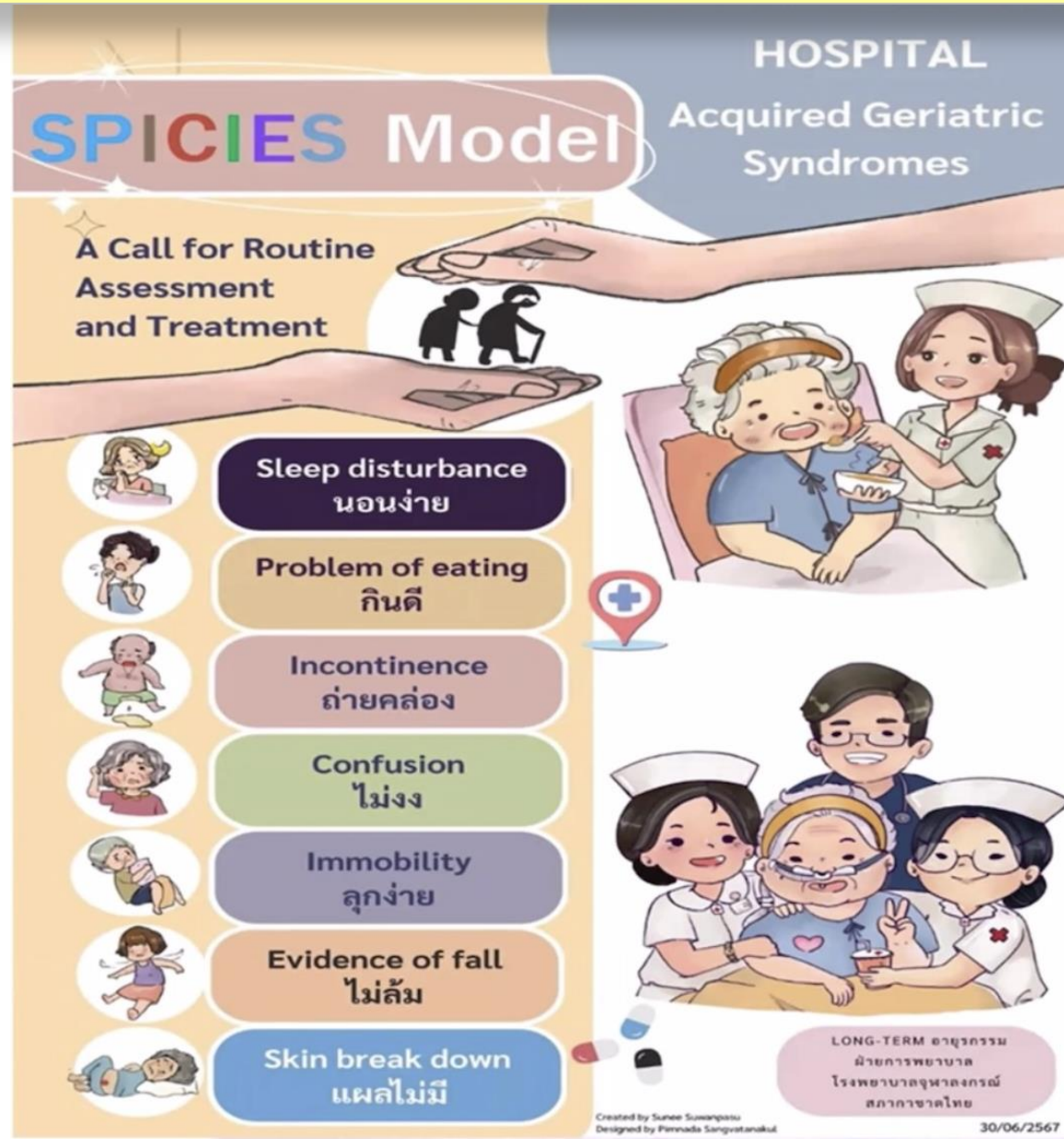
1. Targeting appropriated patients
2. Assessing patients and developing recommendations
 - Multidimensional Geriatric Assessment
 - Planning or recommendation
3. Implementing recommendations



Gold of care

- คงความมีสุขภาพดี
- ค้นพบโรคทางกายและ/หรือทางใจ ในระยะแรก รักษาถูกต้อง ทันเวลา ฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม
- ให้ความสามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้จะมีโรคเรื้อรัง
- ให้การดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)



KCMH

[illegible]

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)



ฝ่ายการพยาบาล
NURSING DEPARTMENT

KCMH

การตรวจร่างกาย

02.08. บันทึก Geriatric Assessment Form

เพศ หญิง อายุ 50 ปี 3 เดือน 19 วัน

เลขที่บัตรประชาชน

สิทธิพื้นฐาน ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สถานะการเงิน เงินสด

ชื่อจริง :- BSA :-

Ward 16 A2 [1612 - 1] Admit Date 25/02/2563 12:16:00

Function(1) Function(2) H/GS I H/GS III H/GS IV(1) H/GS IV(2) H/GS IV(IAD)

Physical Examination

วันที่ประเมิน : 07/08/2567 10:41:11

SUBMIT

General Appearance

- ☐ looks well ☒ looks unwell
- ☐ calm ☐ agitated
- ☐ flushed ☒ pale
- ☐ compliant ☐ combative
- ☐ movement ☒ posture
- ☐ active ☐ lethargic

Airway

- ☐ Normal
- ☒ Abnormal
- ☐ noises
- ☒ secretions
- ☐ cough
- ☐ Artificial airways
- ☐ อื่นๆ ระบุ

Breathing

- ☐ Equal bilateral air entry and movement
- ☒ Unequal bilateral air entry and movement
- ☐ rhonchi
- ☐ crackles
- ☐ wheezing
- ☐ stridor
- ☐ plural Friction Rub
- ☐ อื่นๆ ระบุ

Breath sound

- ☐ Normal
- ☒ Abnormal
- ☒ rhonchi
- ☐ crackles
- ☐ wheezing
- ☐ stridor
- ☐ plural Friction Rub
- ☐ อื่นๆ ระบุ

Lung sound

- ☐ Normal
- ☒ Abnormal
- ☐ rhonchi
- ☐ crackles
- ☒ wheezing
- ☐ stridor
- ☐ plural Friction Rub
- ☐ อื่นๆ ระบุ

Work of breathing

- ☒ Spontaneous
- ☐ Nonspontaneous
- ☐ laboured
- ☐ supported
- ☐ oxygen requirement
- ☐ ventilator dependent
- ☐ อื่นๆ ระบุ

FOCUS

- ☒ General appearance
- ระบุ pale,posture
- ☒ Reduced oxygen consumption
- ระบุ Airway : secretion
- ☒ Motor weakness
- ระบุ RT-U : 3,RT-L : 3

Motor power

- | Rt Upper | Rt Lower | Lt Upper | Lt Lower |
|--|--|--|--|
| ☐ Grade 5 | ☐ Grade 5 | ☐ Grade 5 | ☐ Grade 5 |
| ☐ Grade 4 | ☐ Grade 4 | ☐ Grade 4 | ☐ Grade 4 |
| ☒ Grade 3 | ☒ Grade 3 | ☒ Grade 3 | ☒ Grade 3 |
| ☐ Grade 2 | ☐ Grade 2 | ☐ Grade 2 | ☐ Grade 2 |
| ☐ Grade 1 | ☐ Grade 1 | ☐ Grade 1 | ☐ Grade 1 |

Eye

- ☐ Normal
- ☒ Eye problem
- ☐ Bilateral asymmetry, shape and placement of eye in relation to the ears.
- ☐ Bilateral asymmetry, size and shape of the pupils, reactivity to light.

Ear

- ☐ Normal
- ☐ Ear problem
- ☐ malposition ears
- ☐ obvious cerumen
- ☐ inflammation
- ☐ redness

Nose

- ☐ Normal
- ☐ Nose problem
- ☐ bleeding
- ☐ discharge
- ☐ swelling
- ☐ masses or foreign

Throat

- ☐ Normal
- ☐ Throat problem
- ☐ hard and soft palate for lesions palate
- ☐ large size of tonsils
- ☐ odour

ผู้บันทึกข้อมูล :

ผู้ยกเลิกข้อมูล :

วันเวลา :

วันเวลา :

ผู้แก้ไขข้อมูลล่าสุด :

เหตุผลการยกเลิก :

วันที่แก้ไข :

KCMH

05.1.1.1.ลำดับผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วย

02.08. บันทึก Geriatric Assessment Form

HN AN ชื่อ-นามสกุล
 19454/62 9629/62
B pos น้าหนัก :- ส่วนสูง :- BP :- อุณหภูมิ :- BMI :- ชีพจร :- BSA :-

เพศ หญิง อายุ 50 ปี 3 เดือน 19 วัน
สิทธิ์พื้นฐาน ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เลขที่บัตรประชาชน 8 7100 000 10 11 8
สถานะการเงิน เงินสด

Ward 16 A2 [1612 - 1] Admit Date 25/02/2563 12:16:00

Function(1)	Fuction(2)	HAGS I	HAGS II	HAGS II(Pain)	HAGS III	HAGS IV(1)	HAGS IV(2)	HAGS IV(IAD)
☒ Grade 2 ☐ Grade 1 ☐ Grade 0	☐ Grade 2 ☐ Grade 1 ☐ Grade 0	☐ Grade 2 ☐ Grade 1 ☐ Grade 0	☐ Grade 2 ☐ Grade 1 ☐ Grade 0					
Level of conscious : Alert RASS Score : Restless Gcs : E4M4V5 13 [หมายเหตุ] Eye Opening (E) : ลืมตาได้เอง Motor Response (M) : ปิดไม่ถูกตำแหน่ง Verbal Response (V) : พูดคุยได้ดี				to the ears. ☐ Bilateral asymmetry ,size and shape of the pupils, reactivity to light. ☐ Conjunctiva, and eyelids for inflammation ☐ อื่นๆระบุ _____ ☐ inflammation ☐ redness ☐ discharge ☐ อื่นๆระบุ _____ ☐ swelling ☐ masses or foreign ☐ nose for asymmetry ☐ อื่นๆระบุ _____ ☒ large size of tonsils ☐ odour ☐ exudate ☐ อื่นๆระบุ _____				
Disability ☐ No problem ☐ abnormal movement ☐ abnormal gait & balance ☐ mobility aids ☐ Transfer assistant requirements ☐ Disability ☐ glasses aids ☐ hearing aids ☐ prosthetics/orthotics required ☐ อื่นๆระบุ _____				Smoking ☐ ไม่สูบบุหรี่ หรือผลิตภัณฑ์จากยาสูบ ☐ สูบบุหรี่ หรือผลิตภัณฑ์จากยาสูบ ☐ เคยสูบบุหรี่ หรือผลิตภัณฑ์จากยาสูบ ☐ อื่นๆ ระบุ _____ Alcohol ☐ ไม่ดื่ม ☐ 0-1 แก้ว/วัน ☐ 1-2 แก้ว/วัน ☐ มากกว่า 3 แก้ว/วัน ☐ อื่นๆ ระบุ _____ ผักและผลไม้ ☐ ไม่ได้รับประทานเลย ☐ 5 ส่วน หรือมากกว่าต่อวัน ☐ 4 ส่วนต่อวัน ☐ 3 ส่วนต่อวัน ☐ 1-2 ส่วนต่อวัน ☐ อื่นๆ ระบุ _____				
Throat ☐ Poor Peripheral Circulation ☐ Disability ☒ Alternation of conscious Level of conscious Alert RASS Restless GCS E4M4V5 ☐ Unhealthy behavior Smoking Alcohol								

[หมายเหตุ] ความสามารถในการลืมตา (Eye opening = E)
 ในกรณีผู้ป่วยไม่ลืมตา เนื่องจากตาบวมปิด ไม่ต้องพยายามเปิดตรวจ ให้เขียน C (Close) ลงในช่อง 1 คะแนน สำหรับผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บบริเวณใบหน้า อาจทำให้การประเมินในส่วนความสามารถในการลืมตาได้ยาก
 ความสามารถในการสื่อสารที่ดีที่สุด (Best verbal response = V)
 ในกรณีผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าสามารถสื่อสารได้ แม้จะใส่ท่อหลอดลมคอ เช่น การเขียน หรือ พยางค์สระ ฯลฯ ให้ลงในช่อง 5 คะแนน
 ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ใส่หลอดลมคอ หากไม่สามารถแสดงให้เห็นว่าสื่อสารได้ ให้บันทึก T ในช่อง 1 คะแนน

ผู้บันทึกข้อมูล :
วันเวลา :
ผู้แก้ไขข้อมูลล่าสุด :
วันที่แก้ไข :

ผู้ยกเลิกข้อมูล :
วันเวลา :
เหตุผลการยกเลิก :

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)



ฝ่ายการพยาบาล
NURSING DEPARTMENT

KCMH

02.08. บันทึก Geriatric Assessment Form

Karnofsky
performance
status

MEWS scale

05.1.1.1. สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วย...

HN: 10454703 AN: 8
B pos นาน
เพศ หญิง อายุ 50 ปี 3 เดือน 19 วัน เลขที่บัตรประชาชน
สิทธิพื้นฐาน ประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานะการ
BMI :- ชีพจร :- BSA :- Ward 16 A2 [1] 12:16:00

Function(1) Fuction(2) HAD
Geriatric Assessment ☐ N/A
APACHE II
MEWS 6
FOCUS
☐ Risk for functional decline

Karnofsky performance status
PRE-ADMISSION SCORE :
ADMISSION SCORE :
100 = ปกติ, ยังไม่มีอาการของโรคต่างๆ
90 = ช่วยเหลือตัวเองได้ในเรื่องปกติพื้นฐานได้ มีอาการของโรคแทรกซ้อนเล็กน้อย
80 = พยายามดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง มีอาการของโรคปรากฏให้เห็นเล็กน้อย
70 = สามารถดูแลตัวเองได้ แต่ไม่สามารถทำงานได้
60 = ในเรื่องส่วนตัวส่วนใหญ่ทำได้ด้วยตัวเอง ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้ง
50 = ในเรื่องส่วนตัวส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือ และเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาด่วน
40 = ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือพิเศษ
30 = ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการรักษาจากโรงพยาบาล
20 = เจ็บป่วย จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการรักษาจากโรงพยาบาล
10 = มีโรคเรื้อรังหรือมีอาการรุนแรง

BARTHEL ADL PRE-ADMISSION PRE-ADMISSION SCORE :
1.FEEDING
0 = unable
+5 = needs help
+10 = independent
2.BATHING
0 = dependent
+5 = independent
3.GROOMING
0 = unable
+5 = independent
4.Dressing
0 = unable
+5 = needs help
+10 = independent
5.Bowel control
0 = Incontinence (or needs to be given enemas)
+5 = Occasional accident
+10 = Continent
6.Bladder control
0 = unable
7.Toilet use
0 = unable
8.Transfers (bed to chair and back)
0 = unable
9.Mobility on level surfaces
0 = Immobile or <45 Metre
10.Stair
0 = unable

ผู้บันทึกข้อมูล :
ผู้ยกเลิกข้อมูล :
วันเวลา :
วันเวลา :
ผู้แก้ไขข้อมูลล่าสุด :
เหตุผลการยกเลิก :
วันที่แก้ไข :

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)



ฝ่ายการพยาบาล
NURSING DEPARTMENT

KCMH

05.1.1.ลำดับผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วย...

HN 10454/63 84
B pos
Function(1) Function(2) HAGS
Geriatric Assessment
Karnofsky performance status
100 = ปกติ, ยังไม่มีอาการของโรค
90 = ช่วยเหลือตัวเองได้ในเรื่อง
80 = พยายามดำเนินชีวิตประจำวัน
70 = สามารถดูแลตัวเองได้ แต่
60 = ในเรื่องส่วนตัวส่วนใหญ่

BARTHEL ADL PRE-ADMISS

1.FEEDING
0 = unable
+5 = needs help
+10 = independent

6.Bladder control

U2.08. บทกร Geriatric Assessment Form

ประเมิน MEWS

1.BT s(C)	2.HR (bpm)	3.SBP(mmHg)	4.RR(/min)	
☐ <35.0 (2) ☐ 35.0-36.0 (1) ☒ <35.0 (0) ☐ 37.8-38.4 (1) ☐ > or = 38.5 (2)	☐ <or= 40 (2) ☐ 41-50 (1) ☐ 51-100 (0) ☒ 101-110 (1) ☐ 111-129 (2) ☐ >or=130 (3)	☐ < or=70 or Inotrope/vasopressor (3) ☐ 71-80 (2) ☐ 81-100 (1) ☐ 101-180 (0) ☒ 181-200 (1) ☐ 201-219 (2) ☐ >or=220 (3)	☐ On respirator (2) ☐ <9 (3) ☐ 9-14 (0) ☒ 15-20 (1) ☐ 21-29 (2) ☐ >or=30 (3)	
5.SpO2 (%)	6. Level of conscious	7. Urine output/1hr	8.Urine output/2hr	9.Urine output/4hr
☐ <85 (3) ☐ 85-89 (2) ☒ 90-94 (1) ☐ >or=95 (0)	☐ Agitate(Ag) (1) ☐ Alert (Al) (0) ☒ React to voice (V) (1) ☐ React to pain (P) (2) ☐ Unresponsive(Un) (3)	☐ <or=30 or ESRD (2) ☒ 31-60 (1) ☐ >60 or N/A (0)	☐ <or=60 (2) ☐ 61-120 (1) ☐ >120 (0)	☐ <or=120 (2) ☐ 121-240 (1) ☐ >240 (0)

คะแนน MEWS 0-2 หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปลอดภัย ให้สังเกต และประเมิน vital sign ตามปกติ
 คะแนน MEWS 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ รายงานหัวหน้าเวร และแพทย์เจ้าของไข้ ประเมินซ้ำ ติดตาม vital sign และ score ทุก 2 ชั่วโมง หรือ ตามคำสั่งการรักษารักษาของแพทย์
 คะแนน MEWS 4 หมายถึงผู้ป่วยมีโอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ รายงานหัวหน้าเวร และแพทย์เจ้าของไข้ ประเมินซ้ำ ติดตาม vital sign และ score ทุก 2 ชั่วโมง หรือ ตามคำสั่งการรักษารักษาของแพทย์ ประเมิน I/O ทุก 4 ชั่วโมง
 คะแนน MEWS 5-6 หมายถึงหมายถึงผู้ป่วยมีโอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ รายงานหัวหน้าเวร และแพทย์เจ้าของไข้ ประเมินซ้ำ ติดตาม vital sign และ score ทุก 1 ชั่วโมง หรือ ตามคำสั่งการรักษารักษาของแพทย์ ประเมิน I/O ทุก 4 ชั่วโมง
 คะแนน MEWS >6 หมายถึงหมายถึงผู้ป่วยมีโอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ รายงานหัวหน้าเวร และแพทย์เจ้าของไข้ ประเมินซ้ำ ติดตาม vital sign และ score ทุก 30 นาที หรือ ตามคำสั่งการรักษารักษาของแพทย์ ประเมิน I/O ทุก 2 ชั่วโมง

ตกลง ปิด

ผู้บันทึกข้อมูล :
ผู้ยกเลิกข้อมูล :
วันเวลา :
เหตุผลการยกเลิก :

KCMH

02.08. บันทึก Geriatric Assessment Form

HNAN

ชื่อ-นามสกุล

เพศ หญิง

อายุ 50 ปี 3 เดือน 19 วัน

เลขที่บัตรประชาชน ๘-๗1๐๕-๘๘๘ 10-11-0

1945/62-0620/62

สิทธิพื้นฐาน ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สถานะการเงิน เงินสด

B pos น้ำหนัก :- ส่วนสูง :- BP :- อุณหภูมิ :- BMI :- ชีพจร :- BSA :-

Ward 16 A2 [1612 - 1] Admit Date 25/02/2563 12:16:00

Function(1) | Function(2) | **HAGS** | III | HAGS IV(1) | HAGS IV(2) | HAGS IV(IAD)

Geriatric Assessment

Sleep

☐ ไม่มีปัญหา ☒ มีปัญหา

☐ นอนไม่หลับ ☐ นอนหลับไม่ต่อเนื่อง ☐ ระยะเวลากการนอนหลับไม่พอ
☐ รู้สึกว่าการนอนไม่ดี ☐ อื่นๆระบุ:

Problem of eating & feeding

Bowel sound

☐ Normal ☒ Abnormal

☐ Hypo-active ☐ Hyper-active
☐ Absent ☐ อื่นๆ ระบु:

Swallow test

☐ No problem ☒ Have a problem

☐ อาการน้ำลายไหล หรือมีอาหารไหลออกจากปาก
☐ ไอขณะรับประทานอาหาร
☐ มีเสียงน้ำในลำคอจากการกลืน
☐ สงสัยว่ามีอาหารค้างใน pharynx หลังการกลืน (ตรวจโดยการฟังด้วย Stethoscope)

☐ มีอาหารค้างในกระพุ้งแก้ม
☐ อาหารเป็นก้อนติดคอมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง
☐ ไม่สามารถรับประทานอาหารได้โดยไม่ต้องพึ่งพา
☐ อื่นๆ ระบु:

DIET

☐ อาหารปกติ ☒ อาหารเฉพาะโรค/อาหารพิเศษ

FOCUS

☐ Sleep disturbance

☐ Risk for Aspiration

☐ Swallow test ผิดปกติ

☐ DIET

ผู้บันทึกข้อมูล :
แพทย์เลือกข้อมูล :

วันเวลา :
วันเวลา :

ผู้แก้ไขข้อมูลล่าสุด :
เหตุผลการยกเลิก :

วันที่แก้ไข :

KCMH

05.1.1.1. ลำดับผู้มาพบที่อยู่ในหอผู้ป่วย

HN AN ชื่อ-นามสกุล เพศ หญิง อายุ 50 ปี 3 เดือน 19 วัน เลขที่บัตรประชาชน ๒-71๐๕-๘๘๘๔๑-๙๙๙๙
1945/1/62 ๘๖๘๘/62 สัญชาติไทย ประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานะการเงิน เงินสด
B pos น้ำหนัก :- ส่วนสูง :- BP :- อุณหภูมิ :- BMI :- ชีพจร :- BSA :- Ward 16 A2 [1612 - 1] Admit Date 25/02/2563 12:16:00

Function(1) Function(2) HAGS I HAGS II HAGS II(Pain) HAGS III HAGS IV(1) HAGS IV(2) HAGS IV(IAD)

No problem have a problem

อาหารที่ได้รับ

☒ อาการน้ำลายไหล หรือมีอาหารไหลออกจากปาก ☐ มีอาหารค้างในกระพุ้งแก้ม
☐ ไอบ่อยรับประทานยา ☐ อาหารเป็นก้อนติดคอมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง
มีเสียงน้ำในลำคองจากการกลืน ☐ ไม่สามารถรับประทานอาหารได้โดยไม่ต้องพึ่งพา
สงสัยว่ามีอาหารค้างใน pharynx หลังการกลืน ☐ อื่นๆ ระบุ _____
(ตรวจโดยการฟังด้วย Stethoscope)

DIET ☐ อาหารปกติ ☒ อาหารเฉพาะโรค/อาหารพิเศษ

ประเมินการได้รับพลังงาน

☐ อาหารปั่นข้นปานกลางถึงมาก เนื้อเกาะกันเป็นก้อนได้ง่ายและต้องการการบดเคี้ยว (semi-solid)
☒ อาหารปั่นข้นเนื้อเดียวกัน เกาะกันเป็นก้อนไม่มีน้ำ และไม่จำเป็นต้องบดเคี้ยว (pureed)
☒ Enteral Nutrition ระบุ : 400X4F
☐ Parenteral Nutrition ระบุ : _____
☐ NPO
☐ อื่นๆ ระบุ : _____

Energy requirement

☒ Total Energy Expenditure: 1878.778 Kcal/d Weight: 40.000 kg. Height: 170.00 cm. BEE: 1118.32
☒ Receive Energy: 1400 Kcal/d Activity factors: BED REST (1.2)
Injury factors: Infection - Moderate (1.4)

☒ DIET pureed Enteral Nutrition : 400X4F
☒ Risk for under-nutrition
☐ Risk for over-nutrition

ผู้บันทึกข้อมูล : ผู้แก้ไขข้อมูลล่าสุด : วันที่แก้ไข :
ผู้ยกเลิกข้อมูล : วันเวลา : เหตุผลรายการยกเลิก :

ฝ่ายการพยาบาล
NURSING DEPARTMENT
KCMH

05.1.1.1.ลำดับผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วย...

02.08. บันทึก Geriatric Assessment Form

HN AN ชื่อ-นามสกุล เพศ หญิง อายุ 50 ปี 3 เดือน 19 วัน เลขที่บัตรประชาชน 7100 000 10 11 0
 19454/62 9620/62 สิริพันธ์ฐาน ประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานะการเงิน เงินสด
 B pos น้ำหนัก: - ส่วนสูง: - BP: - อุณหภูมิ: - BMI: - ชีพจร: - BSA: - Ward 16 A2 [1612 - 1] Admit Date 25/02/2563 12:16:00

Function(1) Function(2) HAGS I HAGS II (1) HAGS IV(2) HAGS IV(IAD)

ประเมนภาวะ Incontinence

Incontinence
 Urinary Incontinence

ไม่มีอาการ มีอาการ

☐ ปัสสาวะเล็ด ☐ ปัสสาวะรั่ว ☐ ปัสสาวะเล็ดและรั่ว
☐ ปัสสาวะค้าง ☐ Catheter ☐ อื่นๆระบุ:

ประเมนภาวะสับสนเฉียบพลันและภาวะซึมเศร้า

Feces Incontinence

ไม่มีอาการ มีอาการ

☐ ต้องใช้ยาระบาย ☐ ถ่ายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์
☐ ต้องใช้ยาสวนอุจจาระ/ต้องใช้มือช่วย Catheter ☐ ถ่ายไม่สุด
☐ อุจจาระแข็ง ☐ อุจจาระเหลวปนแข็ง
☐ อุจจาระเหลว

Acute Confusion
 Depression
 Delirium

ไม่มีปัญหา มีปัญหา GDS Score ประเมิน GDS
 Low Risk High Risk AWOL Score ประเมิน AWOL Score

FOCUS

☐ Urinary Incontinence
☐ Constipation
☐ Loose stool
☐ Depression Symptom
☐ High risk for Delirium

ผู้บันทึกข้อมูล : วันเวลา : ผู้แก้ไขข้อมูลล่าสุด : วันที่แก้ไข :
 ผู้ยกเลิกข้อมูล : วันเวลา : เหตุผลรายการยกเลิก :

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)



ฝ่ายการพยาบาล
NURSING DEPARTMENT

KCMH

05.1.1.1. สำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วย...

HN AN
10-15-1/63 0520/63
B pos นำหนัก :- ส่วนสูง :-

Function(1) Function(2) HAGS I HAGS II

Geriatric Assessment ☐ N/A

Incontinence ☐ ไม่มีอาการ

Urinary Incontinence

Feces Incontinence ☐ ไม่มีอาการ

Acute Confusion ☐ ไม่มีปัญหา

Depression ☐ Low Risk

Delirium

หัวข้อ

1. โดยทั่วไปแล้วคุณพึงพอใจกับชีวิตตัวเองหรือไม่
2. คุณเล็ดกิจกรรมหรือความสนใจในสิ่งต่างๆ ลงหรือไม่
3. คุณรู้สึกว่ามีชีวิตว่างเปล่าหรือไม่
4. คุณรู้สึกเบื่อๆ อยู่บ่อยครั้งหรือไม่
5. คุณอารมณ์ได้เป็นส่วนใหญ่หรือไม่
6. คุณกลัวว่าจะอะไรต่างๆ จะเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่
7. คุณรู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่หรือไม่
8. คุณรู้สึกหมดหนทางอยู่บ่อยครั้งหรือไม่
9. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าออกไปหาอะไรทำนอกบ้านหรือไม่
10. คุณรู้สึกว่าคุณมีปัญหาความจำมากกว่าใครๆ หรือไม่
11. คุณคิดว่าการที่มีชีวิตอยู่มาได้จนถึงทุกวันนี้มันช่างแสนวิเศษใช่หรือไม่
12. คุณรู้สึกหรือไม่ว่าชีวิตที่กำลังเป็นอยู่ตอนนี้ช่างไร้ค่าเหลือเกิน
13. คุณรู้สึกมีกำลังเต็มที่หรือไม่
14. คุณรู้สึกหมดหวังกับสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่หรือไม่
15. คุณคิดว่าคนอื่นๆ ดีกว่าคุณหรือไม่

คำตอบ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

คะแนน

0 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

รวมคะแนน 2

ตกลง ปิด

FOCUS

☒ Urinary Incontinence
มีสภาวะเล็ดและเร็ว

☒ Constipation
อุจจาระเหลว

☒ Loose stool

☐ Depression Symptom

☐ High risk for Delirium

• ให้คะแนน 1 คะแนนในข้อต่อไปนี้
• ถ้าตอบ ใช่ : ข้อ 2 - 4, 6, 8 - 10, 12, 14 - 15
• ตอบ ไม่ใช่ : ข้อ 1, 5, 7, 11, 13
ได้ 6 คะแนนขึ้นไป บ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า

ผู้บันทึกข้อมูล :

ผู้แก้ไขข้อมูล :

วันเวลา :

วันเวลา :

ผู้แก้ไขข้อมูลล่าสุด :

เหตุผลการยกเลิก :

วันที่แก้ไข :

KCMH

05.1.1.1. สอดคล้องกับข้อมูลในหอผู้ป่วย

02.08. บันทึก Geriatric Assessment Form

HN AN ชื่อ-นามสกุล เพศ หญิง อายุ 50 ปี 3 เดือน 19 วัน เลขที่บัตรประชาชน 8-7106-88848-11-8
 18/15/1/58 8828/58 สัญชาติ ไทย สัญญาณชีพพื้นฐาน ประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานะการเงิน เงินสด
 B pos น้ำหนัก :- ส่วนสูง :- BP :- อุณหภูมิ :- BMI :- ชีพจร :- BSA :- Ward 16 A2 [1612 - 1] Admit Date 25/02/2563 12:16:00

Function(1) Function(2) HAGS I HAGS II HAGS II(Pain) HAGS III HAGS IV(1) HAGS IV(2) HAGS IV(IAD)

☐ ต้องเขยื้อนส่วนอุจจาระ/ต้องเขมือบถ่าย เมล็ด
☒ ช่วย Catheter
☐ อุจจาระแข็ง ☐ อุจจาระเหลวปนแข็ง
☒ อุจจาระเหลว

Acute Confusion Depression Delirium

☐ ไม่มีปัญหา ☒ มีปัญหา GDS Score 7 ประเมิน GDS
☐ Low Risk ☒ High Risk AWOL Score 4 ประเมิน AWOL Score

☐ Pain ☐ Immobility
☒ Infection ☐ Sleep problem
☐ Under-nutrition ☐ Poly Medicine
☐ Constipation ☐ Dehydration ☐ อื่นๆ ระบุ

☐ CAM Negative ☒ CAM Positive
 ประเมิน CAM
 ประเมิน CAM-ICU
☐ Hypo-active form ☐ Hyper-active form ☐ Mixed form

☒ Loose stool
☒ Depression Symptom
☒ High risk for Delirium
 อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี, สะกดคำอ่านช้าลง ถอยหลัง ไม่ถูกต้อง, ระบบสถานที่ไม่ถูกต้อง, การประเมินมีความเจ็บป่วย ประกอบด้วย
☒ Delirium
☐ Pain

ประเมินภาวะ
สับสนเฉียบพลัน

ผู้บันทึกข้อมูล : วันเวลา : ผู้แก้ไขข้อมูลล่าสุด : วันที่แก้ไข :
 ผังเลือกข้อมูล : วันเวลา : เหตุผลการยกเลิก :

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)



ฝ่ายการพยาบาล
NURSING DEPARTMENT

KCMH

แบบประเมินภาวะ

Delirium

02.08. บันทึก Geriatric Assessment Form

ประเมิน CAM

1.[เริ่มต้นมีอาการอย่างเฉียบพลัน]

มีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตของผู้ป่วยจากสภาพเดิมอย่างเฉียบพลัน

☐ ไม่ใช่ ☒ ใช่

2A.[เสียสมาธิ]

ตอนนั้นผู้ป่วยมีปัญหาในการตั้งสมาธิใหม่ ยกตัวอย่าง เช่น วอกแวกง่าย หรือ มีปัญหาในการติดตามคำพูดต่างๆ

☐ ไม่ใช่ ☒ ใช่

2B.[หากปรากฏหรือผิดปกติ]

พฤติกรรมนี้ขึ้นๆ ลงๆ ตอนสัมภาษณ์ คือ มีแนวโน้มที่จะเป็นๆ หายๆ หรือ เดียวเป็นมาก เดียวเป็นน้อยไหม?

☐ ไม่ใช่ ☒ ใช่

3.[ความคิดกระจัดกระจาย]

ตอนนั้นผู้ป่วยมีความคิดกระจัดกระจายหรือไม่ต่อเนื่อง เช่น มีการพูดเรื่อยเปื่อย หรือการสนทนาที่ไม่เชื่อมโยง ความคิดที่ไม่ชัดเจน หรือไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือมีการเปลี่ยนหัวข้อไปมาโดยไม่รู้ล่วงหน้าไหม

☐ ไม่ใช่ ☒ ใช่

4.[ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนไป]

โดยรวมแล้ว คุณให้ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยรายนี้เป็นอย่างไร (ให้ระบุ)

- ☐ ดีดี [ปกติ]
- ☒ ระแวงระวัง [ตื่นตัวเกินไปไวต่อการกระตุ้น โดยสิ่งแวดล้อมมาก สะดุ้งง่ายมาก]
- ☐ ง่วง [ง่วง ถูกปลุกให้ตื่นง่าย]
- ☐ สลบ [ปลุกให้ตื่นยาก]
- ☐ โคมา [ปลุกไม่ตื่น]

การวินิจฉัยภาวะสับสนโดย CAM-T ต้องมีคุณลักษณะตามข้อ 1, 2 และ ข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 3 หรือ 4 (ตอบว่าใช่)

☒ ดกลง

☐ ปิด

ผู้บันทึกข้อมูล :

ผู้เลือกข้อมูล :

วันเวลา :

วันเวลา :

ผู้แก้ไขข้อมูลล่าสุด :

เหตุผลการยกเลิก :

วันที่แก้ไข :

KCMH

02.08. บันทึก Geriatric Assessment Form

HN AN ชื่อ-นามสกุล เลขที่บัตรประชาชน สถานะการเงิน เงินสด
B pos น้ำหนัก : ส่วนสูง : BP : อุณหภูมิ : Ward 16 A2 [1612 - 1] Admit Date 25/02/2563 12:16:00

Function(1) Function(2) HAGS I HAGS II HAGS II(Pain) HAGS III HAGS IV(2) HAGS IV(IAD)

Pain score : 5

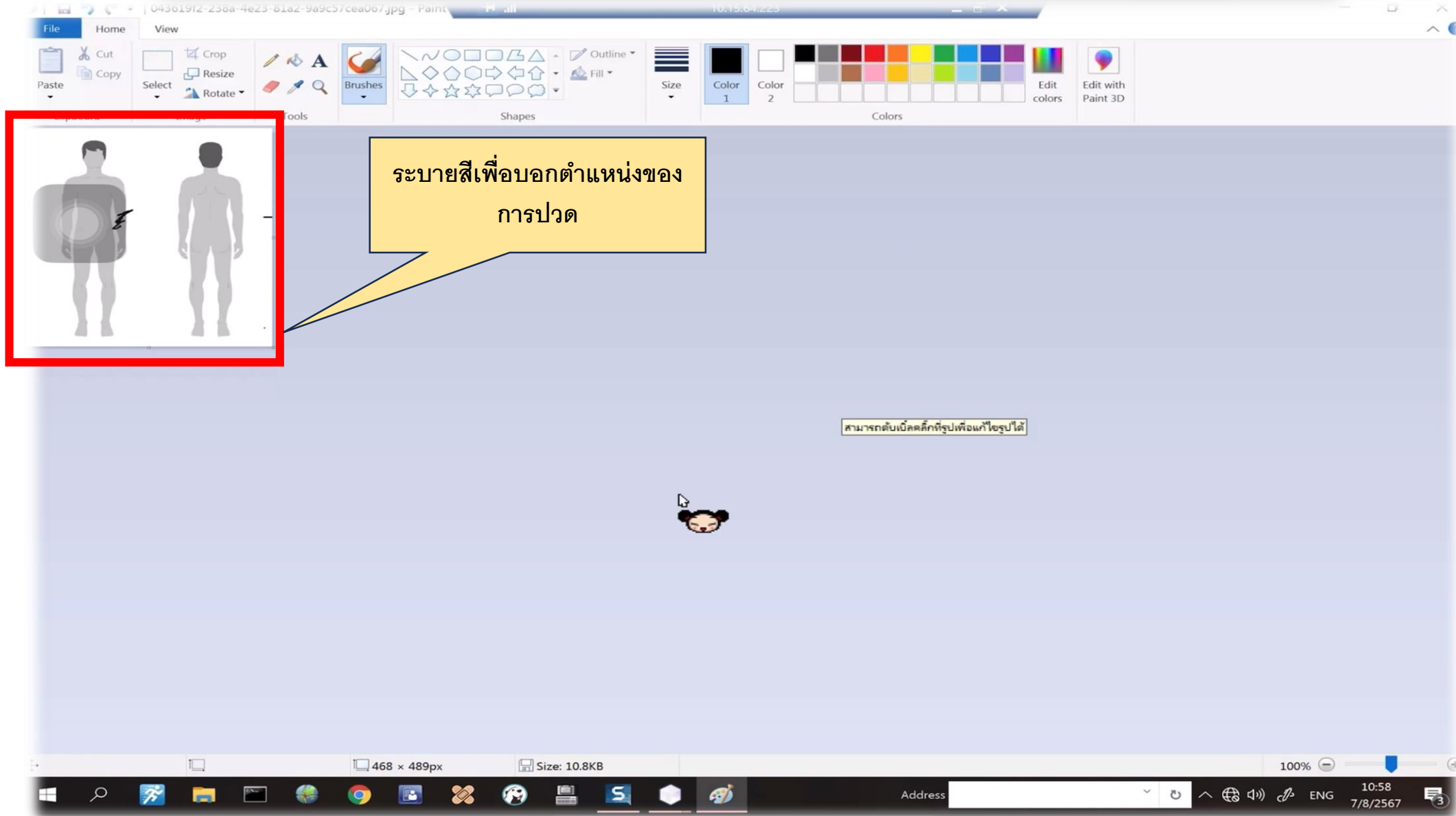
ตำแหน่ง :

ชื่อ	รหัส
Abdomen	19
Chest	8
Elbow	21
Epigastric Region (upper, middle)	2
Face	11
Forearm	30
Groin	13
Hand	1
Head (exclude face)	29
Hip	

ประเมิน Pain

ผู้บันทึกข้อมูล : ผู้แก้ไขข้อมูลล่าสุด :
พิมพ์เลือกข้อมูล : วันที่แก้ไข :

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)



ฝ่ายพยาบาล
 NURSING DEPARTMENT
 KCMH

05.1.1.1. สาคับผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วย... 02.08. บันทึก Geriatric Assessment Form

ประเมิน Caregiver

HN AN อายุ 50 ปี 3 เดือน 19 วัน เลขที่บัตรประชาชน 3-7125-68818-1-1-2
 B pos น้าหนัก : สถานะการเงิน เงินสด Ward 16 A2 [1612 - 1] Admit Date 25/02/2563 12:16:00

Function(1) Fuction(2) HAGS I HAGS II(Pain) **HAGS III** HAGS IV(1) HAGS IV(2) HAGS IV(IAD)

Geriatric Assessment

Caregiving
 Lives with
 Caregiver
 Home

Spouse Sibling Offspring Alone อื่นๆระบุ:
 Spouse Sibling Offspring Paid caregiver อื่นๆระบุ:
 House:
 Apartment:
 อื่นๆระบุ:

Caregiver preparedness

มีความพร้อมสำหรับการดูแล
 ไม่มีความพร้อมสำหรับการดูแล ระบุ...

- ☐ การป้องกันการสำลัก
- ☐ การดูแลความสะอาดร่างกายและกิจวัตรประจำวัน
- ☐ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- ☐ การป้องกันภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
- ☐ การดูแลแผล

FOCUS

☐ Care giver Unpreparedness

ผู้บันทึกข้อมูล : ผู้แก้ไขข้อมูลล่าสุด : วันที่แก้ไข :
 ผู้ยกเลิกข้อมูล : เวลา : เหตุผลการยกเลิก :

KCMH

02.08. บันทึก Geriatric Assessment Form

HN AN ชื่อ-นามสกุล เพศ หญิง อายุ 50 ปี 3 เดือน 19 วัน เลขที่บัตรประชาชน ๗-๑๐๘๙-๖๕๔๓๒-๑
 18/10/1968 08/20/68 สิริสิ้นฐาน ประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานะการเงิน เงินสด
 B pos น้ำหนัก :- ส่วนสูง :- BP :- อุณหภูมิ :- BMI :- ชีพจร :- BSA :- Ward 16 A2 [1612 - 1] Admit Date 25/02/2563 12:16:00

Function(1) Function(2) HAGS I HAGS II HAGS II(Pain) **HAGS III** HAGS IV(1) HAGS IV(2) HAGS IV(IAD)

ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว

Mobility

No problem ☒ Immobility

☐ การดูแลแผล
☒ การดูแลให้อาหารทางสาย
☐ การดูดเสมหะ
☐ การให้ออกซิเจน
☐ การฉีดยา
☐ อื่นๆ ระบุ _____

☐ ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างตั้งใจไว้ได้แก่ การเคลื่อนไหวบนเตียง การลุกจากที่นั่ง หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ และการนั่ง ยืน เดิน
☐ ไม่เต็มใจที่จะพยายามเคลื่อนไหว
☐ ความสามารถที่จะเคลื่อนไหวที่ขัดตามแนวการเคลื่อนไหว ที่ข้อใดข้อหนึ่งมีช่วงจำกัด
☐ ความแข็งแรง ความทน การควบคุม และมวลของกล้ามเนื้อลดลง
☐ การเคลื่อนไหวถูกจำกัด
☐ ไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งได้
☐ อื่นๆระบุ _____

☒ Immobility

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)



ฝ่ายการพยาบาล
NURSING DEPARTMENT

KCMH

05.1.1.1. ลำดับผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วย...

02.08. บันทึก Geriatric Assessment Form

HN 10454 B pos นานนท์
เพศ หญิง อายุ 50 ปี 3 เดือน 19 วัน เลขที่บัตรประชาชน 7-1105-88888-1-1-1-1
สิทธิพื้นฐาน ประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานะการเงิน เงินสด
Ward 16 A2 [1612 - 1] Admit Date 25/02/2563 12:16:00

Function(1) Function(2) HADS II HADS II(Pain) HADS III HADS IV(1) HADS IV(2) HADS IV(IAD)

Geriatric Assessment ☐ N/A

Evidence of FALL

☐ Low Fall Risk

- ☐ คะแนน Fall risk assessment Tool ระดับเสี่ยงต่ำ
- ☐ Complete paralysis หรือ Completely immobilized/Low Fall Risk

☐ Moderate Fall Risk

- ☐ คะแนน Fall risk assessment Tool ระดับเสี่ยงปานกลาง

☐ High Fall Risk

- ☐ ประวัติหกล้มมากกว่า 1 ครั้งใน 6 เดือนที่ผ่านมา
- ☐ ประวัติหกล้มขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้
- ☐ อยู่ในกลุ่มเสี่ยงหกล้มสูงตามข้อกำหนดหรือข้อตกลงขององค์กรฯ เช่น seizure precautions, รู้สึกว่าขณะยืนหรือเดินไม่มั่นคง, กลัวการหกล้ม, FTSS score ≥ 10 นาที

☐ อื่นๆ ระบุ

Fracture risk OSTA -2 Weight : 40 kg.

Skin Breakdown

Skin Integrity

☐ Normal ☐ Abnormal

- ☐ Tightness ☐ Dryness ☐ Roughness
- ☐ Itching ☐ Redness ☐ Inflammation
- ☐ Flaking, scaling or peeling ☐ อื่นๆ ระบุ

FOCUS

- ☐ High Risk Fall
- ☐ Moderate Fall Risk
- ☐ อื่นๆ ระบุ

- ☐ High risk fracture
- ☒ Moderate risk fracture
- ☐ High Risk for Skin breakdown

ผู้บันทึกข้อมูล : ผู้แก้ไขข้อมูลล่าสุด : วันที่แก้ไข :
ผู้ยกเลิกข้อมูล : วันเวลา : เหตุผลการยกเลิก :

ประเมินการพลัดตกหกล้ม

ประเมินภาวะกระดูก
พรุน

ประเมินความเสี่ยงต่อ
การเกิดแผลกดทับ

ฝ่ายการพยาบาล
NURSING DEPARTMENT
KCMH

05.1.1.1. ลำดับผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วย

02.08. บันทึก Geriatric Assessment Form

HN AN
10454/62 8628/62
B pos น้ำหนัก :- ส่วนสูง :-
Function(1) Function(2) HAGS I HAGS II HAGS III HAGS IV(1) HAGS IV(2) HAGS IV(IAD)

อายุ 50 ปี 3 เดือน 19 วัน
ในรฐาน ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
BSA :- เลขที่บัตรประชาชน ๐-๙๙๙๙-๘๘๘๘-๗๗๗๗
สถานะการเงิน เงินสด
Ward 16 A2 [1612 - 1] Admit Date 25/02/2563 12:16:00

ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

Geriatric Assessment(1) ☐ N/A

Pressure Injury ☒ Braden score : 10 ...

ลักษณะ	Exudate	อื่นๆระบุ	Stage
เขียว			Stage 2

ประเมิน IAD

Incontinence associated dermatitis

ตำแหน่ง	รายละเอียด	ด้าน	ขนาด
---------	------------	------	------

ประเมิน Advance care plan

Advance Directive Plan : ☐ Yes ☐ No ☐ N/A
CPR decision : ☐ Yes ☐ No ☐ N/A

ผู้บันทึกข้อมูล :
แพทย์เลือกข้อมูล :

วันเวลา :
วันเวลา :

ผู้แก้ไขข้อมูลล่าสุด :
เหตุผลการยกเลิก :

วันที่แก้ไข :

FOCUS

☐ At risk of pressure injury
☐ Moderate risk of pressure injury
☒ High risk of pressure injury
☐ Very high risk of pressure injury
☒ Pressure Injury

1. Back of head โกลีซอกหนู ข้าย 1x2cm
เขียว Stage 2

☐ IAD

KCMH

Geriatric Assessment(1)

Pressure Injury

ด้านหนัง	คะแนน	คำอธิบาย
1. Sensory perception	4	No impairment: responds to verbal commands, able to feel and express pain/discomfort.
	3	Slightly limited: responds to verbal commands but cannot always communicate discomfort or need to be turned, or has sensory impairment limiting ability to feel pain/discomfort in 1-2 extremities.
	2	Very Limited: responds only to painful stimuli, cannot communicate discomfort except by moaning or restlessness, or has sensory impairment limiting ability to feel pain/discomfort over half of body.
	1	Completely Limited: unresponsive to painful stimuli due to diminished consciousness or sedation, or limited ability to feel pain over most of body surface.
2. Moisture	4	Rarely moist: Skin is usually dry. Linen only requires changing at routine intervals.
	3	Occasionally Moist: requiring extra linen change approximately once a day.
	2	Very Moist: Skin is often, but not always, moist. Linen must be changed at least once a shift.
	1	Constantly Moist: Skin is kept moist almost constantly by perspiration, urine, etc. Dampness is detected every time patient/client is moved or turned.
3. Activity	4	Walks Frequently: Walks outside the room > 2x/day and inside the room at least once every 2 hours during waking hours.
	3	Walks Occasionally: during day, but for very short distances, with or without assistance; spends majority of each shift in bed/chair.
	2	Chairfast: Ability to walk severely limited or non-existent; cannot bear own weight and/or must be assisted into chair/wheelchair.
	1	Bedfast: Confined to bed.
4. Mobility	4	No Limitations: makes majors and frequent changes in position without assistance.

คำแนะนำ:
 คะแนน 19-23 : No risk
 คะแนน 15-18 : At risk of pressure injury
 คะแนน 13-14 : Moderate risk of pressure injury
 คะแนน 10-12 : Hight risk of pressure injury
 คะแนน 6-9 : Very hight risk of pressure injury

Advance Directive Plan : Yes No
 CPR decision : Yes No

ผู้บันทึกข้อมูล :
 ผู้ตรวจเลือกข้อมูล :

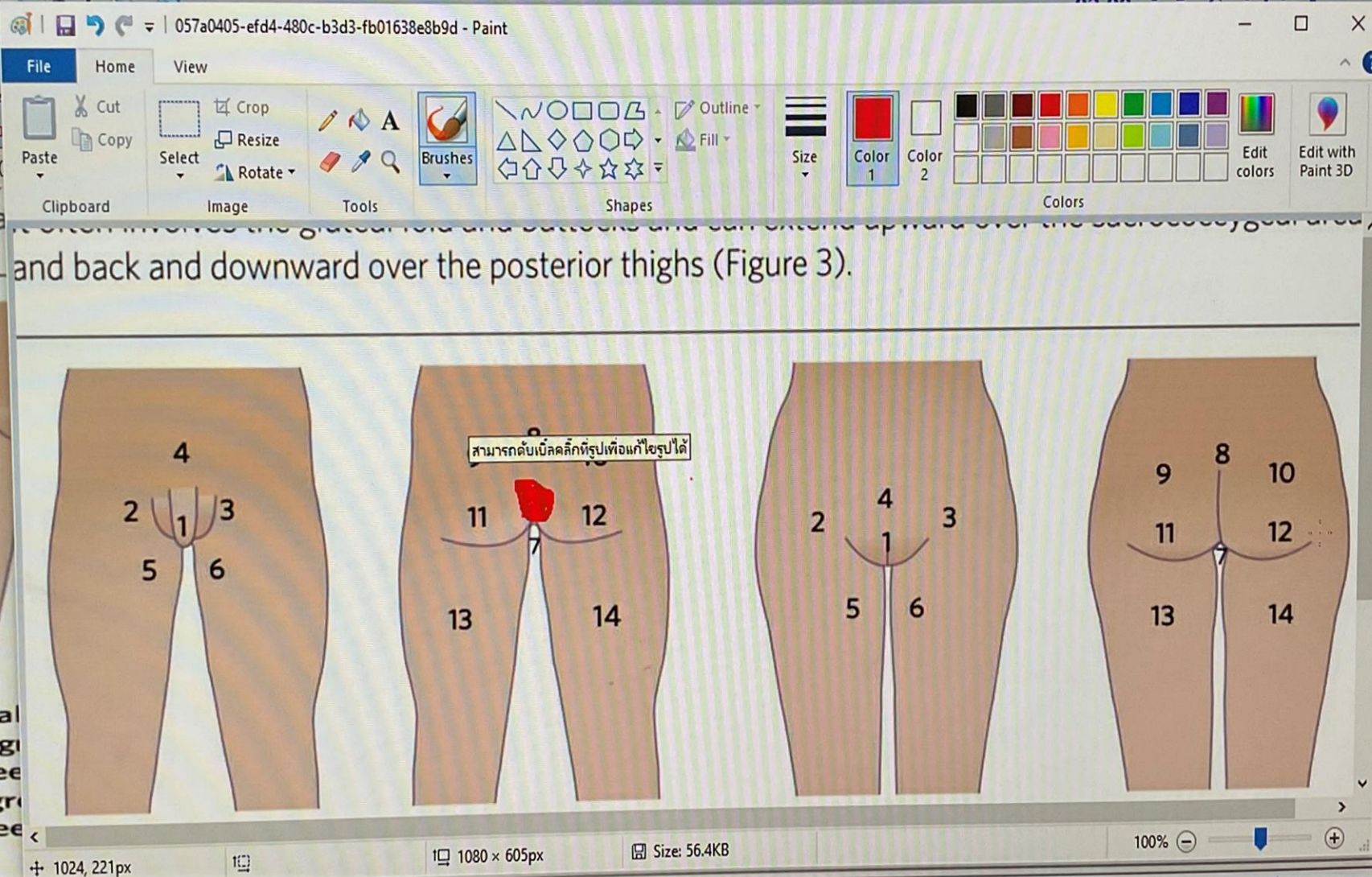
Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)



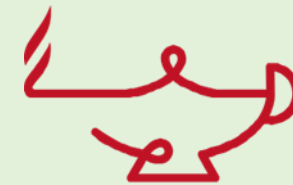
ฝ่ายการพยาบาล
NURSING DEPARTMENT

KCMH

ระบายสีเพื่อบอกตำแหน่งของ
แผล IAD และ แผลกดทับ



Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)



ฝ่ายการพยาบาล
NURSING DEPARTMENT

KCMH

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
วันที่พิมพ์ 16/7/2025 18:16:19
HN: 101942/54

ประเมิน Geriatric

หน้าที่ 1/2

Mow : 1

APACHE II score :

Activity : 1.BT s(C) <35.0

Activity :

2.HR (bpm) 51-100

3.SBP(mmHg) 101-180

4.RR(/min) 15-20

5.SpO2(%) >or=95

6. Level of conscious.Alert (A1)

9.Urine output/4hr >240

ประเมินสมรรถภาพทางกาย

Adm Adl : 35

Preadm Adl : 30

Preadm Kps : (60) ในเรื่องส่วนหัวส่วนใหญ่ทำด้วยตัวเอง ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้งโอกาส

Adm Kps : (20) เขียนป่วย จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการรักษามาจากโรงพยาบาล

Speech : Normal

Vision : Normal

Hearing : Normal

Understrn : Normal

Physical Examination

looks well calm

Normal

Equal bilateral airtentry and movement

Normal

Normal

Neurological: Glasgow coma scale :

level of consciousness : Alert

Gastrointestinal :

Circulation : Normal skin

Geriatric syndromes (SPICCHES model)

Sleep problem : นอนไม่หลับ

ชนิดของอาหาร : อาหารปกติ

ความเสี่ยงการสำลักอาหารและ/หรือน้ำ : No problem

Risk of fall : High Fall Risk

คะแนน Fall risk assessment Tool ระดับเสี่ยงสูง

walk inside : Assist

walk outside : Assist

Transfer : Assist

Aid use : None

Mobility :

ความแข็งแรง ความทน การควบคุม และมวลของกล้ามเนื้อลดลง

Incontinence

Urinary incontinence : ไม่มีอาการ

Feces Incontinence : ไม่มีอาการ

ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

บุหรืหรือหมึกกั้นที่อาจยาสูบ :

แอลกอฮอล์ :

การรับประทานดิงมอลไม้ : 3 ส่วนต่อวัน

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

การออกกำลังกาย : 16-30 นาที 3-4 ครั้ง

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประเมิน Geriatric

หน้าที่ 2/2

วันที่พิมพ์ 16/7/2025 18:16:19

HN: 101942/54

AWOL score : 3

1.อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี

2.ติดตัวเข็มฉีดยา อดอาหารหรือ/หรือ หายใจลำบาก 70 จากตัวเลข 100 จำนวน 5 ครั้ง ถูกต้อง

3.ระบุสถานที่ที่ทรงไม่ถูกต้อง

4.ประเมินความรุนแรงการเจ็บป่วย เขียนป่วยปานกลาง

Delirium Risk Factor : High Risk Immobility,Sleep problem,Poly Medicine

CAM : CAM Negative

Depression ด้วย GDS :

skin break down

Skin Integrity : Dryness,Redness

Bruken Scale : 14



ฝ่ายการพยาบาล
NURSING DEPARTMENT

KCMH

THANK
YOU

