

วันที่.....HN.....**Asthma / COPD No**.....Predicted PEFR.....L/min

น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....

1. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา**คุณมีอาการ ไอ หายใจไม่อิ่ม หรือหายใจมีเสียงดังวี๊ด **ในช่วงกลางวัน**หรือไม่
 - 0) ไม่มี
 - 1) มีอาการน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
 - 2) มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง/สัปดาห์
 - 3) มีอาการทุกวัน
 - 4) มีอาการเกือบตลอดเวลาทำให้มีปัญหากับการทำกิจวัตรประจำวัน
 2. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา**คุณต้องลุกขึ้นมาไอ หายใจฝืด แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ด **ในช่วงกลางคืน**หรือไม่
 - 0) ไม่มี
 - 1) มีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง/เดือน
 - 2) มีมากกว่า 2 ครั้ง/เดือน
 - 3) มีมากกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
 - 4) มีเกือบทุกวัน
 3. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา**คุณใช้ยาบรรเทาอาการหอบ (ยาขยายหลอดลม) บ้างหรือไม่
 - 0) ไม่มี
 - 1) ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
 - 2) ใช้เกือบทุกวัน
 - 3) ใช้ทุกวัน
 - 4) ใช้มากกว่า 4 ครั้ง/วัน ติดต่อกันตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป
 4. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** คุณเคยหอบมากจนต้องไปรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือคลินิกบ้างหรือไม่
 - 0) ไม่เคย
 - 1) เคย (จำนวน.....ครั้ง)
 5. **ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา** คุณเคยหอบมากจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้างหรือไม่
 - 0) ไม่เคย
 - 1) เคย (จำนวน.....ครั้ง) ที่โรงพยาบาล.....
 6. คุณมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาหรือไม่
 - 0) ไม่มี
 - 1) เชื้อราในปาก
 - 2) เสียงแหบ
 - 3) อื่นๆ โปรดระบุ.....
- | | | | |
|---------------------------|-------------------------|------------------|---|
| PRE PEFR.....L/min | Predicted PEF.....L/min | % Predicted..... | POST PEFR.....L/min.....%Predicted |
| FVC.....L | Predicted FVC.....L | % Predicted..... | FVC..... L.....%Predicted |
| FEV1..... L | Predicted PEV1.....L | % Predicted..... | FEV1..... L.....%Predicted |
| PD ₂₀ | | | |

8. ยาที่ผู้ป่วยใช้ในขณะนี้ และขนาดที่ใช้ (ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

1.
2.
3.
4.

9. ยาที่แพทย์สั่งให้ใหม่

1.
2.
3.
4.

10. วันนัดพบแพทย์ครั้งต่อไป วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

11. ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่หรือไม่ 0) ไม่ 1) ใช่
12. . (สำหรับผู้ป่วย COPD) คุณมีเสมหะเหลืองหลังจากพบแพทย์ครั้งที่แล้วหรือไม่ 0) ไม่ใช่ 1) ใช่ ...
13. . (สำหรับผู้ป่วย COPD) ขณะนี้ อาการเหนื่อยหอบของคุณเป็นอย่างไรบ้าง
- () คุณไม่สามารถเดินได้ เนื่องจากสาเหตุอื่น
 - 0) ไม่มีอาการเหนื่อย เพียงแค่รู้สึกหายใจหอบ ขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น
 - 1) หายใจหอบ เมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบ หรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน
 - 2) เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวันเดียวกัน เพราะหายใจหอบ หรือต้องหยุดเพื่อหายใจเมื่อเดินปกติบนพื้นราบ
 - 3) ต้องหยุดเพื่อหายใจหลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้สักพักบนพื้นราบ
 - 4) หายใจหอบมากเกินไปที่จะออกจากบ้าน หรือหอบมากขณะแต่งตัว หรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว
14. (สำหรับผู้ป่วย COPD) SIX minute walk เดินได้.....เมตร

● **บทบาทของเภสัชกร**

- 15 ได้สอนผู้ป่วยเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ไม่ใช่ ใช่
- 16 ได้สอนการพ่นยาแก่ผู้ป่วย ไม่ใช่ ใช่
- 17 ได้ตรวจสอบว่าผู้ป่วยพ่นยาได้ถูกต้อง ไม่ใช่ ใช่
- 18 ให้เภสัชกรประเมินดูว่าผู้ป่วยใช้ยาตามแพทย์สั่งกี่เปอร์เซ็นต์ (0-100%) %
- 19 ได้สอนผู้ป่วยเรื่องโทษของบุหรี่ และการเลิก(กรณีสูบบุหรี่) ไม่ใช่ ใช่