

โครงการ Diabetes Rescue Supply and Support (Phase 1)
กองทุนเพื่อชีวิตใหม่คนไข้เบาหวาน สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ
(Screening and eligibility form)

เกณฑ์ขั้นต้นในการสมัครเข้าโครงการฯ

- เป็นผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ในการจัดซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลเบาหวาน เช่น แผ่นตรวจระดับน้ำตาล แต่ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีพฤติกรรมในการดูแลตัวเองที่ดี
- เป็นผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการฯ ด้วยความสมัครใจ
- แพทย์/ทีมผู้ให้การรักษาผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 เห็นสมควรว่าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 รายนั้น เหมาะสมที่จะเข้าโครงการ (โดยไม่จำกัดค่าน้ำตาลสะสมในวันเข้าโครงการฯ ไม่จำกัดเชื้อชาติหรือสัญชาติ ไม่จำกัดสิทธิการรักษา)

เกณฑ์คุณสมบัติของผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ ในการเข้าสู่โครงการฯ

- 1. ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นผู้มีความรู้หรือได้รับการทบทวนความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง ก่อนเริ่มโครงการฯ เช่น การแก้ไขน้ำตาลผิดปกติ การนับส่วนคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate counting and exchange lists) มีความเข้าใจการปรับอินซูลินเบื้องต้น มีความรู้พื้นฐานจนสามารถปฏิบัติได้
- 2. ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มีความยินดีที่จะติดตามผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ทุกๆ 3 เดือน และตรวจภาวะแทรกซ้อน ทุกๆ 1 ปี
- 3. ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มีความยินดีที่จะบริหารยาด้วยอินซูลินแบบเข็มงวด (MDI) ด้วยการฉีดอินซูลินอย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อวัน
- 4. ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มีความยินดีที่จะทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (SMBG) อย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อวัน
- 5. ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มีความยินดีกรอกแบบสอบถามในการประเมินคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในการดูแลตนเอง และความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คุณสมบัติของทีมผู้รักษาที่จะเสนอชื่อผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เข้าสู่โครงการฯ

1. ต้องมีแพทย์ในสาขาอายุรกรรม หรือ สาขาอายุรกรรมต่อมไร้ท่อ หรือ สาขากุมารแพทย์ต่อมไร้ท่อ อยู่ในทีมงาน
2. ทีมผู้รักษามีระบบการให้การปรึกษา รวมทั้งแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินให้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1
3. ทีมผู้รักษายินดีที่จะส่งข้อมูลการรักษาตามข้อกำหนดของคณะกรรมการโครงการ เป็นประจำ ทุกๆ 3-6 เดือน
4. โรงพยาบาลที่ร่วมลงทะเบียนเข้าโครงการ DSMP ของ T1DDAR CN หรือ โรงพยาบาลที่ทีมผู้รักษาสนใจกำลังดำเนินการสร้าง/พัฒนาทีมผู้สอน DSMP ร่วมกับ T1DDAR CN หรืออยู่ในโรงพยาบาล network level 1, level 2 หรือทั่วไป

เกณฑ์ของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ที่สมควรสิ้นสุดจากการเข้าร่วมในโครงการฯ

1. ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และไม่สามารถนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพตามที่เป้าหมายที่แพทย์ผู้ให้การดูแลกำหนดได้
2. ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มีความประสงค์ที่จะขอยุติการเข้าร่วมโครงการฯ หรือได้รับสิทธิประโยชน์จากกองทุนอื่นๆ
3. มีการนำเงินทุนหรืออุปกรณ์ที่ได้รับไปใช้ในทางทุจริต หรือใช้ผิดวัตถุประสงค์ของกองทุน

ข้อมูลพื้นฐานของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ต้องการสมัครรับทุน (กรอกรายละเอียดผู้สมัครทุกคน)

1. ชื่อ : _____ นามสกุล : _____ เพศ: ชาย หญิง
2. ภูมิลำเนา : _____ จังหวัด : _____
3. ที่อยู่ปัจจุบัน: เลขที่ _____ หมู่ _____ ตรอก/ซอย _____
ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____
จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ เบอร์ติดต่อ _____
4. เลขที่บัตรประชาชน หรือ ใบสูติบัตร: _____
5. วัน/เดือน/ปีเกิด: _____ อายุ _____ ปี _____ เดือน
6. ข้อมูลโรงพยาบาล: ลงทะเบียนจากโรงพยาบาล _____ อำเภอ _____
จังหวัด _____ เลขที่บัตรโรงพยาบาล _____
7. สิทธิการรักษา เบิกราชการ สิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค ประกันสังคม จ่ายเอง
 อื่นๆ ระบุ _____
8. อาชีพ ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท ธุรกิจส่วนตัว
 ลูกจ้าง นักเรียน/นักศึกษา ระดับชั้น _____ อื่นๆ ระบุ _____
9. ระดับการศึกษาสูงสุด _____
10. สถานภาพสมรส โสด แต่งงาน หย่าร้าง หม้าย อื่นๆ _____
11. สถานภาพสมรสของบิดามารดา อยู่ด้วยกัน หย่าร้าง หม้าย อื่นๆ _____
12. ประวัติครอบครัว: จำนวนสมาชิกในครอบครัว _____ คน มีรายได้ _____ คน ไม่มีรายได้ _____ คน
13. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน
 ต่ำกว่า 5,000 บาท 5,000 – 10,000 บาท 10,000 – 20,000 บาท
 20,000 – 30,000 บาท 30,000 – 50,000 บาท มากกว่า 50,000 บาท
14. ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดู คือ _____
a. บิดา อายุ _____ ปี อาชีพ _____ ระดับการศึกษาสูงสุด _____
b. มารดา อายุ _____ ปี อาชีพ _____ ระดับการศึกษาสูงสุด _____
c. ผู้เลี้ยงดูหลัก (หากไม่ใช่บิดามารดา) มีความสัมพันธ์เป็น _____
อายุ _____ ปี อาชีพ _____ ระดับการศึกษาสูงสุด _____

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดู

- ต่ำกว่า 5,000 บาท 5,000 – 10,000 บาท 10,000 – 20,000 บาท
 20,000 – 30,000 บาท 30,000 – 50,000 บาท มากกว่า 50,000 บาท

ประวัติการรักษา (Medical history)

1. การวินิจฉัยชนิดของ Type 1 DM Autoimmune* Idiopathic ไม่แน่ใจ
เหตุผล _____
(*positive anti-GAD/ ICA512/ IAA antibodies)
2. วันที่วินิจฉัยครั้งแรก : _____ อายุ _____ ปี _____ เดือน
น้ำหนัก _____ กิโลกรัม ส่วนสูง _____ เซนติเมตร (*กรณีไม่ทราบ น้ำหนักปกติ น้ำหนักเกิน (อ้วน))
3. มีอาการ Diabetic ketoacidosis (DKA) เป็นอาการแสดงครั้งแรก
(DKA: heavy glycosuria and ketonuria + hyperglycemia (BG > 250 mg/dL) + venous pH < 7.3 or bicarbonate < 15 mmol/L)
 1. ใช่ 2. ไม่ใช่ กรุณาระบุ (ถ้าทราบ) ระดับ BG _____ mg/dL ketone _____
ตรวจใน ปัสสาวะ เลือด มีการวินิจฉัยโรคอื่นร่วมด้วย คือ _____
4. เริ่มให้การรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน เมื่อ //
5. Current insulin used: (Check all that apply)
- Basal: NPH Glargine / Lantus® Detemir / Levemir®
 - Short/Rapid: Regular Aspart / Novorapid® Lispro / Humalog®
 - Pre-Mix Humulin 70/30® Mixtard HM 30® Novomix 30®
 - Other _____

โปรดระบุ วิธีการให้อินซูลินในหนึ่งวัน โดยละเอียด

เวลาที่ให้อินซูลิน (Time)	ชนิดอินซูลินที่ให้ (Insulin type)	จำนวนยูนิตที่ให้ (Units)

6. ความถี่ของการเจาะตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วต่อวัน 0-1 2 3 4 >4 ครั้ง
7. ยาที่รับประทานเป็นประจำ ไม่มี มี ระบุ _____
8. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 1
- a) DKA ไม่มี มี ไม่ทราบ
 - b) Circulatory abnormalities

- i. Peripheral vascular disease ไม่มี มี ไม่ทราบ
- ii. Stroke ไม่มี มี ไม่ทราบ
- iii. Coronary heart disease ไม่มี มี ไม่ทราบ
- iv. Retinopathy ไม่มี มี ไม่ทราบ
- c) Neuropathy ไม่มี มี ไม่ทราบ
- d) Nephropathy ไม่มี มี ไม่ทราบ
- ระบุ microalbuminuria macroproteinuria nephrotic range proteinuria renal failure
- e) ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ระบุ _____

9. Co-morbidity

- a) ความดันโลหิตสูง ไม่มี มี ไม่ทราบ
- b) ไขมันในเลือดสูง ไม่มี มี ไม่ทราบ
- c) โรคอื่นที่พบร่วมด้วย ไม่มี มี ระบุ _____

10. ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด (Hypoglycemia)

จำนวนครั้งที่มีการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในช่วง 7 วันที่ผ่านมาครั้ง

จำนวนครั้งที่ตรวจเลือดโดยเครื่องตรวจน้ำตาล แล้วพบว่ามือน้ำตาลต่ำในเลือด (< 70 มก./ดล.) ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา..... ครั้ง

ครั้งล่าสุดที่มีอาการของน้ำตาลต่ำในเลือด คือ ภายใน 7 วันก่อน 2-4 อาทิตย์ก่อน >1 เดือนก่อน ไม่เคยเลย

ครั้งล่าสุดที่มีอาการน้ำตาลต่ำในเลือดรุนแรง (หมดสติหรือชัก) คือ

2-4 อาทิตย์ก่อน 1-6 เดือนก่อน 6-12 เดือนก่อน >1 ปี ไม่เคยเลย

ทีมผู้รักษาพยาบาล

- ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย
 - 1 แพทย์ 2 พยาบาลให้ความรู้เรื่องเบาหวาน 3 โภชนากร/นักกำหนดอาหาร
 - 4 นักสังคมสงเคราะห์ 5 จิตแพทย์/ นักจิตวิทยา 6 อื่นๆ.....
- ชื่อแพทย์ผู้ดูแลรักษาหลัก..... โรงพยาบาล.....

สาขาของแพทย์ผู้ดูแลรักษาหลัก อายุรแพทย์ อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ

กุมารแพทย์ กุมารแพทย์ต่อมไร้ท่อ อื่นๆ ระบุสาขา.....
- ทีมผู้รักษามีระบบการให้การปรึกษา รวมทั้งแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินให้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1
 - ไม่มี มี ระบุรายละเอียด.....
- ชื่อผู้ประสานงานของทีมบริบาลเบาหวาน

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ..... line ID (optional)

Email.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

a. Lab ที่ต้องมี

ผล HbA_{1c} ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ครั้งที่ 1.....%	Date.....	ครั้งที่ 3..... %	Date.....
ครั้งที่ 2.....%	Date.....	ครั้งที่ 4.....%	Date.....

b. Lab ที่เป็น optional

	Date of testing		Date of testing
TChol..... mg/dl		BUN.....Cr.....mg/dl	
TG.....mg/dl		FT4..... ng/dl or..... pmol/l	
HDL.....mg/dl		TSH.....mU/l	
LDL.....mg/dl		Anti-GAD/ICA512/IAA.....	
Urine microalbumin/Cr.....		Others.....	

น้ำหนักในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และส่วนสูงปัจจุบัน

น้ำหนัก_____กิโลกรัม ส่วนสูง_____เซนติเมตร

ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมโรคเบาหวาน

- ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการควบคุมน้ำตาลของร่างกาย วิธีการปรับยาอินซูลิน การนับส่วนคาร์โบไฮเดรตเดครต.....
 - เศรษฐฐานะ (ค่าใช้จ่ายจากการซื้อยา แผ่นตรวจน้ำตาลในเลือด).....
 - ความเจ็บปวดจากการเจาะเลือด.....
 - ความพร้อมของบุคลากรหรือทีมงานให้คำปรึกษา.....
 - การเลี้ยงดู สถานภาพครอบครัว.....
 - อารมณ์ พฤติกรรม.....
 - อื่นๆ
-
-
-
-
-
-

รายละเอียดค่าใช้จ่าย (บุคลากรทีมบริหารเบาหวานเป็นผู้กรอก)

รายการ	รายละเอียดค่าใช้จ่าย			รวม เป็นเงิน	หมายเหตุ
	ราคา ต่อหน่วย	จำนวนเงิน ต่อราย	จำนวน ผู้ป่วย		
ชุดสิทธิประโยชน์ 3 เดือน <input type="checkbox"/> แผ่นตรวจน้ำตาล 2 แผ่นต่อวัน <input type="checkbox"/> แผ่นตรวจน้ำตาล 4 แผ่นต่อวัน <input type="checkbox"/> แผ่นตรวจปัสสาวะคีโตน.....แผ่น					
ชุดสิทธิประโยชน์ 6 เดือน <input type="checkbox"/> แผ่นตรวจน้ำตาล 2 แผ่นต่อวัน <input type="checkbox"/> แผ่นตรวจน้ำตาล 4 แผ่นต่อวัน <input type="checkbox"/> แผ่นตรวจปัสสาวะคีโตน.....แผ่น					
การสนับสนุนอื่นๆ ระบุเหตุผลและความจำเป็น <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

.....ลงนามผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1

(.....) ชื่อผู้ตัวบรรจง

.....ลงนามผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....) ชื่อของผู้แทนโดยชอบธรรมตัวบรรจง

.....ลงนามแพทย์ผู้รักษา

(.....) ชื่อแพทย์ผู้รักษา ตัวบรรจง

.....ลงนามทีมผู้รักษา

(.....) ชื่อทีมผู้รักษา ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....