Version 2 (มิ.ย./2569)

โครงการ Diabetes Rescue Supply and Support (Phase 1)
กองทุนเพื่อให้ชีวิตใหม่คนไข้เบาหวาน 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 และตรวจภาวะแทรกซ้อนทุกๆ 1 ปี
- ❑ 3. ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มีความยินดีที่จะบริหารยาด้วยอินซูลินแบบเข้มงวด (MDI) ด้วยการฉีดยาอินซูลินอย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อวัน
- ❑ 4. ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มีความยินดีที่จะทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (SMBG) อย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อวัน
- ❑ 5. ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มีความยินดีกรอกแบบสอบถามในการประเมินคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในการดูแลตนเองและความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ

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)

จำนวนครั้งที่มีอาการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในช่วง 7 วันที่ผ่านมา .....ครั้ง

จำนวนครั้งที่ตรวจเลือด**<u>โดยเครื่องตรวจน้ำตาล</u>** แล้วพบว่ามีน้ำตาลต่ำในเลือด (< 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

1. ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย

❑ 1 แพทย์ ❑ 2 พยาบาลให้ความรู้เรื่องเบาหวาน ❑ 3 โภชนากร/นักกำหนดอาหาร

❑ 4 นักสังคมสงเคราะห์ ❑ 5 จิตแพทย์/ นักจิตวิทยา ❑ 6 อื่นๆ.....

2. ชื่อแพทย์ผู้ดูแลรักษาหลัก..... โรงพยาบาล.....

สาขาของแพทย์ผู้ดูแลรักษาหลัก ❑ อายุรแพทย์ ❑ อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ

❑ กุมารแพทย์ ❑ กุมารแพทย์ต่อมไร้ท่อ ❑ อื่นๆ ระบุสาขา.....

3. ทีมผู้รักษามีระบบการให้การปรึกษา รวมทั้งแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินให้กับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1

❑ ไม่มี ❑ มี ระบุรายละเอียด.....

4. 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 BMI =_____kg/m2

ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมโรคเบาหวาน

- ❑ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการควบคุมน้ำตาลของร่างกาย วิธีการปรับยาอินซูลิน การนับส่วนคาร์โบไฮเดรตเดรต .....
- ❑ เศรษฐานะ (ค่าใช้จ่ายจากการซื้อยา แผ่นตรวจน้ำตาลในเลือด).....
- ❑ ความเจ็บปวดจากการเจาะเลือด.....
- ❑ ความพร้อมของบุคลากรหรือทีมงานให้คำปรึกษา.....
- ❑ การเลี้ยงดู สถานภาพครอบครัว.....
- ❑ อารมณ์ พฤติกรรม.....
- ❑ อื่นๆ .....

.....

.....

.....

.....

.....

รายละเอียดค่าใช้จ่าย (บุคลากรทีมบริบาลเบาหวานเป็นผู้กรอก)

รายการ	รายละเอียดค่าใช้จ่าย			รวม เป็นเงิน	หมายเหตุ
	ราคา ต่อหน่วย	จำนวนเงิน ต่อราย	จำนวน ผู้ป่วย		
ชุดสิทธิประโยชน์ 3 เดือน ❑ แผ่นตรวจน้ำตาล 2 แผ่นต่อวัน ❑ แผ่นตรวจน้ำตาล 4 แผ่นต่อวัน ❑ แผ่นตรวจปัสสาวะคีโตน.....แผ่น					
ชุดสิทธิประโยชน์ 6 เดือน ❑ แผ่นตรวจน้ำตาล 2 แผ่นต่อวัน ❑ แผ่นตรวจน้ำตาล 4 แผ่นต่อวัน ❑ แผ่นตรวจปัสสาวะคีโตน.....แผ่น					
การสนับสนุนอื่นๆ ระบุเหตุผลและความจำเป็น ❑ ..... ❑ ..... ❑					

.....ลงนามผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1

(.....) ชื่อผู้ตัวบรรจง

.....ลงนามผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....) ชื่อของผู้แทนโดยชอบธรรมตัวบรรจง

..... ลงนามแพทย์ผู้รักษา

(.....) ชื่อแพทย์ผู้รักษา ตัวบรรจง

.....ลงนามทีมผู้รักษา

(.....) ชื่อทีมผู้รักษา ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....