

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/ทีมผู้ให้การรักษาคือผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 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 มีความยินดีที่จะบริหารยาด้วยอินซูลินแบบเข็มฉีดยา (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 แล้วพบว่า มีน้ำตาลต่ำในเลือด (< 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 รวมทั้งแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุรายละเอียด.....
- ชื่อผู้ประสานงานของทีมบริหารเบาหวาน
- 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 การนับส่วนคาร์โบไฮเดรตเครต
.....
- ☐ 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 ☐ 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

วันที่เดือน.....พ.ศ.....