

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
รับเคสที่... ๑๕๓
วันที่ ๒๕/กพ/๒๕๖๒
เวลา ๑๓.๓๐ น.



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ F ๓๓
วันที่ ๒๕ ก.พ. ๒๕๖๒
เวลา ๐๐.๓๐๔

ที่ สธ ๐๒๒๔/ว ๓๒๕

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔
๕๖ ถนนเทศบาล ๓ ตำบลปากเพรียว
อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี ๑๘๐๐๐

๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ประชาสัมพันธ์หน่วยฯ เข็มพระราชทานเคลื่อนที่

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

- | | |
|-----------------------------------|-------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มที่ ๑ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๒. แบบฟอร์มที่ ๒ | จำนวน ๑ ชุด |
| ๓. แบบฟอร์มที่ ๓ | จำนวน ๑ ชุด |

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ขอความร่วมมือให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔ ประชาสัมพันธ์โครงการการทำฯ เข็มพระราชทานมูลนิธิฯ เข็มในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ร่วมกับจังหวัดสระบุรี กำหนดจัดหน่วยฯ เข็มพระราชทานเคลื่อนที่ ครั้งที่ ๑๕๑ ระหว่างวันที่ ๓๑ มีนาคม - ๕ เมษายน ๒๕๖๒ เพื่อทำฯ เข็มสำหรับคนพิการฯ ในจังหวัดสระบุรีและพื้นที่ใกล้เคียง โดยไม่คิดมูลค่า เป้าหมาย ๑๕๐ - ๒๐๐ คน นั้น

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔ จึงขอประชาสัมพันธ์โครงการดังกล่าวข้างต้น หากมีผู้ประสงค์เข้าร่วมโครงการขอให้แจ้งข้อมูลตามแบบฟอร์มดังกล่าวตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๓ และส่งกลับมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ภายในวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

กรม
- สสจ.สระบุรี
[Signature]

[Signature]
(นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร)
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔

(นายสุเทพ บุญสูตร)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
๒๕ ก.พ. ๒๕๖๒

เรียน จ.สระบุรี (พี่ศรี)

- ดักแจ้ง

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ
โทร. ๐ ๓๖๒๓ ๐๙๒๙
โทรสาร ๐ ๓๖๒๓ ๐๙๓๐
Email: rhsoffice4.cio@gmail.com

[Signature]
๒๖ ก.พ. ๖๒

ของปมตจังหวัด / กคป

ลำดับที่/Serial No.

แบบฟอร์มประวัติผู้เข้ารับบริการทำขาเทียม Record of amputee in prosthetic service

มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
Prostheses Foundation of H.R.H The Princess MotherTel: 053-112-271-3 Fax: 053-112-275
Email: prosthesesfoundation@hotmail.com

วันที่ Date สถานที่ Place

กรณกรอกประวัติให้ชัดเจน Please fill in all the detail clearly in application form

ประวัติทั่วไป General Information :

ชื่อ First Name :	นามสกุล Last Name :
เพศ Gender : ชาย Male () หญิง Female ()	วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth :
อายุ Age :	สัญชาติ Nationality :
เลขที่บัตรประชาชน Thai ID Card :	เชื้อชาติ Citizen :
เลขที่บัตรคนพิการ/ บัตรอื่นๆ Disabled ID/Other Card :	
อาชีพ Occupation :	

ที่อยู่สำหรับติดต่อ Contact Address :

ที่อยู่ติดต่อได้ Contact address :	เบอร์โทร Tel :
บุคคลที่ติดต่อได้ Contact person :	เบอร์โทร Tel :

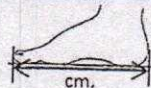
ประเภทของขาที่ถูกตัด Type of Amputation : (X)

ข้างขวา Right Leg	ระดับสะโพก Hip Disarticulation (HIP)
ข้างซ้าย Left Leg	ระดับเหนือเข่า Above Knee (AK)
ทั้ง 2 ข้าง Both Legs	ระดับใต้เข่า Below Knee (BK)
ระดับข้อเท้า Symes (Ankle)	ระดับข้อเข่า Through Knee (TK)

ความยาวเท้าด้านที่เหลือ Length of the sound foot

*วัดจากนิ้วที่ยาวที่สุดถึงส้นเท้า

*From the longest toe to the heel



..... ซม.(cm.)

สาเหตุของการถูกตัดขา Cause of Amputation :

พิการแต่กำเนิด Congenital :	อุบัติเหตุ Accident :
สาเหตุทางการแพทย์ Disease :	อื่นๆ Other :
ถูกตัดขาเมื่อ Date of Amputation :	
ท่านเคยใส่ขาเทียมหรือไม่ Have you ever applied artificial leg before ?	เคย Yes () ไม่เคย No ()
รับบริการที่ไหน Where ? :	เมื่อใด ปี Year ? :

ประวัติโรคประจำตัว **Illness Record:**

โรคที่รักษา Underlying Disease:	
ยาที่ใช้สำหรับการรักษา Medication:	

เอกสารที่ใช้สำหรับการลงทะเบียนการรับบริการขาเทียม

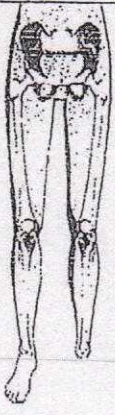
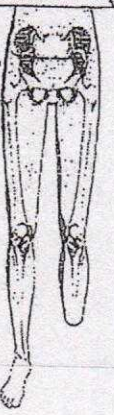
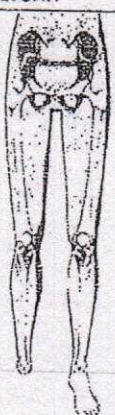
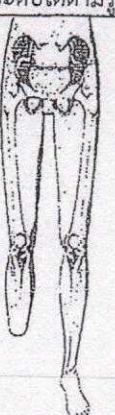
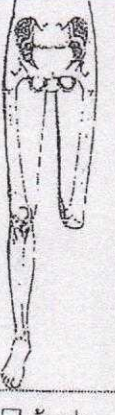

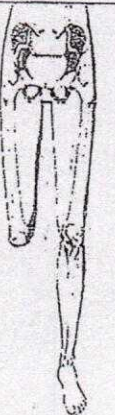

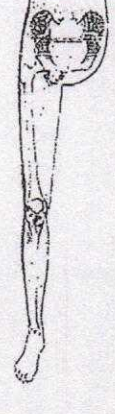
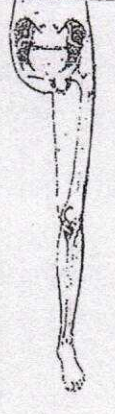
Document enclosed

1	บัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวผู้พิการ Thai ID card / Disabled ID Card	
2	ในกรณีต่างชาติ ใช้ passport / บัตรของประเทศไทย For foreigner : passport number or local ID	
3	รูปถ่ายดอขา ด้านหน้าและด้านข้าง Photo of residual limb anterior and lateral view	
4	รูปถ่ายผู้พิการขาขาดเต็มตัวขณะยืน Photo of the amputee in standing position	

* กรุณากรอกประวัติให้ละเอียดพร้อมแนบเอกสารดังกล่าวข้างต้นให้ครบถ้วน
Please completely fill up form together with the above documents

ลงชื่อ Recorded by _____ วันที่ Date _____

ชื่อ First Name..... นามสกุล Last Name.....

ความพิการขาขาดและระดับที่ถูกตัด			
ขาข้างซ้าย		ขาข้างขวา	
<input type="checkbox"/> 1.ปกติ	<input type="checkbox"/> 2.ขาขาดระดับใดตามรูป	<input type="checkbox"/> 1.ปกติ	<input type="checkbox"/> 2.ขาขาดระดับใดตามรูป
			
<input type="checkbox"/> เท้าบางส่วน/ข้อเท้า	<input type="checkbox"/> ได้เข้า	<input type="checkbox"/> เท้าบางส่วน/ข้อเท้า	<input type="checkbox"/> ได้เข้า
			
<input type="checkbox"/> ข้อเข่า	<input type="checkbox"/> เหนือเข่า	<input type="checkbox"/> ข้อเข่า	<input type="checkbox"/> เหนือเข่า
	<input type="checkbox"/> สะโพก/เชิงกราน		<input type="checkbox"/> สะโพก/เชิงกราน

ความยาวเท้าข้างที่ไม่ถูกตัด

* วัดจากนิ้วที่ยาวที่สุดถึงสันเท้า

วัดได้ ซม.



รหัสประจำตัวบัตร

บันทึกประวัติการตัดแขนขา Record of amputation in prosthetic service

มูลนิธิศูนย์ส่งเสริมชุมชนพัฒนาประเทศไทย
Foundation for Development of the Poor People
Tel: 02-112-271-3 Fax: 02-112-271-275
Email: pmpp@pmpp.or.th pmpp@pmpp.com

วันที่ Date: _____ สถานที่ Place: _____

กรุณากรอกแบบฟอร์มให้เรียบร้อย Please fill in all the details clearly in application form

แจ้งทั่วไป General Information: ①

ชื่อ-นามสกุล ชื่อ-นามสกุล Full Name: นายวิวัฒน์ นามวงศ์	ชื่อภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาอังกฤษ Name in English: Mr. Witworn Namwong
เลขบัตรประชาชน เลขบัตรประชาชน ID No.: 9-99999-9-99999-9-99999-9	วันเดือนปีเกิด วันเดือนปีเกิด Date of Birth: 01/01/2500
อายุ อายุ Age: 50 ปี	สัญชาติ สัญชาติ Nationality: ไทย
เลขบัตรประชาชน The ID Card: 9-99999-9-99999-9-99999-9	ชื่อตำแหน่งงาน ชื่อตำแหน่งงาน Job Title: วิศวกร
เลขบัตรประชาชน The ID Card: 9-99999-9-99999-9-99999-9	ชื่อตำแหน่งงาน ชื่อตำแหน่งงาน Job Title: วิศวกร

ที่อยู่ปัจจุบัน Contact Address: ②

เลขที่อาคาร เลขที่อาคาร Building No.: 123 หมู่ 1 ตำบล 1 อำเภอ 1 จังหวัด 1	เลขที่โทร โทร Contact No.: 02-1234567
เลขที่อาคาร เลขที่อาคาร Building No.: 123 หมู่ 1 ตำบล 1 อำเภอ 1 จังหวัด 1	เลขที่โทร โทร Contact No.: 02-1234567

ประเภทของการตัดแขนขา Type of Amputation: (X) ③

ขาขวา ขาขวา Right Leg	ขาซ้าย ขาซ้าย Left Leg	ขาขวา ขาขวา Right Leg	ขาซ้าย ขาซ้าย Left Leg
ขาขวา ขาขวา Right Leg	ขาซ้าย ขาซ้าย Left Leg	ขาขวา ขาขวา Right Leg	ขาซ้าย ขาซ้าย Left Leg
ขาขวา ขาขวา Right Leg	ขาซ้าย ขาซ้าย Left Leg	ขาขวา ขาขวา Right Leg	ขาซ้าย ขาซ้าย Left Leg

สาเหตุของการตัดแขนขา Cause of Amputation: ④

อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ Accident	โรคเรื้อรัง โรคเรื้อรัง Chronic Disease
อุบัติเหตุ อุบัติเหตุ Accident	โรคเรื้อรัง โรคเรื้อรัง Chronic Disease

ประวัติการตัดแขนขา Amputation Record: ⑥

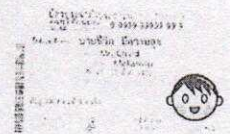
วันที่ตัดแขนขา Date of Amputation: _____	สถานที่ตัดแขนขา Location: _____
วันที่ตัดแขนขา Date of Amputation: _____	สถานที่ตัดแขนขา Location: _____

เอกสารที่แนบมา Documents Enclosed: ⑦

1. ใบรับรองแพทย์ / ใบแจ้งการตัดแขนขา	1
2. ใบรับรองแพทย์ / ใบแจ้งการตัดแขนขา	1
3. ใบรับรองแพทย์ / ใบแจ้งการตัดแขนขา	1
4. ใบรับรองแพทย์ / ใบแจ้งการตัดแขนขา	1

กรุณากรอกแบบฟอร์มให้เรียบร้อยและแนบเอกสารที่แนบมา
Please complete & fill up form together with the above documents

กรอกโดย Recorded by: _____ วันที่ Date: 01/01/2500



นายวิวัฒน์ มีความสุข



รูปถ่ายผู้พิการขาขาดเทียมขณะขึ้น



รูปถ่ายขาขาเทียมด้านหน้า



รูปถ่ายขาขาเทียมด้านข้าง



แบบสอบถามความต้องการฝึกรอบรถ

วัตถุประสงค์

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความต้องการในการฝึกรอบรถอาชีพของผู้พิการ/ในพื้นที่
ซึ่งจะนำผลจากการสำรวจไปดำเนินการให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของท่านและผู้เข้ารับ
การฝึกรอบรถมากยิ่งขึ้น

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย ✓ และเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)
2. ที่อยู่
- เบอร์โทรศัพท์.....
3. เพศ ชาย หญิง
4. อายุ ต่ำกว่า 20 ปี 21-30 ปี 31-40 ปี 41-50 ปี
 41-50 ปี 50-60 ปี 60 ปีขึ้นไป
5. การศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรี อื่นๆ

ตอนที่ 2 ความต้องการฝึกรอบรถอาชีพ

- ต้องการ
 - ไม่ต้องการ (ไม่ต้องตอบข้อ 6)
- เหตุผล
-

6. ท่านต้องการให้จัดฝึกรอบรถอาชีพอะไรบ้าง

- ดอกไม้จันทร์ เลี้ยงไก่ไข่
 - ร้อยลูกปัด ทำของชำร่วยที่ระลึก
 - ตัดผมชาย
- อื่นๆ โปรดระบุ

-----ขอบคุณค่ะ-----

แบบสอบถามข้อมูลคณพิภพทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ที่ต้องการขาเทียม จังหวัดสระบุรี

แบบฟอร์มที่ ๑

อำเภอ.....

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุ(ปี)	ที่อยู่	โทรศัพท์	ว/ด/ป ที่ได้รับขาเทียม กรณีที่มีขาเทียมแล้ว	ความประสงค์ ต้องการความช่วยเหลือ		ขาเทียมข้างซ้าย				ขาเทียมข้างขวา									
						ซ่อมแซม	ขอใหม่/ไม่ เคยมี	ข้อเท้า	ได้เข้า	ข้อเท้า	เข้า	ส.พ/ ช.ก	ข้อเท้า	ได้เข้า	ข้อเท้า	เข้า	ส.พ/ ช.ก				

หมายเหตุ ส.พ. คือ สะโพก /ช.ก. คือ เจ็งบรอน ส่งข้อมูลกลับยังกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ E-mail :kanokaoom140219@gmail.com