

(Appendix 1) ข้อมูลประวัติผู้ป่วยเมื่อเริ่มการศึกษา (first visit) โรงพยาบาล ศรีนครินทร์

1) HN AB 4500 เลขที่บัตรประชาชน Asthma No. 0001

2) ชื่อ นายสมดี นามสกุล สมบูรณ์

3) เพศ M) ชาย F) หญิง

4) ที่อยู่ 123/56 ถนนมิตรภาพ อ.เมือง จ.ขอนแก่น
เบอร์โทรศัพท์ (043) 123-456

5) อายุ 60 ปี น้ำหนัก 65 กก. ส่วนสูง 167 ซม.

6) วัน /เดือน/ปีเกิด

0	9
---	---

 /

0	8
---	---

 /

2	4	8	3
---	---	---	---

7) เริ่มหอบอายุ 32 ปี หอบมานาน 28 ปี

8) รักษาโรคหืดที่โรงพยาบาลนี้มากี่ปีแล้ว 2 ปี

9) ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบมากหรือไม่

0) ไม่เคย 1) เคย 2 ครั้ง (ทั้งหมดกี่คืน 4)

10) ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยหอบมากจนต้องไปพ่นยา ฉีดยา ที่ห้องฉุกเฉินหรือไม่

0) ไม่เคย 1) เคย 4 ครั้ง

11) การรักษาในปัจจุบัน

* B₂ agonist inhaler No Yes Ventolin MDI

*B₂ agonist Tab No Yes

*Theophylline No Yes

*Steroid inhaler No Yes Becloforte

*Oral steroid No Yes

* B₂ + Ipratropium inhaler No Yes

* B₂ + ICS inhaler No Yes

*ICS + LABA No Yes

*Anti-Leukotriene No Yes

12) เคยตรวจสมรรถภาพปอดมาก่อนหรือไม่ 0) ไม่เคย 1) เคย

13) คุณเคยสูบบุหรี่หรือเปล่า 0) ไม่เคย 1) เคย

(ไม่เคย หมายความว่าสูบน้อยกว่า 1 มวนต่อวันเป็นเวลา 1 ปี หรือสูบน้อยกว่า 20 ซอง)

ถ้าเคย 1. ปัจจุบันนี้คุณยังสูบบุหรี่อยู่ 0) ไม่ใช่ 1) ใช่

2. คุณเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเท่าไร? ปี

3. ถ้าคุณหยุดสูบบุหรี่แล้วคุณหยุดสูบบุหรี่เมื่ออายุเท่าไร? ปี

4. โดยเฉลี่ยคุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน มวน/วัน

14) วันที่สัมภาษณ์ วัน/เดือน/ปี

0	8
---	---

 /

0	6
---	---

 /

2	5	4	8
---	---	---	---

15) ในช่วง หนึ่งปีที่ผ่านมา คุณเคยไปรักษาโรคหืดที่โรงพยาบาลใดบ้างนอกจากโรงพยาบาลนี้
ไม่เคย

วันที่ 8 มิ.ย. 2547 HN AB 4500 Asthma No 0001 Predicted PEFR 517 L/min

ส่วนสูง.....

1. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีอาการไอ หายใจไม่อิ่ม หรือหายใจมีเสียงดังวี๊ด ในช่วงกลางวันบ้างหรือไม่ (จำนวนครั้งของอาการที่เกิดใน 1 เดือน ทารด้วย 4 เพื่อเป็นค่าเฉลี่ยต่อสัปดาห์)

- 0) ไม่มี 1) มีอาการน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
2) มีอาการ มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง/สัปดาห์ 3) มีอาการทุกวัน
4) มีอาการเกือบตลอดเวลาทำให้มีปัญหากับการทำกิจวัตรประจำวัน

2. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณต้องลุกขึ้นมาไอ, หายใจถี่และแน่นหน้าอก, หายใจมีเสียงวี๊ดในช่วงกลางคืน บ้างหรือไม่ (จำนวนครั้งของอาการที่เกิดใน 1 เดือน ทารด้วย 4 เพื่อเป็นค่าเฉลี่ยต่อสัปดาห์)

- 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 (จำนวนครั้งของการใช้ยาขยายหลอดลมใน 1 เดือน ทารด้วย 4 เพื่อเป็นค่าเฉลี่ยต่อสัปดาห์)

- 0) ไม่ใช่ 1) ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์
2) ใช้เกือบทุกวัน 3) ใช้ทุกวัน
4) ใช้มากกว่า 4 ครั้ง/ วัน ติดต่อกันตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป

4. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคยหอบมากจนต้องไปรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือที่คลินิกบ้างหรือไม่ 0) ไม่เคย 1) เคย (จำนวน..... ครั้ง)

5. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณเคยหอบมากจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้างหรือไม่ 0) ไม่เคย 1) เคย (จำนวน..... วัน) ที่โรงพยาบาล.....

6. คุณมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาหรือไม่

- 0) ไม่มี 1) เชื้อราในปาก 2) เสียงแหบ 3) อื่นๆ โปรดระบุ.....

7. PEFR 300 L/min 58% predicted

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

ยาที่ผู้ป่วยใช้ สำหรับโรคที่ดื้ออยู่ในขณะนี้และขนาดที่ใช้

- 1 Becloforte MDI 2x2
2 Ventolin MDI 2 Puff prn
3
4

ยาที่แพทย์สั่งให้ใหม่

- 1 Seretide Accuhaler (250 µg) 1x2
2 ventolin 2 puff prn
3
4

