

แบบสอบถาม เรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ตอบคำถามโดยเติมคำ หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ตามความเป็นจริง ข้อมูลนี้จะมีผลต่อการพิจารณาในการรักษาของแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อความปลอดภัยของคุณ และ เราจะเก็บเป็นความลับ

1. ชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม..... อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....
2. ผลการทำอัลตราซาวด์ล่าสุด เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. พบว่าตั้งครรภ์ได้ สัปดาห์
3. มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ คน เคยผ่าท้องคลอดหรือไม่..... ใส่ห่วงอนามัยค้างอยู่หรือไม่.....
4. มีโรคประจำตัวคือ..... แพ้ยาสี.....
5. คุณสามารถไปถึงโรงพยาบาลใกล้บ้านภายในเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมงได้ไหม ได้ ไม่ได้
6. คุณหาคนอยู่ดูแลใกล้ชิด ขณะใช้ยายุติการตั้งครรภ์ ได้หรือไม่ หาได้ หาไม่ได้
7. คุณแน่ใจว่าต้องการยุติการตั้งครรภ์ โดยไม่มีใครบังคับคุณ แน่ใจ ไม่แน่ใจ
8. การใช้ยายุติการตั้งครรภ์ อาจมีผลข้างเคียง/แทรกซ้อนต่างๆ เช่นตกเลือด แท้งไม่ครบสมบูรณ์ ติดเชื้อ ไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย และอาจต้องปรึกษา/รักษาโดยพยาบาล/แพทย์เพิ่มเติม ซึ่งคุณ ยอมรับได้ ยอมรับไม่ได้
9. หลังยุติการตั้งครรภ์สำเร็จแล้ว เมื่อไม่พร้อมตั้งท้อง คุณคิดว่าจะคุมกำเนิดวิธีใด.....
10. หลังจากทำแบบสอบถามนี้แล้ว คุณคิดว่า ขอให้แพทย์ยุติการตั้งครรภ์ให้ โดยใช้เครื่องดูดโพรงมดลูก ขอรับยาไปใช้ เพื่อยุติการตั้งครรภ์ด้วยตนเองที่บ้าน

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q

(คัดลอกมาจากเอกสารของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

คำแนะนำ ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบ ของผู้รับบริการ (ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ)

คำถาม : ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	บางวัน (น้อย กว่า 7 วัน)	บ่อย (มาก กว่า 7 วัน)	ทุกวัน
1. เบื่อๆ ไม่สนใจอยากทำอะไร				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3. หลับยาก หรือหลับหลับตื่นๆ หรือหลับมากไป				
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากไป				
6. รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเอง หรือครอบครัวผิดหวัง				
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลาง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถ อยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดี				
รวมคะแนนแต่ละช่อง (สำหรับเจ้าหน้าที่)		(x1)	(x2)	(x3)

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการปรึกษา โทร..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง, ผู้นำพามา โทร.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

รวมผลตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า.....คะแนน

การแปลผล: 7-12 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้า ระดับน้อย ให้การปรึกษา

13-18 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง สมควรส่งพบแพทย์

มากกว่า 19 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง สมควรส่งพบแพทย์

ลงชื่อผู้ให้คำปรึกษา..... รพ..... จังหวัด..... โทร.....

ลงชื่อแพทย์ ผู้เห็นชอบให้ ยุติการตั้งครรภ์ได้ เพราะมีปัญหาสุขภาพทาง จิตใจ ร่างกาย

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ รพ..... จังหวัด.....

ลงชื่อแพทย์ ผู้สั่งจ่ายยา ยุติการตั้งครรภ์ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

รพ..... จังหวัด..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

วิธีการที่ใช้ Cytotec 4 tab.SL.for30 min. every 3 hr. X 3 /12 tab. (for GA < 13 wk.) (รพ.)

Cytotec 2 tab.SL.for30 min. every 3 hr. X 5 /10 tab. (for GA 13 - 20 wk.) (รพ.)

***** Medabon (Mifepristone 1 tab.Oral then Cytotec 4 tab.SL. for 30 min. In 24-48 hr.later)

MVA (MR) วิธีอื่นๆหมายเหตุ: