

แบบการบันทึกความพิการแต่กำเนิด (แบบที่ 1 สำหรับหลอดประสาทไม่ปิด ปากแหว่งเพดานโหว่ พิการแขนขาที่พบแรกเกิด-อายุ 7 ปี)

ข้อมูลผู้มีความผิดปกติแต่กำเนิด เพศ ชาย หญิง ไม่ทราบเพศ วินิจฉัยเมื่อแรกเกิด วินิจฉัยหลัง 1 เดือน

ชื่อ-นามสกุล..... วัน-เดือน-ปีเกิด...../...../.....

เลขที่บัตรประชาชน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อ-นามสกุล มารดา ผู้ดูแลหลัก..... อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชนมารดา โทรศัพท์(บ้าน) มือถือ.....

โรคประจำตัว เบาหวาน ลมชัก อื่นๆ..... ไม่มี ไม่ทราบ

ภาวะและความเจ็บป่วยระหว่างตั้งครรภ์ที่สำคัญ ไข่ออกฝิ่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า

อื่นๆระบุ..... ไม่มี ไม่ทราบ

การใช้ยาระหว่างตั้งครรภ์ที่สำคัญ ยาแก้ปวด ยาฆ่าเชื้อ ยาทางจิตเวช ยามะเร็ง

อื่นๆระบุ..... ไม่มี ไม่ทราบ

การตรวจขณะตั้งครรภ์ที่สำคัญ อัลตราซาวด์ เจาะเลือดคัดกรองในมารดาเพื่อหากลุ่มอาการดาวน์ ไม่ได้ทำ

เจาะเนื้อรก เจาะน้ำคร่ำ เจาะเลือดสายสะดือเด็ก อื่นๆ..... ไม่ได้ทำ

อายุครรภ์ที่ทำ.....สัปดาห์ ผล ปกติ ไม่ปกติ (ระบุ)..... ไม่ทราบผล

ความพิการแต่กำเนิดในครอบครัว กลุ่มอาการดาวน์ หลอดประสาทไม่ปิด ปากแหว่ง/เพดานโหว่

พิการแขนขา กล้ามเนื้อเสื่อมพันธุกรรม (ดูเซน) อื่นๆ..... ไม่มี ไม่ทราบ

การคลอด ช่องคลอด ผ่าคลอด เครื่องดูดสุญญากาศ คีมช่วยคลอด

คลอด ที่บ้าน ที่ รพ. จังหวัด..... น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม

G.....P..... A.....GA.....สัปดาห์ APGAR score ที่ 1 นาที..... ที่ 5 นาที..... ไม่ทราบ

การแท้ง.....ครั้ง แท้งธรรมชาติ ทำแท้งเนื่องจากไม่พร้อม ไม่มี ไม่ทราบ

ยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกในครรภ์พิการ ตายคลอด อายุครรภ์..... สัปดาห์

เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก ชื่อ-นามสกุล..... อสม เจ้าหน้าที่รพสต พยาบาล

โรงพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด..... วันที่.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ที่ทำงาน มือถือ.....

หลอดประสาทไม่ปิด ไม่มี มี ถ้ามีเป็นชนิดใด ภาวะกะโหลกไม่ปิด กระดูกท้ายทอยไม่ปิด
 กระดูกสันหลังไม่ปิดของหลังส่วนบน กระดูกสันหลังไม่ปิดของหลังส่วนล่างถึงก้นกบ
 ปากแหว่ง ไม่มี มี ข้างเดียว ขวา ซ้าย กึ่งกลาง สองข้าง
 เพดานโหว่ ไม่มี มี ไม่สมบูรณ์ สมบูรณ์ ไม่ได้ตรวจ
 ความพิการแขน-ขา ไม่มี มี

	ซ้าย	ขวา
<input type="checkbox"/> ต้นแขน	<input type="checkbox"/> ต้น <input type="checkbox"/> ขาด <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> ต้น <input type="checkbox"/> ขาด <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....
<input type="checkbox"/> ปลายแขน	<input type="checkbox"/> ต้น <input type="checkbox"/> ขาด <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> ต้น <input type="checkbox"/> ขาด <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....
<input type="checkbox"/> มือ	<input type="checkbox"/> ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
<input type="checkbox"/> นิ้วมือ	<input type="checkbox"/> นิ้วเกิน <input type="checkbox"/> นิ้วติด <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> นิ้วเกิน <input type="checkbox"/> นิ้วติด <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....
<input type="checkbox"/> ต้นขา	<input type="checkbox"/> ต้น <input type="checkbox"/> ขาด <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> ต้น <input type="checkbox"/> ขาด <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....
<input type="checkbox"/> ปลายขา	<input type="checkbox"/> ต้น <input type="checkbox"/> ขาด <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> ต้น <input type="checkbox"/> ขาด <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....
<input type="checkbox"/> เท้า	<input type="checkbox"/> ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ระบุ.....
<input type="checkbox"/> นิ้วเท้า	<input type="checkbox"/> นิ้วเกิน <input type="checkbox"/> นิ้วติด <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> นิ้วเกิน <input type="checkbox"/> นิ้วติด <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....

ความผิดปกติร่วมอื่นๆ ไม่มี มี

● ตัวเตี้ย ไม่มี มี

ถ้ามีตัวเตี้ยเป็นแบบ สมส่วน ไม่สมส่วน ถ้าไม่สมส่วนเป็นชนิด ลำตัวสั้น แขนขาสั้น
 อื่นๆระบุ..... สงสัยโรค.....

ผลการตรวจเพิ่มเติม

โครโมโซม ไม่ได้ทำ ทำ วันที่..... trisomy13 trisomy18 trisomy21
 อื่นๆระบุ.....

เอ็กซ์เรย์ ไม่ได้ทำ ทำ วันที่..... ผล.....

ผลเลือด ไม่ได้ทำ ทำ วันที่..... ผล.....

อื่นๆ ไม่ได้ทำ ทำ วันที่..... ผล.....

ผู้บันทึก ชื่อ-นามสกุล..... แพทย์ พยาบาล

โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....วันที่.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ที่ทำงาน มือถือ..... โทรสาร.....

E-mail.....

แบบการบันทึกความพิการแต่กำเนิด (แบบที่ 2 สำหรับกลุ่มอาการดาวน์ที่พบแรกเกิด-อายุ 7 ปี)

ข้อมูลผู้มีความผิดปกติแต่กำเนิด เพศ ชาย หญิง ไม่ทราบเพศ วินิจฉัยเมื่อแรกเกิด วินิจฉัยหลัง 1 เดือน

ชื่อ-นามสกุล..... วัน-เดือน-ปีเกิด...../...../.....

เลขที่บัตรประชาชน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ติดต่อได้ บ้านเลขที่..... บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อ-นามสกุล มารดา ผู้ดูแลหลัก..... อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชนมารดา โทรศัพท์(บ้าน) มือถือ.....

การตรวจขณะตั้งครรภ์ที่สำคัญ อัลตราซาวด์ เจาะเลือดคัดกรองในมารดาเพื่อหากลุ่มอาการดาวน์ ไม่ได้ทำ

เจาะเนื้อรก เจาะน้ำคร่ำ เจาะเลือดสายสะดือเด็ก อื่นๆ..... ไม่ได้ทำ

อายุครรภ์ที่ทำ.....สัปดาห์ ผล ปกติ ไม่ปกติ (ระบุ)..... ไม่ทราบผล

ความพิการแต่กำเนิดในครอบครัว กลุ่มอาการดาวน์ หลอดประสาทไม่ปิด ปากแหว่ง/เพดานโหว่

พิการแขนขา กล้ามเนื้อเสื่อมพันธุกรรม (ดูเซน) อื่นๆ..... ไม่มี ไม่ทราบ

การคลอด ช่องคลอด ผ่าคลอด เครื่องดูดสุญญากาศ คีมช่วยคลอด

คลอด ที่บ้าน ที่ รพ. จังหวัด..... น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม

G.....P..... A.....GA.....สัปดาห์ APGAR score ที่ 1 นาที..... ที่ 5 นาที..... ไม่ทราบ

การแท้ง.....ครั้ง แท้งธรรมชาติ ทำแท้งเนื่องจากไม่พร้อม ไม่มี ไม่ทราบ

ยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกในครรภ์พิการ ตายคลอด อายุครรภ์..... สัปดาห์

เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก ชื่อ-นามสกุล..... อสม เจ้าหน้าที่รพศ พยาบาล

โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....วันที่.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ที่ทำงาน มือถือ.....

ตรวจร่างกายแรกเกิด

- น้ำหนัก.....กรัม ส่วนสูง.....ซ.ม. เส้นรอบศีรษะ.....ซ.ม. กระหม่อม x..... ซ.ม. ไม่ทราบ
- ใบหน้า/ศีรษะ เล่นสตาซูน ตาเหล่/เข ตาสั้นกระตุก หูผิดปกติหรือขนาดเล็กกว่าปกติ
- หัวใจ เสียงหัวใจผิดปกติ
- ท้อง ตับโต ม้ามโต
- อวัยวะเพศ อัณฑะไม่ลงถุง 1ข้าง อัณฑะไม่ลงถุงสองข้าง
- ก้น ไม่มีรูก้น
- อวัยวะภายใน ลำไส้เล็กอุดตัน ไตผิดปกติชนิดน้ำคั่ง (hydronephrosis) ไตผิดปกติชนิดอื่นๆ ระบุ

ผลการตรวจเพิ่มเติม

- โครโมโซม ทำ วันที่..... ผล trisomy 21 Robertsonian translocation..... mosaic ไม่ได้ทำ
- ตรวจไทรอยด์ ทำ วันที่..... T4..... Free T4..... T3..... TSH.....
- ทำ วันที่..... T4..... Free T4..... T3..... TSH.....
- ทำ วันที่..... T4..... Free T4..... T3..... TSH.....
- สรุปผลการตรวจไทรอยด์ ปกติ ผิดปกติ ไม่ได้ทำ
- Echocardiography ทำ วันที่..... ผล..... ไม่ได้ทำ
- การตรวจการได้ยิน ทำ วันที่..... OAE ABR ASSR
- หูข้างขวา.....เดซิเบล หูข้างซ้าย.....เดซิเบล ไม่ได้ทำ
- การตรวจตา ทำ วันที่..... สายตาสั้น สายตายาว สายตาเอียง ต้อกระจก
- ได้ใส่แว่น ไม่ต้องใส่แว่น ไม่ได้ทำ
- การตรวจประเมินพัฒนาการ ทำ วันที่..... DQ ผล IQ ผล
- Denver ผล ไม่ได้ทำ

ผู้บันทึก ชื่อ-นามสกุล..... แพทย์ พยาบาล

โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....วันที่.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ที่ทำงาน มือถือ.....โทรสาร.....

E-mail.....

แบบการบันทึกความพิการแต่กำเนิดแห่งประเทศไทย (แบบที่ 3 สำหรับกล้ามเนื้อเสื่อมพันธุกรรม (ดูเซน))

ข้อมูลผู้มีความผิดปกติแต่กำเนิด

เพศ

ชาย

หญิง

ไม่ทราบเพศ

ชื่อ-นามสกุล.....

วัน-เดือน-ปีเกิด...../...../.....

เลขที่บัตรประชาชน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ติดต่อได้ บ้านเลขที่..... บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อ-นามสกุล มารดา ผู้ดูแลหลัก..... อายุ..... ปี

เลขที่บัตรประชาชนมารดา โทรศัพท์(บ้าน)..... มือถือ.....

การตรวจขณะตั้งครรภ์ที่สำคัญ อัลตราซาวด์ เจาะเลือดคัดกรองในมารดาเพื่อหากลุ่มอาการดาวน์ ไม่ได้ทำ

เจาะเนื้อรก เจาะน้ำคร่ำ เจาะเลือดสายสะดือเด็ก อื่นๆ..... ไม่ได้ทำ

อายุครรภ์ที่ทำ.....สัปดาห์ ผล ปกติ ไม่ปกติ (ระบุ)..... ไม่ทราบผล

ความพิการแต่กำเนิดในครอบครัว กลุ่มอาการดาวน์ หลอดประสาทไม่ปิด ปากแหว่ง/เพดานโหว่

พิการแขนขา กล้ามเนื้อเสื่อมพันธุกรรม (ดูเซน) อื่นๆ..... ไม่มี ไม่ทราบ

การคลอด ช่องคลอด ผ่าคลอด เครื่องดูดสุญญากาศ คีมช่วยคลอด

คลอด ที่บ้าน ที่ รพ. จังหวัด..... น้ำหนักแรกเกิด..... กรัม

G.....P..... A.....GA.....สัปดาห์ APGAR score ที่ 1 นาที..... ที่ 5 นาที..... ไม่ทราบ

การแท้ง.....ครั้ง แท้งธรรมชาติ ทำแท้งเนื่องจากไม่พร้อม ไม่มี ไม่ทราบ

ยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกในครรภ์พิการ ตายคลอด อายุครรภ์..... สัปดาห์

เจ้าหน้าที่ผู้บันทึก ชื่อ-นามสกุล..... อสม เจ้าหน้าที่รพศ พยาบาล

โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....วันที่.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ที่ทำงาน..... มือถือ.....

1.อาการของผู้ป่วย ณ ปัจจุบัน

1.1 เดินเข่ง หลังแอ่น เดินขาปัด ล้มบ่อย

ไม่เป็น เป็น ไม่ได้สังเกต

1.2 ลูกขึ้นยี่นลำบากต้องเหนี่ยวจับหรือเกาะขึ้นยี่น (ท่าโกเวอร์)

ไม่เป็น เป็น ไม่ได้สังเกต

1.3 เดินไม่ได้แล้ว

ไม่เป็น เป็น ไม่ได้สังเกต

2. ครั้งที่เริ่มมีปัญหาการเดินหรือการลุกยี่น อายุ ปี

3. ครั้งที่เริ่มพาไปตรวจเรื่องปัญหาการเดินหรือการลุกยี่น อายุ ปี

4. ปัญหาอื่นๆ

4.1 สมาธิสั้น ไม่เป็น เป็น

4.2 ลักษณะคล้ายออทิสติก ไม่เป็น เป็น

4.3 นอนกรน ไม่เป็น เป็น

5. มีผลตรวจระดับเอนไซม์กล้ามเนื้อ (ซีเค creatinine kinase) หรือไม่

ไม่มี มี (ครั้งแรก) ผล.....

6. การตรวจยีนโรคกล้ามเนื้อเสื่อมพันธุกรรม (ดูเซน) (วิธีต่อไปนี Multiplex PCR, MLPA หรือ Sequencing)

ปกติ ผิดปกติ คือ..... ไม่ได้ตรวจ

7. ผู้ป่วยมีพี่น้องแม่เดียวกันกี่คน ชาย คน หญิง คน

8. ประวัติครอบครัว มารดา

8.1 เคยมีพี่น้องเพศชาย หรือญาติเพศชายป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อเสื่อมพันธุกรรม (ดูเซน) หรือไม่

ไม่มี มี กี่คน.....

รายชื่อญาติที่ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อเสื่อมพันธุกรรม ระบุว่า เป็นใครบ้าง และอายุเท่าไร พร้อมเลขที่บัตรประชาชน

1) เลขที่บัตรประชาชน

2) เลขที่บัตรประชาชน

3) เลขที่บัตรประชาชน

8.2 มารดามีพี่น้องแม่เดียวกัน กี่คน ชาย คน หญิง คน

ผู้บันทึก ชื่อ-นามสกุล..... แพทย์ พยาบาล

โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....วันที่.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ที่ทำงาน มือถือ.....โทรสาร.....

E-mail.....

