

## ข้อบ่งชี้การพิจารณาให้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่มีมูลค่าสูง

### หมวดกายอุปกรณ์

การประเมินระดับความคาดหวังในการทำกิจกรรมในคนพิการที่ใช้ขาเทียม (Expected Function level) แบ่งเป็น 5 ระดับ

| ระดับ | นิยามความคาดหวังในการทำกิจกรรม  |
|-------|---|
| K0    | คนพิการไม่มีความสามารถหรือศักยภาพในการเคลื่อนที่หรือเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัย ไม่ว่าจะใช้หรือไม่ใช้เครื่องช่วยและกายอุปกรณ์เทียมก็สามารถช่วยในการเคลื่อนที่ได้                           |
| K1    | คนพิการมีความสามารถหรือศักยภาพในการใช้กายอุปกรณ์เทียม เพื่อช่วยในการเคลื่อนย้ายหรือเคลื่อนที่บนพื้นราบด้วยความเร็วในการเดินคงที่ ในสภาพแวดล้อมในบ้านที่มีหรือไม่มีสิ่งกีดขวาง             |
| K2    | คนพิการที่มีความสามารถหรือศักยภาพในการเคลื่อนที่ในสภาพแวดล้อมที่มีสิ่งกีดขวางน้อย เช่น มีขอบทางเดิน บันได หรือพื้นไม่เรียบ ในสภาพแวดล้อมภายนอกที่จำกัด                                    |
| K3    | คนพิการสามารถเดินด้วยความเร็วที่หลากหลาย ไม่คงที่ ในสภาพแวดล้อมที่มีสิ่งกีดขวางมาก ทางลาดชัน ขรุขระ และสามารถทำงาน ทำกิจกรรมได้ โดยใช้กายอุปกรณ์เทียมแบบปกติทั่วไป                        |
| K4    | คนพิการมีความสามารถหรือศักยภาพในการเคลื่อนที่โดยใช้ทักษะมากขึ้นกว่าปกติ มีการใช้แรง และพลังงานเพิ่มขึ้น เช่น การใช้กายอุปกรณ์เทียมในเด็ก ผู้ใหญ่ที่มีความคล่องแคล่วสูง และนักกีฬา นักวิ่ง |

\*Reference: K level HCFA. Common Procedure Coding System HCPCS 2001.

Washington, DC: US Government Printing Office, 2001.

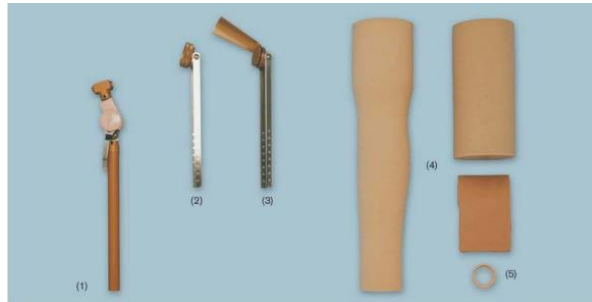
## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 1 แขนเทียมระดับหัวไหล่ แบบแกนใน ข้อไหล่แบบกางและหุบได้

(Cosmetic endo - Shoulder disarticulation prosthesis/Shoulder joint with two arm bars)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

- 1) ข้อไหล่เทียมแบบกางและหุบได้ พร้อมแกนส่วนต้นแขน
- 2) ชุดข้อศอกแกนในล็อกได้ด้วยมือ
- 3) ข้อมือเทียมแบบแกนใน
- 4) มือชนิด 5 นิ้ว
- 5) ถังมือเทียม
- 6) โฟมหุ้มสวยงามส่วนแขนและต้นแขน

| ข้อบ่งชี้   | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการที่มีแขนขาดระดับเหนือไหล่ (forequarter amputee)/ ระดับไหล่ (shoulder disarticulation)/ ระดับเหนือศอกต่อแขนสั้น (very short trans-humeral: ความยาวต่อแขนระหว่าง 0 – 30 เซนติเมตร) ของความยาวต่อแขน |     |        |
| 2. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล   |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 2 แขนเทียมระดับหัวไหล่ แบบแกนใน ข้อไหล่แบบหมุนได้หลายทิศทาง  
(Cosmetic endo - Shoulder disarticulation prosthesis/Ball shoulder joint)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

- 1) ข้อไหล่เทียมแบบหมุนได้รอบทิศทาง
- 2) ชุดข้อศอกแกนในล็อกได้ด้วยมือ
- 3) ข้อมือเทียมแบบแกนใน
- 4) มือชนิด 5 นิ้ว
- 5) ถังมือเทียม
- 6) โฟมหุ้มสวยงามส่วนแขนและต้นแขน

| ข้อบ่งชี้   | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการที่มีแขนขาดระดับเหนือไหล่ (forequarter amputee)/ระดับไหล่ (shoulder disarticulation)/ระดับต่อแขนสั้นเหนือศอก (very short trans-humeral: ความยาวต่อแขนระหว่าง 0 – 30 เปอร์เซ็นต์ ของความยาวต่อแขน) |     |        |
| 2. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล   |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 3 แขนเทียมระดับเหนือศอก แบบแกนใน สำหรับความยาวต่อแขนสั้น  
(Cosmetic endo – Transhumeral prosthesis)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

- 1) แหวนสำหรับใช้ต่อกับเบ้าแขนเทียม
- 2) ชุดข้อศอกแกนในล็อกได้ด้วยมือ
- 3) ข้อมือเทียมแบบแกนใน
- 4) มือชนิด 5 นิ้ว
- 5) ถังมือเทียม
- 6) ชุดโฟมหุ้มสวยงามส่วนแขนและต้นแขน

| ข้อบ่งชี้   | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการที่มีแขนขาดระดับเหนือศอก สำหรับคนพิการต่อแขนสั้น (ระดับ short trans-humeral: ความยาวต่อแขนระหว่าง 30 – 50 เปอร์เซ็นต์ ของความยาวต่อแขน) |     |        |
| 2. มีความจำเป็นในการใช้แขนเทียมเพื่อความสวยงาม (cosmetic hand)  |     |        |
| 3. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล   |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 4 แขนเทียมระดับเหนือศอกแบบตะขอโลหะ มือตะขอปรับการทำงานด้วยสปริงโลหะ  
ได้ 2 ระดับ และข้อศอกปรับล็อกได้ด้วยสายควบคุม (Passive Transhumeral prosthesis with hook)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



### ประกอบด้วย

- 1) ชุดข้อศอกข้อมือเทียมปรับล็อกได้ด้วยสายควบคุม
- 2) มือตะขอปรับการทำงานด้วยสปริงโลหะได้ 2 ระดับ
- 3) ข้อมือเทียม ชนิด friction
- 4) ชุดสายเคเบิล สำหรับต่อการใช้งานแขน

| ข้อบ่งชี้   | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการที่มีแขนขาดระดับเหนือศอก (Transhumeral amputee)   |     |        |
| 2. เป็นคนพิการที่มีความจำเป็นในการใช้แขนเทียมเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน หรือ เพื่อลักษณะงานที่เน้นการทำงานที่ใช้ความละเอียด ทดแทน fine motor skills |     |        |
| 3. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล   |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ”ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วัน/เดือน/ปี.....

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 5 แขนเทียมระดับเหนือศอกแบบ 5 นิ้วใช้งานได้ ข้อศอกปรับล็อกได้ด้วยสายควบคุม  
(Passive Transhumeral prosthesis with functional hand)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

- 1) ชุดข้อศอกข้อมือเทียมปรับล็อกได้ด้วยสายควบคุม
- 2) มือเทียมชนิด 5 นิ้วใช้งานได้
- 3) ข้อมือเทียมชนิด Friction
- 4) ชุดสายเคเบิล สำหรับการใช้งานแขน

| ข้อบ่งชี้  | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการที่มีแขนขาดระดับเหนือศอก (Transhumeral amputee)                  |     |        |
| 2. เป็นคนพิการที่มีความจำเป็นในการใช้แขนเทียมเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน หรือ ทำงาน |     |        |
| 3. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล                            |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วัน/เดือน/ปี.....

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 6 แขนเทียมระดับใต้ศอกแบบตะขอโลหะ มือตะขอปรับการทำงานด้วยสปริงโลหะ  
ได้ 2 ระดับ (Passive Transradial prosthesis with hook)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

- 1) มือตะขอปรับการทำงานด้วยสปริงโลหะได้ 2 ระดับ
- 2) ข้อมือเทียมชนิด Friction
- 3) ชุดสายเคเบิล สำหรับการใช้งานแขน

| ข้อบ่งชี้   | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการที่มีแขนขาดระดับใต้ศอก (Transradial amputee)  |     |        |
| 2. เป็นคนพิการที่มีความจำเป็นในการใช้แขนเทียมเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน หรือ เพื่อลักษณะงานที่เน้นการทำงานที่ใช้ความละเอียด ทดแทน fine motor skills |     |        |
| 3. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล   |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

**ใบประเมินข้อบ่งชี้**  
**รายการที่ 7 แขนเทียมไฟฟ้าชนิดมือควบคุม 2 ช่องทาง**  
 (Transradial prosthesis with myoelectric hand)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....  
 ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

- 1) มือเทียมชนิดไฟฟ้า
- 2) Control unit
- 3) ตัวรับสัญญาณไฟฟ้า electrode sensor
- 4) แบตเตอรี่สำหรับชาร์ต
- 5) ถังมือเทียม

| ข้อบ่งชี้  | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการที่มีแขนขาดระดับใต้ศอกที่มีกำลังในการหดเกร็งกล้ามเนื้อดี   |     |        |
| 2. เป็นคนพิการที่ไม่มีปัญหาด้านความจำ การสื่อสารและการเรียนรู้   |     |        |
| 3. ต้องใช้แขนเทียมไฟฟ้าเพื่อใช้ในกิจวัตรประจำวัน หรือในขั้นตอนของการทำงานที่จำเป็นสำหรับคนพิการ ให้เหมาะสมกับอาชีพของคนพิการ |     |        |
| 4. สามารถเข้ารับการฝึกอบรมการใช้งานแขนเทียมได้ครบตามกำหนด  |     |        |
| 5. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล  |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....  
 ผู้ประเมิน  
 วัน/เดือน/ปี.....



## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 8 ขาเทียมระดับใต้เข่า ระบบแกนใน เท้าเทียมชนิดมีแรงส่ง  
(Endo – Transtibial prosthesis with dynamic foot)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

- 1) ชุดขาเทียมระดับใต้เข่าแกนใน
- 2) เพิ่มฟังก์ชันของเท้าเทียมชนิดมีแรงส่ง (Energy storage prosthetic foot)

| ข้อบ่งชี้  | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการตัดขาในระดับใต้เข่า (Transtibial amputee)          |     |        |
| 2. เป็นคนพิการที่มีความสามารถในการเดินอยู่ในระดับ K2 หรือสูงกว่า |     |        |
| 3. น้ำหนักตัวไม่เกิน 100 กิโลกรัม                                |     |        |
| 4. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามประเมินผล                 |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 9 ขาเทียมระดับเข่า ระบบแกนใน ข้อเข่าชนิดหลายแกน เท้าเทียมชนิดมีแรงส่ง  
(Endo - Knee disarticulation prosthesis with dynamic foot)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

- 1) ชุดขาเทียมระดับเข่า
- 2) ข้อเข่าชนิดหลายแกน (Polycentric knee) พร้อมตัวจับเท้าแบบต่ำเพื่อใช้กับเท้าระดับเข่า
- 3) เท้าเทียมชนิดมีแรงส่ง (Energy storage prosthetic foot)

| ข้อบ่งชี้   | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการตัดขาระดับเข่า (Knee disarticulation)       |     |        |
| 2. เป็นคนพิการที่มีความสามารถในการเดินอยู่ในระดับ K2 - K3 |     |        |
| 3. น้ำหนักตัวไม่เกิน 100 กิโลกรัม                         |     |        |
| 4. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล       |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วัน/เดือน/ปี.....

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 10 ขาเทียมระดับเหนือเข่า ระบบแกนใน ข้อเข่าชนิดแกนเดี่ยว ข้อเท้าชนิดแกนเดี่ยว  
(Endo – Transfemoral prosthesis with weight activated single axis knee, single axis foot)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

- 1) ชุดขาเทียมเหนือเข่า
- 2) ข้อเข่าชนิดแกนเดี่ยว มีระบบเบรกป้องกันการล้ม
- 3) ข้อเท้าชนิดแกนเดี่ยว (Single axis foot)

| ข้อบ่งชี้  | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการตัดขาระดับเหนือเข่า  |     |        |
| 2. เป็นคนพิการที่มีความสามารถในการเดินอยู่ในระดับ K1 - K2 เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีต่อขาสั้น เป็นต้น |     |        |
| 3. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผลได้   |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

### รายการที่ 11 ขาเทียมระดับสะโพก ระบบแกนใน ข้อสะโพกชนิดแกนเดี่ยว ข้อเข่าชนิดหลายแกน ข้อเท้าชนิดแกนเดี่ยว

(Endo – Hip disarticulation prosthesis with polycentric knee, single axis foot)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



#### ประกอบด้วย

- 1) ชุดขาเทียมระดับสะโพก
- 2) ข้อสะโพกชนิดแกนเดี่ยว
- 3) ข้อเข่าชนิดหลายแกน (Polycentric knee)
- 4) ข้อเท้าชนิดแกนเดี่ยว (Single axis foot)

| ข้อบ่งชี้   | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการที่ขาขาดระดับสะโพก                    |     |        |
| 2. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

**ใบประเมินข้อบ่งชี้**  
**รายการที่ 12 เบ้าอ่อนขาเทียมใต้เข่าระบบเดือย**  
 (Silicone liner with pin & shuttle lock)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....  
 ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

- 1) เบ้าอ่อนชนิดซิลิโคนส่วนปลายระบบเดือย (Silicone)
- 2) ตะกร้าสำหรับต่อยึดเบ้าเทียม (Pin shuttle lock)

| ข้อบ่งชี้  | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการขาขาดระดับใต้เข่าที่มีปัญหาการใช้ระบบยึดเบ้าแบบปกติชนิดอื่น เช่น คนพิการที่มีน้ำหนักมาก, ตอขาขนาดใหญ่ หรือ เป็นคนพิการที่มีปัญหาผิวหนังของตอขา เช่น เคยมีแผลเรื้อรังหรือแผลเป็นขนาดใหญ่, ผิวหนังมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเกิดแผล |     |        |
| 2. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล  |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....  
 วัน/เดือน/ปี.....

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 13 เบ้าอ่อนขาเทียมใต้เข่าระบบวาล์วแบบทางเดียว  
(Silicone liner with suspension sleeve, suction valve)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

- 1) เบ้าอ่อนชนิดซิลิโคนส่วนปลายแบบหนา (Silicone liner)
- 2) ที่คลุมเข่าชนิดซิลิโคน (Knee sleeve)
- 3) วาล์ว

| ข้อบ่งชี้  | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการที่ผิวหนังของตอขามีปัญหา เช่น เคยมีแผลเรื้อรัง หรือ แผลเบาหวาน หรือ แผลเป็นขนาดใหญ่, ผิวหนังมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเกิดแผล |     |        |
| 2. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล  |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 14 อุปกรณ์เสริมข้อเท้า ชนิดพลาสติก แบบมีแกนกลางรับและถ่ายแรง  
(Ankle joint accessory with core and transferring load)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



### ส่วนประกอบ

1. Tamarack joint พร้อมชุดประกอบ

| ข้อบ่งชี้   | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการมีอาการข้อเท้าตก (Foot drop) และข้อเท้าไม่มั่นคง (Medial- Lateral instability of ankle) |     |        |
| 2. ไม่พบอาการเกร็งกระตุกที่ข้อเท้า (Spasticity absent) หรือพบน้อย (Mild spasticity)                   |     |        |
| 3. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล   |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วัน/เดือน/ปี.....

**ใบประเมินข้อบ่งชี้**  
**รายการที่ 15 ถุงมือเทียม (Silicone hand glove)**

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....  
 ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



| ข้อบ่งชี้  | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการตัดแขนทุกระดับ หรือ มือขาดบางส่วน (partial hand amputee ที่มีความจำเป็นต้องใช้ |     |        |
| 2. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล  |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....  
 วัน/เดือน/ปี.....



**ใบประเมินข้อบ่งชี้**  
**รายการที่ 16 ตัวปรับหมุนข้อเข่าเพื่อการนั่งพับเพียบ (Knee rotator)**

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....  
 ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



| ข้อบ่งชี้  | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการที่มีขาขาดระดับเหนือเข่า   |     |        |
| 2. น้ำหนักตัวไม่เกิน 150 กิโลกรัม  |     |        |
| 3. คนพิการที่ต้องทำกิจวัตรประจำวัน หรืองาน หรือกีฬา ที่จำเป็นสำหรับต้องงอเข่า<br>สุด |     |        |
| 4. สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล  |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
 (.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

**ใบประเมินข้อบ่งชี้**  
**รายการที่ 17 ข้อเข่าไฮดรอลิก (Hydraulic knee)**

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....  
 ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



| ข้อบ่งชี้   | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการที่มีขาขาดระดับเหนือเข่า                    |     |        |
| 2. เป็นคนพิการที่มีความสามารถในการเดินอยู่ในระดับ K3 – K4 |     |        |
| 3. น้ำหนักตัวไม่เกิน 150 กิโลกรัม                         |     |        |
| 4. สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล                     |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
 (.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 18 ข้อเข้าขาเทียมระดับเหนือเข่าที่มีกลไกป้องกันการล้ม และสามารถล็อกข้อเข้า  
ให้อยู่ในท่าเหยียดได้ (Safety knee)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....  
ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



| ข้อบ่งชี้  | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการที่มีขาขาดระดับเหนือเข่า                           |     |        |
| 2. เป็นคนพิการที่มีความสามารถในการเดินอยู่ในระดับ K2 หรือมากกว่า |     |        |
| 3. น้ำหนักตัวไม่เกิน 125 กิโลกรัม                                |     |        |
| 4. สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล                            |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

**ใบประเมินข้อบ่งชี้**  
**รายการที่ 19 เบ้าอ่อนขาเทียมใต้เข่าชนิดซิลิโคนหรือวัสดุที่มีคุณภาพดีกว่า**  
 (Derma Seal, Silicone Sock)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....  
 ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



| ข้อบ่งชี้  | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการที่ผิวหนังของตอขามีปัญหา เช่น เคยมีแผลเรื้อรัง หรือ แผลเบาหวาน หรือ แผลเป็นขนาดใหญ่, ผิวหนังมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเกิดแผล |     |        |
| 2. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล  |     |        |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
 (.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....