

ข้อบ่งชี้การพิจารณาให้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่มีมูลค่าสูง  
หมวดรถนั่งคนพิการ

ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 1 รถนั่งคนพิการชนิดปรับให้เหมาะสมกับความพิการ และขนาดของผู้พิการ  
แบบสำหรับเด็กที่พิการทางสมอง (Unfoldable tilt in space wheelchair)

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



มี 2 ขนาด ได้แก่ S (14”), M (16”)

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. ไม่สามารถนั่งทรงตัวได้ดี		
2. ไม่สามารถควบคุมศีรษะได้ดี		
3. มีภาวะกล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนปวกเปียก		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

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

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 2 รถนั่งคนพิการสำหรับเด็กพิการทางการเคลื่อนไหวระดับรุนแรง  
(Foldable tilt in space wheelchair)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



มี 2 ขนาด ได้แก่ S (10”), M (12”)

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. ไม่สามารถนั่งทรงตัวได้ดี		
2. ไม่สามารถควบคุมศีรษะได้ดี		
3. มีภาวะกล้ามเนื้อเกร็งหรืออ่อนปวกเปียก		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 3 รถนั่งคนพิการแบบ 3 ล้อ สำหรับใช้ในพื้นที่ไม่เรียบ (Tri wheeler)

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



มี 4 ขนาด ได้แก่ S (14”), M (16”), L (18”), XL (20”)

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. ไม่มีความพิการประเภทอื่นร่วม เช่น การเห็น สติปัญญา เป็นต้น		
2. สามารถนั่งทรงตัวบนรถนั่งคนพิการได้อย่างปลอดภัย ทั้งขณะรถนั่งคนพิการอยู่นิ่ง และเคลื่อนที่		
3. สามารถเคลื่อนย้ายตัวแบบด้านข้างได้เอง (อย่างน้อยระดับ supervision ขึ้นไป)		
4. สามารถปั่นรถนั่งคนพิการโดยใช้แขน 2 ข้าง ได้เองอย่างปลอดภัย		
5. ไม่มีแผลกดทับรุนแรง (ระยะ 2 ขึ้นไป)		
6. พื้นที่รอบๆ บ้านหรือชุมชนที่อยู่อาศัยหรือต้องประกอบอาชีพในพื้นที่ขรุขระ เช่น ดินโคลน ดินทราย ดินลูกรัง เป็นต้น		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
 (.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 4 รถนั่งคนพิการสำหรับคนพิการทางการเคลื่อนไหวเพื่อการดำรงชีวิตอิสระ  
(Foldable active wheelchair)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



มี 3 ขนาด ได้แก่ S (14”), M (16”), L (18”)

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. มีความพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย ที่ขึ้นทะเบียนคนพิการแล้ว และ ไม่ใช่กรณีต่อไปนี้ (1.1) ขาขาดระดับใต้เข่า/เหนือเข่า 1 ข้างที่สามารถใช้ขาเทียมเดินได้มากกว่า 10 ก้าว (1.2) โปลิโอ ใส่อุปกรณ์เสริมแล้วเดินได้มากกว่า 10 ก้าว (1.3) เคยเบิกรถนั่งคนพิการตามสิทธิหลัก ยังไม่ครบ 3 ปี (1.4) เคยได้รับรถนั่งคนพิการจากกรมการขนส่งทางบก		
2. ไม่มีภาวะพิการประเภทอื่นร่วม เช่น การเห็น สติปัญญา เป็นต้น		
3. ไม่มีภาวะ postural hypotension		
4. ไม่มีแผลกดทับรุนแรง (ระยะ 2 ขึ้นไป)		
5. สามารถเคลื่อนย้ายตัวแบบด้านข้างได้เอง (อย่างน้อยระดับ supervision ขึ้นไป)		
6. สามารถนั่งทรงตัวบนรถนั่งคนพิการได้อย่างปลอดภัย ทั้งขณะรถนั่งคนพิการอยู่นิ่ง และเคลื่อนที่		
7. สามารถปีนรถนั่งคนพิการโดยใช้แขน 2 ข้าง ได้เองอย่างปลอดภัย		
8. คนพิการต้องผ่านการฝึกทักษะการใช้รถนั่งคนพิการขึ้นพื้นฐาน และสามารถเข็นขึ้นลงทางลาด และพื้นต่างระดับสูง 1-2 ซม. ได้อย่างปลอดภัย		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 5 รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ แบบเคลื่อนที่ได้โดยระบบไฟฟ้า (Basic motorized wheelchair)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



มี 2 ขนาด ได้แก่ 16", 18"

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. ไม่มีภาวะพิการประเภทอื่นร่วม เช่น การเห็น สติปัญญา เป็นต้น		
2. ไม่สามารถเดินได้ หรือเดินได้ระยะสั้นๆแต่มีความยากลำบากและไม่ปลอดภัย		
3. สามารถอยู่ในท่านั่งและควบคุมศีรษะได้อย่างปลอดภัย โดยอาจใช้/หรือไม่ใช้ อุปกรณ์ประคองท่าทางช่วย		
4. ไม่มีภาวะ postural hypotension		
5. ไม่มีความบกพร่องด้านความคิดความเข้าใจ (cognitive function)		
6. ไม่มีประวัติชักในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา		
7. ไม่มีแผลกดทับรุนแรง (ระดับ 2 ขึ้นไป) บริเวณเชิงกราน สะโพกและต้นขา		
8. ไม่สามารถปั้นรถนั่งคนพิการแบบธรรมดา (manual wheelchair) ได้ หรือปั้นได้ไม่เกิน 10 เมตร (โดยอาจต้องพิจารณาโรคร่วม เช่น ไตวาย โรคหัวใจ เป็นต้น)		
9. สภาพที่อยู่อาศัยเอื้อต่อการใช้รถนั่งคนพิการชนิดนี้		
10. ไม่เคยได้รับรถนั่งคนพิการแบบไฟฟ้าจากกรมการขนส่งทางบก หรือหน่วยงานรัฐอื่นๆ		

หมายเหตุ \* ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนี้

\*\* คนพิการต้องได้รับการฝึกใช้งานจนปลอดภัย จึงรับอุปกรณ์กลับบ้านได้ หากฝึกแล้วพบว่าไม่ปลอดภัย ขอให้พิจารณาให้อุปกรณ์รายการอื่นแทน และเก็บอุปกรณ์นี้ไว้ให้คนพิการรายอื่น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 6 รถนั่งคนพิการแบบเคลื่อนที่ได้โดยระบบไฟฟ้า ชนิดปรับเอนนอนได้  
(Reclining motorized wheelchair)

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



มีขนาดเดียว ได้แก่ 18”

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. ไม่มีความพิการประเภทอื่นร่วม เช่น การเห็น สติปัญญา เป็นต้น		
2. ไม่สามารถเดินได้โดยสิ้นเชิง		
3. ไม่สามารถทรงตัวในท่านั่งและ/หรือไม่สามารถควบคุมศีรษะได้อย่างปลอดภัย		
4. ไม่มีความบกพร่องด้านความคิดความเข้าใจ (cognitive function)		
5. ไม่มีประวัติชักในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา		
6. ไม่มีแผลกดทับรุนแรง (ระดับ 2 ขึ้นไป) บริเวณเชิงกราน สะโพกและต้นขา		
7. ไม่สามารถปั่นรถนั่งคนพิการแบบธรรมดา (manual wheelchair) ได้ หรือปั่นได้ ไม่เกิน 10 เมตร		
8. สภาพที่อยู่อาศัยเอื้อต่อการใช้รถนั่งคนพิการชนิดนี้		
9. ไม่เคยได้รับรถนั่งคนพิการแบบไฟฟ้าจากกรมการขนส่งทางบก หรือหน่วยงานรัฐอื่นๆ		

หมายเหตุ \* ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

\*\* คนพิการต้องได้รับการฝึกใช้งานจนปลอดภัย จึงรับอุปกรณ์กลับบ้านได้ หากฝึกแล้วพบว่าไม่ปลอดภัย ขอให้พิจารณาให้อุปกรณ์รายการอื่นแทน และเก็บอุปกรณ์นี้ไว้ให้คนพิการรายอื่น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 7 รถนั่งคนพิการแบบปรับยืนได้ (Standing wheelchair)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. คนพิการที่ต้องประกอบกิจวัตรประจำวันที่เป็นต้องใช้ทำยืนด้วย		
2. รับน้ำหนักได้ไม่เกิน 90 กิโลกรัม		
3. ไม่มีอาการพิการประเภทอื่นร่วม เช่น การเห็น สติปัญญา เป็นต้น		
4. ไม่สามารถเดินได้โดยสิ้นเชิง		
5. สามารถอยู่ในท่านั่งและควบคุมศีรษะได้อย่างปลอดภัย		
6. สามารถเคลื่อนย้ายตัวแบบด้านข้างได้เอง (อย่างน้อยระดับ supervision ขึ้นไป)		
7. ไม่เคยได้รับอุปกรณ์ชนิดเดียวกัน จากหน่วยงานรัฐอื่นๆ		

หมายเหตุ - ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

- ต้องมีการคำนวณน้ำหนักของผู้ใช้งาน เพื่อปรับเปลี่ยนโซ้คให้เหมาะสม

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....

**ใบประเมินข้อบ่งชี้**  
**รายการที่ 8 รถนั่งคนพิการชนิดนั่งถ่ายและอาบน้ำได้ (Commode-shower wheelchair)**

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



มีขนาดเดียว ได้แก่ 18”

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. ไม่สามารถเดินได้ หรือเดินได้ระยะสั้นๆ แต่มีความยากลำบากและไม่ปลอดภัย		
2. ร่างกายอ่อนแรงหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จนไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวจากเตียง/รถนั่งคนพิการไปโถส้วมได้ แม้ผ่านการฝึกแล้ว		
3. สามารถอยู่ในท่านั่งในรถนั่งคนพิการชนิดนี้ได้อย่างปลอดภัย		
4. ไม่เคยได้รับอุปกรณ์ชนิดเดียวกัน จากหน่วยงานรัฐอื่นๆ		

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

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