

ข้อบ่งชี้การพิจารณาให้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่มีมูลค่าสูง

หมวดกายอุปกรณ์

การประเมินระดับความคาดหวังในการทำกิจกรรมในคนพิการที่ใช้ขาเทียม (Expected Function level) แบ่งเป็น 5 ระดับ

| ระดับ | นิยามความคาดหวังในการทำกิจกรรม |
|-------|---|
| K0 | คนพิการไม่มีความสามารถหรือศักยภาพในการเคลื่อนที่หรือเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัย ไม่ว่าจะใช้หรือไม่ใช้เครื่องช่วยและกายอุปกรณ์เทียมก็ไม่สามารถช่วยในการเคลื่อนที่ได้ |
| K1 | คนพิการมีความสามารถหรือศักยภาพในการใช้กายอุปกรณ์เทียม เพื่อช่วยในการเคลื่อนย้ายหรือเคลื่อนที่บนพื้นราบด้วยความเร็วในการเดินคงที่ ที่สภาพแวดล้อมในบ้านที่มีหรือไม่มีสิ่งกีดขวาง |
| 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.

ข้อบ่งชี้การพิจารณาให้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่มีมูลค่าสูง
หมวดอุปกรณ์ช่วยการเดิน

รายการที่ 1 แขนเทียมระดับหัวไหล่ แบบแกนใน ข้อไหล่แบบกางและหุบได้

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

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

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

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 2 แขนเทียมระดับหัวไหล่ แบบแกนใน ข้อไหล่แบบหมุนได้หลายทิศทาง

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

- 1) ข้อไหล่เทียมแบบหมุนได้รอบทิศทาง
- 2) ชุดข้อศอกแกนในล็อกได้ด้วยมือ
- 3) ข้อมือเทียมแบบแกนใน
- 4) มือชนิด 5 นิ้ว
- 5) ถุงมือเทียม
- 6) โฟมหุ้มสวอยงามส่วนแขนและต้นแขน

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

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ“ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 3 แขนเทียมระดับเหนือศอก แบบแกนใน สำหรับความยาวต่อแขนสั้น

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

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

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

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

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

รายการที่ 4 แขนเทียมระดับเหนือศอกแบบตะขอโลหะ มือตะขอปรับการทำงานด้วยสปริงโลหะได้ 2 ระดับ และข้อศอกปรับล็อกได้ด้วยสายควบคุม

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

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

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

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ”ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 5 แขนเทียมระดับเหนือศอกแบบ 5 นิ้วใช้งานได้ ข้อศอกปรับล็อกได้ด้วยสายควบคุม

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



แขนเทียมระดับเหนือศอกแบบ 5 นิ้วใช้งานได้ ข้อศอก
 ปรับล็อกได้ด้วยสายควบคุม
 (Passive Transhumeral prosthesis with
 functional hand)

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 จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 6 แขนเทียมระดับใต้ศอกแบบตะขอโลหะ มือตะขอปรับการทำงานด้วยสปริงโลหะได้ 2 ระดับ

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



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

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 7 ขาเทียมระดับใต้เข่า ระบบแกนใน เท้าเทียมชนิดมีแรงส่ง

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



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

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 8 ขาเทียมระดับเข่า ระบบแกนใน ข้อเข่าชนิดหลายแกน เท้าเทียมชนิดมีแรงส่ง

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

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

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

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 9 ขาเทียมระดับเหนือเข่า ระบบแกนใน ข้อเข่าชนิดแกนเดี่ยว ข้อเท้าชนิดแกนเดี่ยว

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

- 1) ชุดขาเทียมเหนือเข่า
- 2) ข้อเข่าชนิดแกนเดี่ยวมีระบบเบรกป้องกันการล้ม
- 3) ข้อเท้าชนิดแกนเดี่ยว (Single axis foot)

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

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 10 ขาเทียมระดับสะโพก ระบบแกนใน ข้อสะโพกชนิดแกนเดี่ยวข้อเข่าชนิดหลายแกน
ข้อเท้าชนิดแกนเดี่ยว

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



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

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 11 เบ้าอ่อนขาเทียมใต้เขาระบบวาล์วแบบทางเดียว

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

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

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

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 12 เบ้าอ่อนขาเทียมใต้เข่าระบบเดี่ยว

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



ประกอบด้วย

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

| ข้อบ่งชี้ | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----|--------|
| 1.เป็นคนพิการขาขาดระดับใต้เข่าที่มีปัญหาการใช้ระบบยึดเบ้าแบบปกติชนิดอื่น เช่น คนพิการที่มีน้ำหนักมาก, ตอขาขนาดใหญ่หรือเป็นคนพิการที่มีปัญหาผิวหนังของตอขา เช่น เคยมีแผลเรื้อรังหรือแผลเป็นขนาดใหญ่, ผิวหนังมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเกิดแผล | | |
| 2.เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล | | |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 13 เบ้าอ่อนขาเทียมใต้เข่าชนิดซิลิโคนหรือวัสดุที่มีคุณภาพดีกว่า (Derma Seal, Silicone Sock)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



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

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

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

รายการที่ 14 - 15 อุปกรณ์เสริมข้อเท้าชนิดพลาสติก แบบมีแกนกลางรับและถ่ายแรง
(Ankle joint accessory with core and transferring load)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



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

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 16 ถุงมือเทียม (Silicone hand glove)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



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

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....
 (.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 17 ตัวปรับหมุนข้อเข่าเพื่อการนั่งพับเพียบ (Knee rotator)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



| ข้อบ่งชี้ | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| 1. เป็นคนพิการที่มีขาขาดระดับเหนือเข่า | | |
| 2. น้ำหนักตัวไม่เกิน 150 กิโลกรัม | | |
| 3. คนพิการที่ต้องทำกิจวัตรประจำวันหรืองานหรือกีฬา ที่จำเป็นสำหรับต้องงอเข่าสุด | | |
| 4. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามและประเมินผล | | |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....

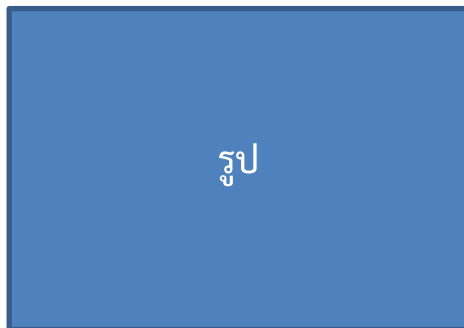
(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 18 ข้อเข่าไฮดรอลิก (Hydraulic knee)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



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

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 19 ข้อเข่าเทียมระดับเหนือเข่าที่มีกลไกป้องกันการล้มและสามารถล็อกข้อเข่าให้อยู่ในท่าเหยียดได้
(Safety knee)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



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

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....

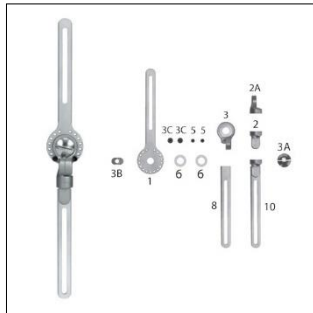
(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 20 ภายอุปกรณ์เสริม ระดับสะโพก แบบหมุนได้ 3 ทิศทาง (Triple axis hip joint)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



| ข้อบ่งชี้ | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| 1. มีความพิการทางการเคลื่อนไหว ที่ขึ้นทะเบียนคนพิการแล้ว และต้องเป็นคนพิการในกลุ่มดังต่อไปนี้ 1.1. ไชกระดูกสันหลังบาดเจ็บ (Spinal cord injury) 1.2. โปลิโอ (Polio) 1.3. สมอพิการแต่กำเนิด (Cerebral Palsy) 1.4. คนไข้ที่ต้องการความมั่นคงของข้อสะโพก ที่เกิดจากอาการบาดเจ็บต่างๆ | | |
| 2. เป็นคนพิการที่มีความไม่มั่นคงของข้อสะโพก | | |
| 3. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามผลและประเมินผล | | |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

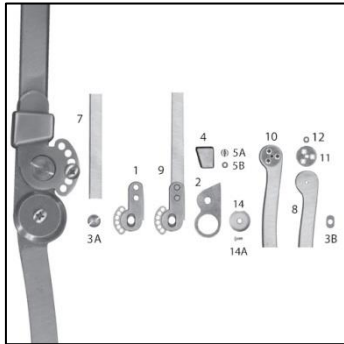
ลงชื่อ.....
 (.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 21 กายอุปกรณ์เสริม ระดับข้อเข่า Adjustable extension/flexion ring lock knee joint

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



| ข้อบ่งชี้ | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----|--------|
| 1. มีความพิการทางการเคลื่อนไหว ที่ขึ้นทะเบียนคนพิการแล้ว และต้องเป็นคนพิการในกลุ่มดังต่อไปนี้ 1.1. ไชกระดูกสันหลังบาดเจ็บ (Spinal cord injury) 1.2. โปลีโอ 1.3. สมองพิการแต่กำเนิด (Cerebral Palsy) 1.4. อ่อนแรงขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง | | |
| 2. เป็นคนพิการที่สามารถเข้ารับการติดตามผลและประเมินผล | | |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

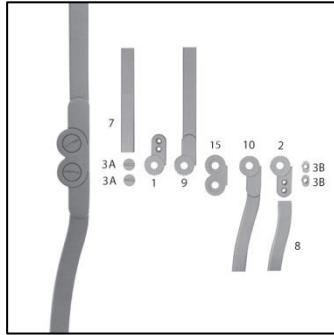
ลงชื่อ.....
 (.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 22 กายอุปกรณ์เสริม ระดับข้อเข่า Polycentric free motion knee joint

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



| ข้อบ่งชี้ | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| 1. มีความพิการทางการเคลื่อนไหว ที่ขึ้นทะเบียนคนพิการแล้ว และต้องเป็นคนพิการในกลุ่มดังต่อไปนี้ 1.1. ไชกระดูกสันหลังบาดเจ็บ (Spinal cord injury) 1.2. โปลีโอ 1.3. สมอพิการแต่กำเนิด (Cerebral Palsy) 1.4. อ่อนแรงขาข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง | | |
| 2. มีกำลังกล้ามเนื้อหัวเข่า ในระดับ 3 ขึ้นไป | | |
| 3. ไม่พบอาการเกร็งกระตุกที่ข้อเข่า (Spasticity Absent) หรือพบน้อย (Mild Spasticity) | | |
| 4. เป็นคนพิการที่สามารถรับการติดตามผลและประเมินผล | | |

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

รายการที่ 23 ภายอุปกรณ์เสริม ระดับข้อเท้า ชนิด Compact double action ankle joint

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



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

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....