

# ข้อบ่งชี้การพิจารณาให้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่มีมูลค่าสูง

หมวดอื่น ๆ

เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการแบบเติมลม (Air cushionseat)

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



มี 2 ขนาด ได้แก่ S(14”), M(16”), L(18”)

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก (loss sensation) ช่วงลำตัวและ/หรือก้นลงไป		
2. สามารถนั่งได้อย่างปลอดภัย		
3. คนพิการและผู้ดูแลสามารถใช้งานและดูแลรักษาเบาะได้ถูกต้อง และทราบวิธีการลดแรงกดทับขณะนั่งในรถนั่งคนพิการ		

หมายเหตุต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อจึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

## เครื่องยกย้ายคนพิการรุนแรงแบบไฮดรอลิค



ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

(แนบสำเนาบัตรคนพิการ)

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. ไม่สามารถเคลื่อนย้ายตัวได้ จำเป็นต้องมีผู้ช่วยยกย้ายทั้งหมด		
2. ห้องนอนและที่อยู่อาศัย มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการใช้อุปกรณ์นี้		
3. เตียงนอนเป็นแบบขาโปรง เพื่อให้สามารถใช้อุปกรณ์นี้ได้		
4. ผู้ดูแลสามารถใช้งานอุปกรณ์ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย		

หมายเหตุต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อจึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....

### ผลการประเมิน

1. สภาพทางร่างกาย การทรงตัว  good  fair  poor  
การควบคุมศีรษะ/ลำคอ  good  fair  poor
2. กิจกรรมในแต่ละวัน .....
3. การเคลื่อนย้ายตัว  Totally dependent  Maximal assisted  
 Moderate assisted  .....
4. วิธีการย้ายตัวที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน.....
5. ลักษณะที่อยู่อาศัย (ระบุ).....
6. มีพื้นที่ว่างในห้องนอน อย่างน้อยรัศมี 120 ซม.  ใช่  ไม่ใช่
7. ลักษณะที่นอน  เตียงขาโปรง  เตียงขาทึบ  นอนพื้น  อื่นๆ(ระบุ).....

รหัสอุปกรณ์ สธ.....

อุปกรณ์กระตุ้นพัฒนาการนั่งและการดูดกลืนสำหรับเด็กพิการ  
(Special seat for development and oromotor impairment)  
\*\*(อุปกรณ์ใหม่)

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



มี 2 ขนาด ได้แก่ S และ M

ขนาดของอุปกรณ์

ไซส์	กว้าง	ลึก	สูง
S	ประมาณ 18 - 20 ซม.	ประมาณ 18 - 22 ซม.	ประมาณ 42 - 46 ซม.
M	ประมาณ 21 - 25 ซม.	ประมาณ 22 - 26 ซม.	ประมาณ 56 - 60 ซม.

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. ไม่สามารถควบคุมศีรษะหรือนั่งทรงตัวได้ดี		
2. มีปัญหาการดูดกลืนและพัฒนาการนั่งที่ไม่สามารถใช้อุปกรณ์ปกติหรือมีความรุนแรงที่ต้องใช้อุปกรณ์		
3. ไม่เคยได้รับอุปกรณ์ประเภทเดียวกัน ภายใน 2 ปี		

หมายเหตุต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อจึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....