

## แบบเก็บข้อมูลผู้ที่ได้รับการผ่าตัดประสาทหูเทียม (จากเวชระเบียน)

ชื่อโครงการ “การวิเคราะห์ต้นทุน – อรรถประโยชน์ และ ผลกระทบด้านงบประมาณของการใช้เทคโนโลยีการฝังประสาทหูเทียมสำหรับผู้หูหนวกสนิททั้ง 2 ข้างในประเทศไทย”

ชื่อผู้เก็บข้อมูล .....

วัน เดือน ปี (พ.ศ.) ที่เก็บข้อมูล / /

HN ผู้ป่วย .....

## ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1. วัน เดือน ปี เกิด (พ.ศ.) / /

2. ศาสนา  พุทธ  อิสลาม  คริสต์  อื่นๆระบุ .....

3. สถานภาพสมรส  โสด  คู่  หย่า  หม้าย

4. อาชีพหลัก

- ข้าราชการ  พนักงานรัฐวิสาหกิจ  พนักงานบริษัทเอกชน  
 ค้าขาย/เจ้าของกิจการ  เกษตรกรรม (ทำนา, ไร่, สวน)  แม่บ้าน  
 เกษียณ  ผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป  ไม่ได้ประกอบอาชีพ  
 อื่นๆ ระบุ .....

5. รายได้จากอาชีพหลัก ..... บาทต่อเดือน

6. ปัจจุบันที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยอยู่บริเวณใด

- อยู่ในเขตกรุงเทพฯ  
 อยู่ในเขตปริมณฑล  
อยู่นอกเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล

7. สิทธิการรักษา

- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า  ประกันสังคม  ข้าราชการ  
 รัฐวิสาหกิจ  ทหารผ่านศึก  ประกันสุขภาพบริษัทเอกชน  
 ประกันชีวิต  ชำระเอง  อื่นๆ ระบุ .....

8. ระยะเวลานับจากการวินิจฉัยว่าหูหนวกสนิท .....ปี .....เดือน

9. ระยะเวลานับจากการผ่าตัดประสาทหูเทียม .....ปี .....เดือน

10.

11. ผู้ป่วยมีประวัติกระดูกหักเป็นจำนวน ..... ครั้ง  
 โปรดระบุตำแหน่ง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มหักและสาเหตุของการหัก

ครั้งที่	ตำแหน่งที่หัก	ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มหัก (ระบุเป็นจำนวนเดือน)	สาเหตุของการหัก
----------	---------------	---	-----------------

1			
2			
3			
4			

12. นอกจากโรคกระดูกพรุนแล้ว ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรคความดันโลหิตสูง       โรคเบาหวาน       โรคไขข้อในเลือดสูง

โรคหัวใจ       โรคมะเร็ง       โรคหอบหืด

โรคปอด       โรคเกาต์       โรคลมชัก

อื่นๆ ระบุ .....

**ส่วนที่ 2: ข้อมูลด้านต้นทุนของผู้ป่วย**

13. ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2550 ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาโรคกระดูกพรุนหรือภาวะกระดูกหักที่โรงพยาบาลนี้เป็นจำนวน ..... ครั้ง

14. การมาโรงพยาบาลในครั้งนี้ ผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาโรคกระดูกพรุนหรือภาวะกระดูกหักเป็นจำนวนเท่าไร โปรดระบุรายละเอียด

ค่าใช้จ่าย	จำนวน
<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายด้านที่พัก	
<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป-กลับ	
<input type="checkbox"/> ค่าอาหาร(ที่เพิ่มขึ้น)	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....	

15. ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2550 ผู้ป่วยต้องมีญาติเพื่อพามารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือดูแลระหว่างนอนโรงพยาบาลหรือไม่

ไม่มี (ข้ามไปทำข้อ 18)       มี จำนวน ..... คน โปรดระบุรายละเอียดค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่าย	จำนวน (ต่อการมาโรงพยาบาล 1 ครั้ง)		
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3
<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายด้านที่พัก			
<input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป-กลับ			
<input type="checkbox"/> ค่าอาหาร(ที่เพิ่มขึ้น)			
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....			

16. จากข้อ 15 หากผู้ป่วยมีญาติพามารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือดูแลระหว่างนอนโรงพยาบาล โปรดระบุรายละเอียดของความถี่และระยะเวลาในการให้ความช่วยเหลือ

คนที่	ความถี่ของการช่วยเหลือ (เช่น ทุกวัน สัปดาห์ละครั้ง)	ระยะเวลาต่อครั้ง (เช่น 2 ชั่วโมง)	เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง นานเท่าใด (เช่น 1 สัปดาห์)

1			
2			
3			

17. จากข้อ 16 ญาติที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือดูแลระหว่างนอนโรงพยาบาลประกอบอาชีพหรือไม่

คนที่ 1

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ  
 ประกอบอาชีพโดยมีรายได้เฉลี่ย ..... บาทต่อเดือน

คนที่ 2

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ  
 ประกอบอาชีพโดยมีรายได้เฉลี่ย ..... บาทต่อเดือน

คนที่ 3

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ  
 ประกอบอาชีพโดยมีรายได้เฉลี่ย ..... บาทต่อเดือน

18. ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2550 นอกเหนือจากผู้ป่วยมารับการรักษาโรคกระดูกพรุนหรือภาวะกระดูกหักที่โรงพยาบาลนี้แล้ว ได้ไปรับการรักษา ป้องกันหรือฟื้นฟูสมรรถภาพจากสถานที่อื่นที่หรือไม่

- ไม่       ใช่ โปรดระบุรายละเอียด

สถานที่	จำนวนครั้ง	จำนวนเงินเฉลี่ยที่จ่ายต่อครั้ง
<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลอื่นๆ ระบุ .....		
<input type="checkbox"/> คลินิก		
<input type="checkbox"/> สถานีอนามัย		
<input type="checkbox"/> ศูนย์กายภาพบำบัด		
<input type="checkbox"/> ศูนย์ให้คำปรึกษา		
<input type="checkbox"/> สถานพักฟื้น		
<input type="checkbox"/> แพทย์พื้นบ้าน		
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....		

Page 4 of 5

19. ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2550 ผู้ป่วยได้ซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในการป้องกันหรือบรรเทาอาการที่เกิดจากกระดูกพรุนหรือกระดูกหักเองหรือไม่

- ไม่       ใช่ โปรดระบุรายละเอียด

รายการ	ชื่อหรือชนิดของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	ระยะเวลาที่ใช้ (เช่น 1 เดือน)	ราคาต่อเดือน

1			
2			
3			
4			
5			
6			

20. ตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดภาวะกระดูกหัก ผู้ป่วยหรือญาติจัดหาสิ่งต่อไปนี้หรือไม่ โปรดระบุรายละเอียด

รายการ	จำนวนเงิน
<input type="checkbox"/> อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น รถเข็น ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน	
<input type="checkbox"/> ผู้ดูแลผู้ป่วย (ระบุดัตราจ้างต่อเดือน)	
<input type="checkbox"/> ผู้ดูแลทำงานบ้านหรือคนรับใช้ (ระบุดัตราจ้างต่อเดือน)	
<input type="checkbox"/> ผู้ดูแลบุตรหรือบุพการีของผู้ป่วยเนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถทำเองได้ (ระบุดัตราจ้างต่อเดือน)	
<input type="checkbox"/> ปรับปรุงที่อยู่อาศัย เช่น การต่อเติมราวเดิน ทางลาด การปรับปรุงห้องนอนหรือห้องน้ำ เป็นต้น	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ .....	

21. ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2550 ผู้ป่วยต้องอาศัยญาติในการทำกิจกรรมการดูแลอย่างไม่เป็นทางการหรือไม่ (ผู้สัมภาษณ์อธิบายความหมายของกิจกรรมการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ)

ไม่ (ข้ามไปทำข้อ 24)       ใช่ โปรดระบุรายละเอียด

คนที่	ความถี่ของการช่วยเหลือ (เช่น ทุกวัน สัปดาห์ละครั้ง)	ระยะเวลาต่อครั้ง (เช่น 2 ชั่วโมง)	เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง นานเท่าใด (เช่น 1 สัปดาห์)
1			
2			
3			

Page 5 of 5

22. จากข้อ 21 หากผู้ป่วยต้องอาศัยญาติในการทำกิจกรรมการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ ญาติของผู้ป่วยประกอบอาชีพหรือไม่

คนที่ 1

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ประกอบอาชีพโดยมีรายได้เฉลี่ย ..... บาทต่อเดือน

คนที่ 2

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ประกอบอาชีพโดยมีรายได้เฉลี่ย ..... บาทต่อเดือน

คนที่ 3

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ประกอบอาชีพโดยมีรายได้เฉลี่ย ..... บาทต่อเดือน

23. จากข้อ 22 ญาติของผู้ป่วยพักอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่

ใช่

ไม่ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเป็นจำนวนเฉลี่ย ..... บาทต่อการมาบ้านผู้ป่วย 1 ครั้ง

24. ก่อนการมาโรงพยาบาลในครั้งนี้ ผู้ป่วยมีงานทำหรือไม่  มี  ไม่มี

ถ้ามี  งานประจำ  งานชั่วคราว รายได้ ..... บาทต่อเดือน

ถ้าไม่มี  เกษียณอายุ  แม่บ้าน ว่างงาน  อยู่ระหว่างลาภักษัตว์

อื่นๆระบุ .....

25. หลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะสามารถกลับไปทำงานหารายได้หรือไม่  ได้  ไม่ได้

ถ้าได้

โปรดระบุวัน เดือน ปี (พ.ศ.) ที่กลับไปทำงานหรือหารายได้ วันที่ / /

เป็นงานเดิมเหมือนก่อนที่ผู้ป่วยลาหยุดในการป่วยครั้งนี้หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่ (งานใหม่)

หากเลือกงานใหม่เป็นงานประเภทใด  งานประจำ  งานชั่วคราว

รายได้จากอาชีพใหม่เฉลี่ย ..... บาทต่อเดือน

26. ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2550 หากผู้ป่วยต้องหยุดงานหลังเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากโรคกระดูกพรุนหรือภาวะกระดูกหัก โปรดระบุวันที่เริ่มหยุดงาน และวันที่กลับไปทำงาน รวมทั้งเหตุผลของการหยุดงาน

วัน เดือน ปีที่เริ่มหยุดงาน	วัน เดือน ปีที่กลับเข้าทำงาน	จำนวนวันหยุดงาน	สาเหตุของการหยุดงาน