

# คู่มือ

การให้บริการ เรื่องแนวทางการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี  
( Well Child Clinic)



คปสอ. นาแก อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

## แนวทางการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี คปสอ.นาแก

### ปีงบประมาณ 2561

การสร้างให้เด็กมีสุขภาพดี พัฒนาการสมวัย มีความฉลาดทางเชาว์ปัญญาและอารมณ์ นำไปสู่อนาคตของเด็ก เยาวชน วัยทำงาน และผู้สูงอายุที่มีคุณภาพของประเทศชาติ เมื่อปี 2554 มีการสำรวจระดับ IQ ของเด็กไทยผลการสำรวจพบว่ายังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ และมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือและภาคใต้ แสดงได้ถึงแนวโน้มอนาคตของคุณภาพประชากรของประเทศไทยอาจลดลงตามไปด้วย ดังนั้นแนวทางที่จะดำเนินการเพื่อกระตุ้น พัฒนา สร้างเสริมให้ผู้ดูแลเด็กเห็นถึงความสำคัญ ในการเลี้ยงดูเด็ก ให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูอย่างถูกต้อง เหมาะสม รวมทั้งสามารถประเมินภาวะการเจริญเติบโต พัฒนาการ การร่วักขึ้นตามเกณฑ์อายุ เพื่อให้เด็กเติบโตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาได้เต็มศักยภาพ พร้อมมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ โดยคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ จะเป็นหน่วยบริการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินการเพื่อให้เป้าประสงค์ดังกล่าวเกิดขึ้นได้อย่างแท้จริงและต่อเนื่อง เพื่อสร้างเด็กไทยสู่คุณภาพพร้อมในทุกด้านต่อไป

#### หลักการและเหตุผล

เด็กปฐมวัย เป็นช่วงทองของชีวิต เนื่องจากเหตุผลหลายประการ คือ

1. เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเร็วมาก อวัยวะที่เจริญมากที่สุดระยะนี้ คือ สมอง ฉะนั้นถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและสติปัญญาเด็ก ซึ่งสามารถแก้ไขได้น้อยหรือไม่ได้เลย
2. เป็นวัยที่มีอัตราการตายสูงกว่าวัยอื่น เป็นวัยที่เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากร่างกายยังไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันโรคได้ดี และภูมิคุ้มกันโรคบางอย่างไม่สามารถถ่ายทอดมาจากแม่ได้
3. เป็นวัยที่เริ่มมีการพัฒนาทางบุคลิกภาพที่สำคัญ อันจะเป็นรากฐานของบุคลิกภาพที่ดีต่อไปอนาคต เด็กที่มีความสัมพันธ์อันดีกับพ่อแม่ และครอบครัว ได้รับความรัก ความอบอุ่นและการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี จะทำให้เป็นคนมองโลกในแง่ดีเป็นมิตรและมีความรักให้กับตนเองและผู้อื่น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดูแลสุขภาพของเด็กวัยนี้อย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง เด็กจึงควรได้รับการอบรมเลี้ยงดูและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ให้มีพัฒนาการอย่างเป็นองค์รวม หมายถึง พัฒนาการทางร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์และสังคม จากพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กและผู้เกี่ยวข้อง

#### วัตถุประสงค์ของการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ

1. การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ตามบริการมาตรฐานเด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมให้มีสุขภาพดีทุกด้าน เช่น ด้านพัฒนาการ ภาวะโภชนาการสุขภาพกายและทันตสุขภาพ หากพบความผิดปกติจะได้ให้การช่วยเหลือหรือแนะนำตั้งแต่แรกเริ่ม พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กได้รับความรู้และทักษะการอบรมเลี้ยงดู เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีในทุกด้านตั้งแต่แรกเกิด
2. การลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความผิดปกติที่เป็นปัญหาต่อการเติบโตและพัฒนาการเด็ก

3. เฝ้าระวังและวินิจฉัยโรคแต่เริ่มแรก และให้การรักษาทันที เช่น ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด การมองเห็น การได้ยิน ภาวะโลหิตจาง การติดเชื้อ การรับวัคซีนป้องกันโรคครบตามเกณฑ์

### หลักการดำเนินการให้บริการ

1. ลงทะเบียน/การซักประวัติ
  - บันทึกชื่อ-สกุล ที่อยู่
  - ประวัติสุขภาพแรกเกิด
  - การเจ็บป่วย
  - การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
  - การรับภูมิคุ้มกัน
  - การปัญหาการเลี้ยงดูเด็ก
  - ปัญหาพฤติกรรม
2. การตรวจร่างกาย ตรวจร่างกายตามระบบ การได้ยิน รวมถึงการตรวจสุขภาพช่องปาก
3. การประเมินภาวะโภชนาการ และแปลผล (Weight for age, Height for age, Weight for Height) แจ้งผลการประเมิน แนะนำผู้ปกครองเฝ้าระวัง แก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการและการส่งเสริมภาวะโภชนาการติดตามต่อเนื่องเมื่อพบ ปัญหาภาวะโภชนาการผิดปกติ
4. การประเมินพัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปี และแปลผล โดยใช้คู่มือDSPM( เล่มสีขาว )ในกรณีเด็กกลุ่มปกติ และ DAIM (เล่มสีเขียว) ในกรณีเด็กกลุ่มเสี่ยง(เด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมและเด็กขาดออกซิเจนเมื่อแรกคลอด) แจกคู่มือเมื่อแรกคลอดที่ห้องคลอดรพ.นาแก โดยเจ้าหน้าที่ประเมินและบันทึกใน 4 ช่วงอายุคือ 9,18,30 และ 42 เดือนช่วงอายุอื่นๆประเมิน เฝ้าระวังพัฒนาการโดยพ่อแม่ ผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่ เมื่อพบสงสัยล่าช้าให้คำแนะนำกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำ 1 เดือน พัฒนาการปกติ แนะนำ 2ก 2ล กระตุ้นพัฒนาการต่อเนื่อง ถ้ายังสงสัยล่าช้าส่งเพื่อพบแพทย์รพช. กระตุ้นพัฒนาการโดยเครื่องมือ TDSI 300 ข้อ,TEDA4I 145 ข้อ นัดประเมินซ้ำ 3 เดือนถ้าปกติส่งต่อ รพ.สต.ดูแลกระตุ้นพัฒนาการต่อเนื่อง แนะนำส่งเสริมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ แนะนำ 2ก2ล ถ้าผิดปกติรพช. ส่ง รพท./รพศ. หรือรพ.จิตเวชราชชนรินทร์จังหวัดนครพนม เพื่อพบจิตแพทย์
5. การตรวจพิเศษตามช่วงอายุ
  - เจาะ Hct ( เด็ก อายุ 9 เดือน ต่ำกว่า 33 เปอร์เซ็นต์ ส่งพบแพทย์ )
  - ตรวจ UA ( เด็กอายุ 4 ปี ในรพ.สต.ใช้สตริปแบบ 10 แถบจุ่ม ตรวจหาLecocyte,Nitite,Albumin,Sugar และความผิดปกติอื่นๆ พร้อมซักประวัติมีอาการข้างเคียงเช่น มีไข้ ปัสสาวะบ่อยแสบขัด บวมผิดปกติ ส่งรพช. ตามCPG ในนโยบายาส่งตรวจ UA เด็ก 4 ปี ทุกราย ผลผิดปกติส่งพบแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก )
  - วัดความดันโลหิต (เด็กอายุ 4 ปี พบ Systolicpressure130 mmhgขึ้นไป/ Diastolicpressure 80 mmhg ขึ้น ไป ส่งแพทย์)
  - วัด VA โดยใช้รูป E-chat หรือรูปภาพ ( เด็ก 4-5 ปี )
5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามช่วงอายุและให้คำแนะนำหลังรับวัคซีน การนัดหมายครั้งต่อไป เน้นการสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อนหลังให้วัคซีน 30 นาที ก่อนกลับบ้าน

6. การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก อายุ 6 เดือนถึง 5 ปี
7. การให้ความรู้ตามแนวทางโรงเรียนพ่อแม่และให้คำแนะนำล่วงหน้าตามช่วงอายุ (อย่างน้อย 2 ครั้ง) โดยมีเนื้อหาครอบคลุมดังต่อไปนี้
  - การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่/อาหารเสริมตามวัย
  - การส่งเสริมพัฒนาการและวิธีประเมินพัฒนาการ
  - การประเมินการเจริญเติบโต
  - การป้องกันอุบัติเหตุตามวัย
  - วัคซีนตามวัย และการดูแลหลังรับวัคซีน
  - การดูแลอนามัยช่องปาก
8. การมอบหนังสือนิทานและแนะนำผู้ปกครองอ่านให้เด็กฟังกระตุ้นพัฒนาการตามวัย (นิทานตั้งไข่เล่มมอแรก คลอด ,นิทานตีกตอกเมื่ออายุครบ 6 เดือนและนิทานอิสปเมื่ออายุครบ 1 ปี 6 เดือน )
9. การจัดทำทะเบียนติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยง เช่น พัฒนาการช้า LBW HIV ธารัสซีเมีย ดาวน์ซินโดรม Birth asphyxia หรือเด็กผอม อ้วน เตี้ย
10. ส่งต่อกรณีผิดปกติ / นัดหมายครั้งต่อไป

### การจัดระบบการบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ

#### 1. ระบบบริการ

สถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง มีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน แต่บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับความเหมาะสมของสถานที่ สัดส่วนของบุคลากรต่อจำนวนผู้รับบริการและทรัพยากร โดยคำนึงถึงความเหมาะสมครบถ้วน ความถูกต้องของการให้บริการที่เด็กควรได้รับ โดยผสมผสานงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การค้นหาปัญหาของเด็กและครอบครัวการให้คำแนะนำที่เหมาะสมและส่งต่อเมื่อมีปัญหา

#### 2. สถานที่

คลินิกสุขภาพเด็กดีควรจัดเป็นสัดส่วนแยกออกจากคลินิกเด็กป่วย เพื่อไม่ให้เด็กที่มีสุขภาพดีคลุกคลีกับเด็กป่วย รวมทั้งแยกอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ในการบริการ

#### 3. เครื่องมือและของใช้

เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับตรวจร่างกาย การประเมินการเจริญเติบโต การคัดกรองพัฒนาการของเด็ก ได้แก่

- เครื่องชั่งน้ำหนักเด็กเล็ก ชนิดนอน
- เครื่องชั่งน้ำหนักเด็กโตชนิดยืน
- ที่วัดความยาวเด็กชนิดนอนสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และที่วัดส่วนสูงสำหรับเด็กโต
- สายวัดขนาดรอบวงศีรษะ และรอบอก
- ชุดประเมินพัฒนาการเด็ก (มีกระดิ่งสำหรับทดสอบการได้ยิน)
- Chart วัดสายตา เด็กเล็ก และเด็กโต
- แปรงสีฟัน
- ไม้กดลิ้น
- ไฟฉาย

- หูฟัง (Stethoscope)
- สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- อุปกรณ์สื่อการสอนสำหรับโรงเรียนพ่อแม่ เช่น แผ่นพับ, ภาพพลิก, โปสเตอร์, หุ่นจำลอง หนังสือนิทาน, ซีดี ฯลฯ

### กิจกรรมการให้บริการในคลินิกเด็กดี

1. ลงทะเบียน/การซักประวัติ
  - บันทึกชื่อ-สกุล ที่อยู่
  - ประวัติสุขภาพแรกเกิด
  - การเจ็บป่วย
  - การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
  - การรับภูมิคุ้มกัน ประวัติ AF
  - การปัญหาการเลี้ยงดูเด็ก
  - ปัญหาพฤติกรรม
2. การตรวจร่างกาย (ตามขีดความสามารถของสถานบริการสาธารณสุข)  
ตรวจร่างกายตามระบบ การได้ยิน การมองเห็นรวมถึงการตรวจสุขภาพช่องปาก
3. การประเมินภาวะโภชนาการ และแปลผล (Weight for age, Hight for age, Weight for Hight)
4. การประเมินพัฒนาการ และแปลผล ( คู่มือDSPM และคู่มือDAIM )
5. การตรวจพิเศษตามช่วงอายุ
  - Hct (เด็ก อายุ 1 ปี ต่ำกว่า 30 เปอร์เซ็นต์ ส่งรพช.)

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การตัดสินภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก

| กลุ่มวัย   | ช่วงอายุ (ปี) | ฮีโมโกลบิน(กรัม/เดซิลิตร)<br>ต่ำกว่า | Hemacrit(%)ต่ำกว่า |
|------------|---------------|--------------------------------------|--------------------|
| เด็กปฐมวัย | 0-5           | 11                                   | 33                 |

-ตรวจตาโดยใช้รูป E-chat หรือรูปภาพ (เด็กอายุ 4-5 ปี)

เกณฑ์ในการส่งต่อคือ

- ระดับสายตาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20/50 ในตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง
- ระดับสายตาทั้ง 2 ข้างอ่านได้ผลต่างกันมากกว่าหรือเท่ากับ 2 แถว
- สังเกตเห็นอาการผิดปกติ เช่น การมองอย่างไร้จุดหมาย ตาการะตุก การไม่ตอบสนองต่อแสงหรือวัตถุ

ตาเหล่เข้เข้าหรือเข้ออก

-UA (เด็กอายุ 4 ปี โดยใช้สตริป ตรวจหาLymphocyte,Nitryte พร้อมซักประวัติมีอาการข้างเคียงเช่นมีไข้ ปัสสาวะบ่อยแสบขัด ส่งรพช.)

-วัดความดันโลหิต (เด็กอายุ 4 ปี พบSystolicpressure130 mmhgขึ้นไป/ Diastolicpressure 80 mmhg ขึ้นไป ส่ง รพช.)

6. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เน้นการสังเกตอาการหลังให้วัคซีน 30 นาที (ตามเกณฑ์อายุ)

**ตารางที่ 2** กำหนดการให้วัคซีนแก่เด็ก ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข  
ปีงบประมาณ 2561

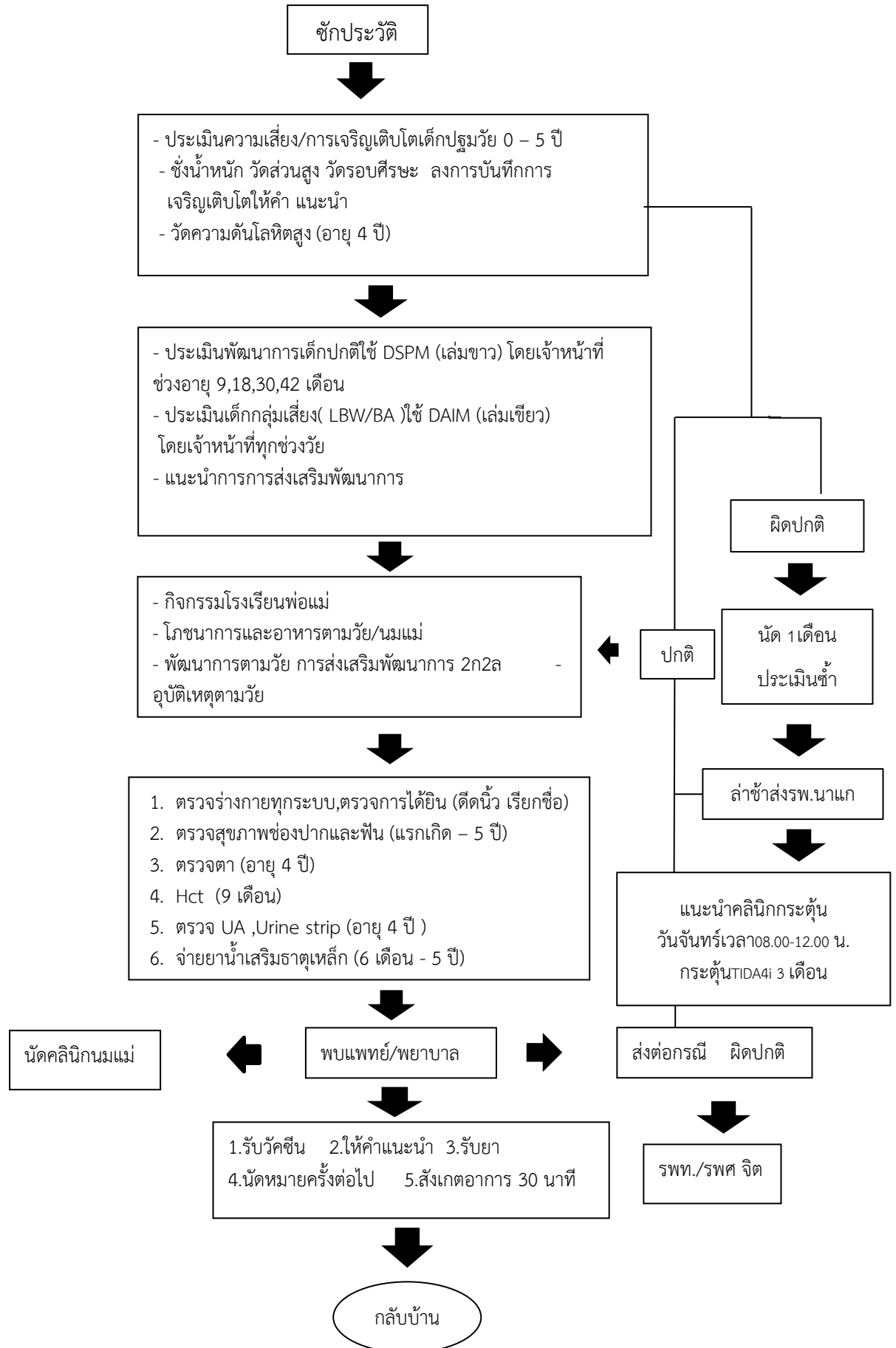
| อายุ                | วัคซีนที่ให้                        | ปริมาณที่ให้  | ข้อแนะนำ  |
|---------------------|-------------------------------------|---|---|
| แรกเกิด             | BCG<br>HB1                          | 0.1 ml ID<br>0.5 ml IM  | ฉีดให้เด็กก่อนออกจากโรงพยาบาล<br>HB1 ควรให้เร็วที่สุดภายใน 24 ชม.หลังคลอด   |
| 1 เดือน             | HB2                                 | 0.5 ml IM   | เฉพาะรายที่มารดาเป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบี<br>หรือ<br>น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,000 กรัม   |
| 2 เดือน             | DTP-HB1<br>OPV1                     | 0.5 ml IM<br>1-2 หยด oral   |   |
| 4 เดือน             | DTP-HB2<br>OPV2<br>IPV              | 0.5 ml IM<br>1-2 หยด oral<br>0.5 ml IM                                  | IPV Single dose ฉีด 1 เข็มพร้อมกับโพลีโอ<br>ชนิดหยอด 1 ครั้ง  |
| 6 เดือน             | DTP-HB3<br>OPV3                     | 0.5 ml IM<br>1-2 หยด oral   |   |
| 9 เดือน             | MMR1                                | 0.5 ml SC   | หากไม่ได้ให้เมื่ออายุ 9 เดือนรีบติดตามฉีดเร็ว<br>ที่สุด   |
| 1 ปี                | LAJE1                               | 0.5 ml SC   |   |
| 1 ปีครึ่ง           | DTP4,OPV4                           | 0.5 ml IM,1-2 หยด oral  |   |
| 2 ปีครึ่ง           | LAJE2,MMR2                          | 0.5 ml SC   |   |
| 4 ปี                | DTP5,OPV5                           | 0.5 ml IM,1-2 หยด oral  |   |
| 7 ปี (ป.1)          | MR<br>LAJE<br>BCG<br>dT, OPV<br>IPV | 0.5 ml SC<br>0.5 ml SC<br>0.1 ml ID<br>0.5 ml IM,1-2 หยด oral<br>0.5 ml | เฉพาะรายที่ได้รับไม่ครบตามเกณฑ์<br>เฉพาะรายที่ได้รับไม่ครบตามเกณฑ์<br>ให้ในกรณีไม่มีหลักฐานว่าเคยได้รับและไม่มี<br>ผลเป็น<br>เฉพาะรายที่ได้รับไม่ครบตามเกณฑ์<br>เฉพาะรายที่ได้รับไม่ครบตามเกณฑ์ |
| 11ปี นร.หญิง<br>ป.5 | HPV1,HPV2                           | 0.5 ml IM   | ให้ 2 เข็มห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน  |
| 12 ปี(ป.6)          | dT                                  | 0.5 ml IM   | ตามแผนปฏิบัติงานฉีดวัคซีนนักเรียนชั้น ป.6   |

**ตารางที่ 3** กำหนดการให้วัคซีนแก่เด็กที่มารับวัคซีนล่าช้า

| ครั้งที่ | ช่วงอายุ 1 – 6 ปี        |                  | อายุตั้งแต่ 7 ปี ขึ้นไป  |              | ข้อแนะนำ  |
|----------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------|---|
|          | เดือนที่                 | วัคซีน           | เดือนที่                 | วัคซีน       |   |
| 1        | 0<br>เมื่อพบเด็กครั้งแรก | DTP-HB1,OPV1,IPV | 0<br>เมื่อพบเด็กครั้งแรก | dT1,OPV1     | *ให้ในกรณีไม่มี<br>หลักฐานการฉีด/ไม่มี<br>แผลเป็น |
|          |                          | MMR1             |                          | MR/MMR       |   |
|          |                          | BCG*             |                          | BCG*         |   |
| 2        | 1                        | DTP-HB2,OPV2     | 1                        | HB1          |   |
|          |                          | LAJE1            |                          | LAJE1        |   |
| 3        | 2                        | MMR2             | 2                        | dT2,OPV2,HB2 |   |
| 4        | 4                        | DTP-HB4,OPV4     | 7                        | HB3          |   |
| 5        | 12                       | DTP-HB4,OPV4     | 12                       | dT3,OPV3     |   |
|          |                          | LAJE2            |                          | LAJE2        |   |

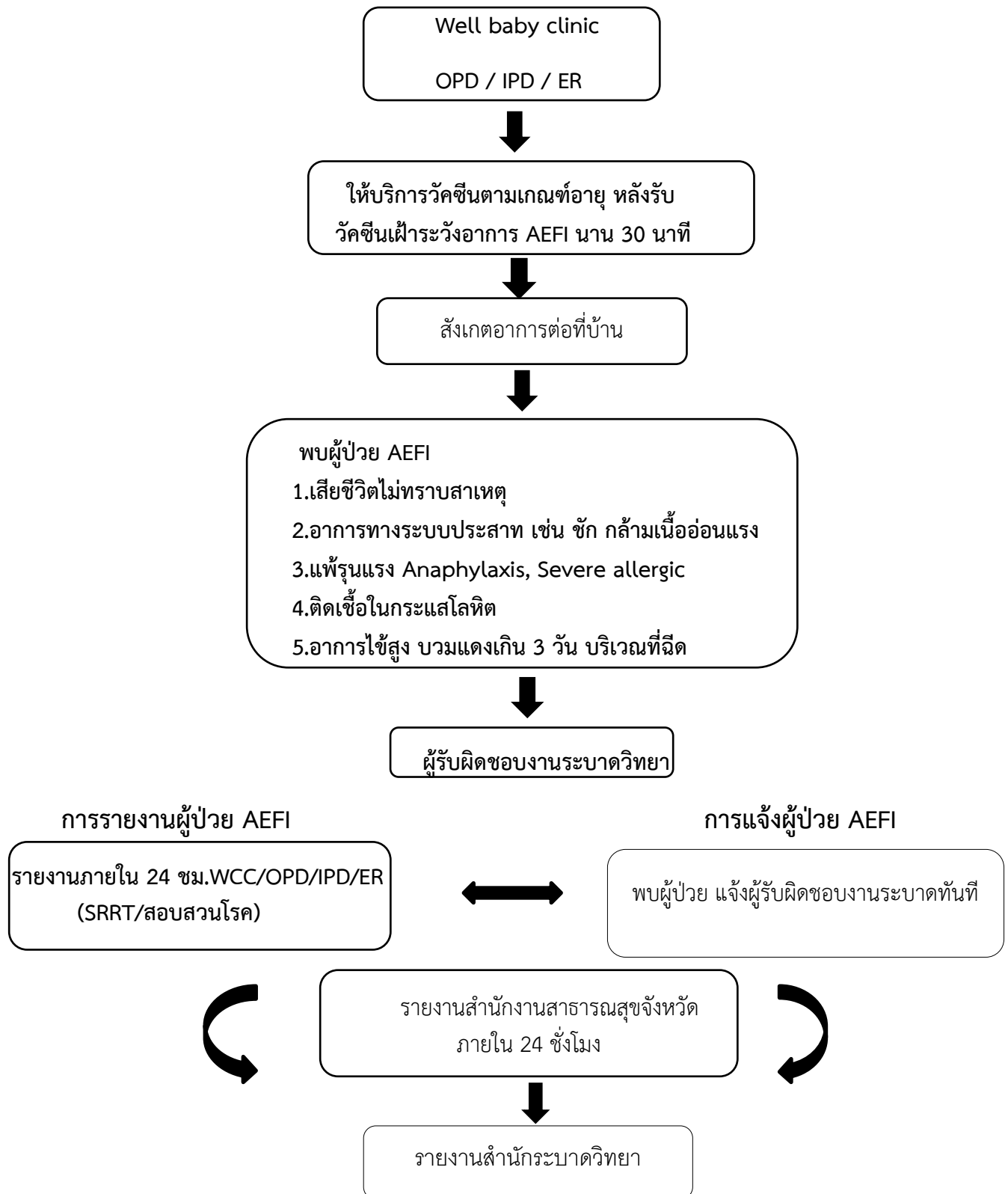
7. การจ่ายยาต้านเสริมธาตุเหล็ก (อายุ 6 เดือนถึง 5 ปี) คือ
  - เด็ก 6 เดือน – 2 ปี ให้ขนาด 12.5 mg ( 3ซีซี ต่อสัปดาห์ )
  - เด็กอายุ 3-5 ปี ให้ขนาด 25 mg ( 6ซีซี ต่อสัปดาห์ )
8. การให้ความรู้ตามแนวทางโรงเรียนพ่อแม่และให้คำแนะนำล่วงหน้าตามช่วงอายุ (อย่างน้อย 2 ครั้ง)
9. การมอบหนังสือนิทานกระตุ้นพัฒนาการตามวัย (ตั้งไข่ล้มแจกเมื่อแรกคลอด ตีกลิ้งเมื่ออายุครบ 6 เดือน นิทานอิสปเมื่ออายุครบ 1 ปี 6 เดือน )
10. ส่งต่อกรณีผิดปกติ, ตามความต้องการของผู้ปกครองและญาติ
11. นัดหมายครั้งต่อไป

## ขั้นตอนการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี คปสอ.นาแก

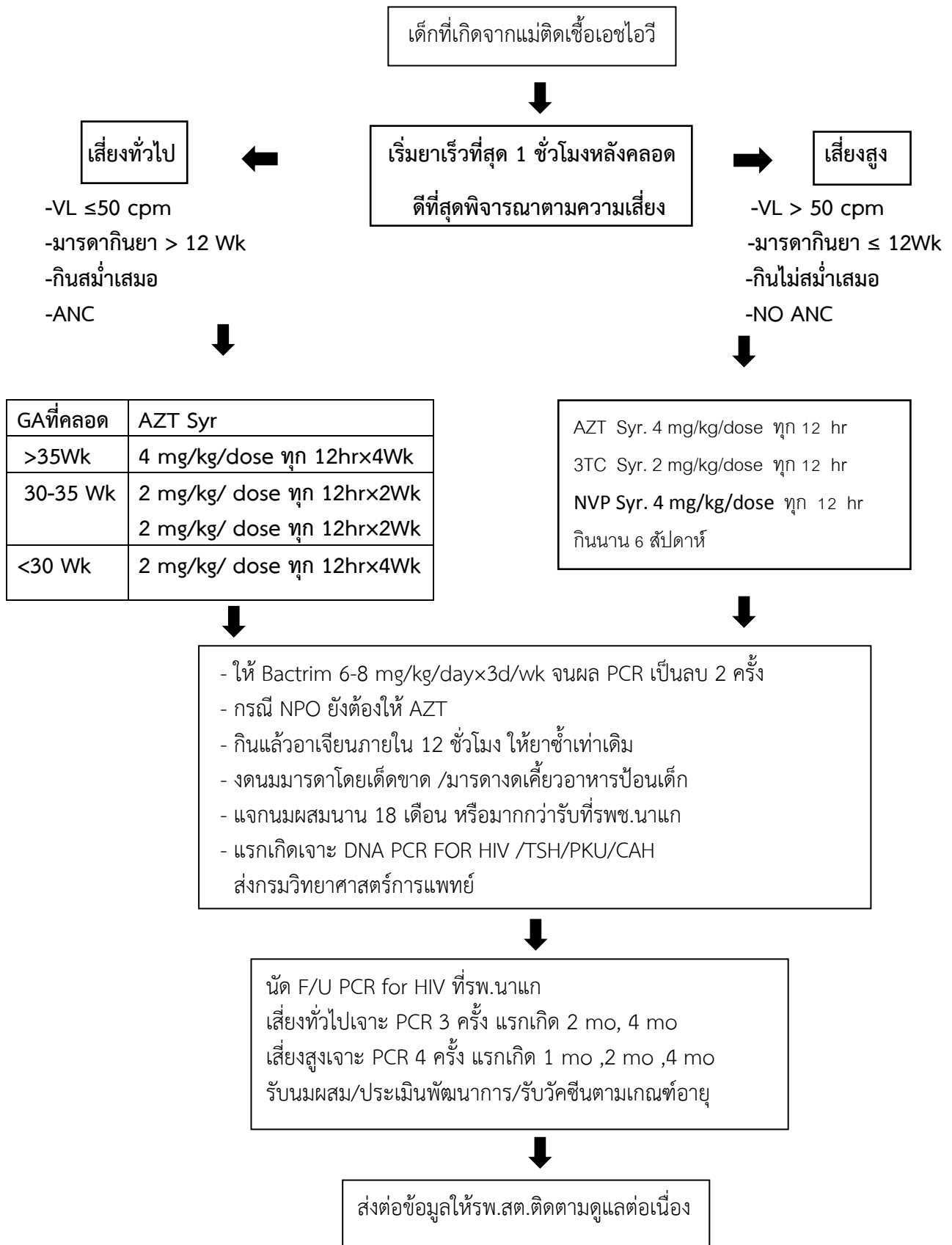




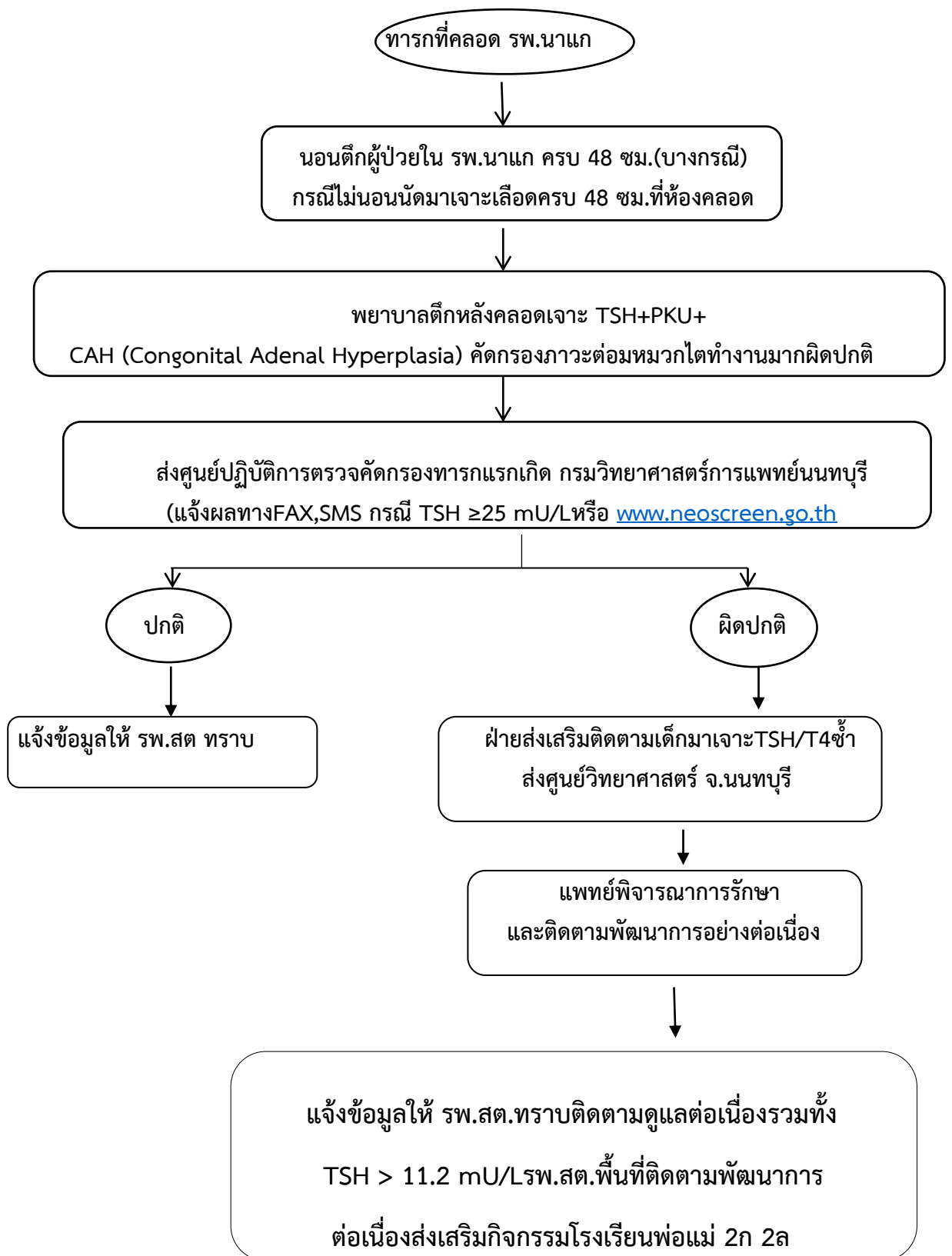
แนวทางการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังรับวัคซีนคปส.นาแก



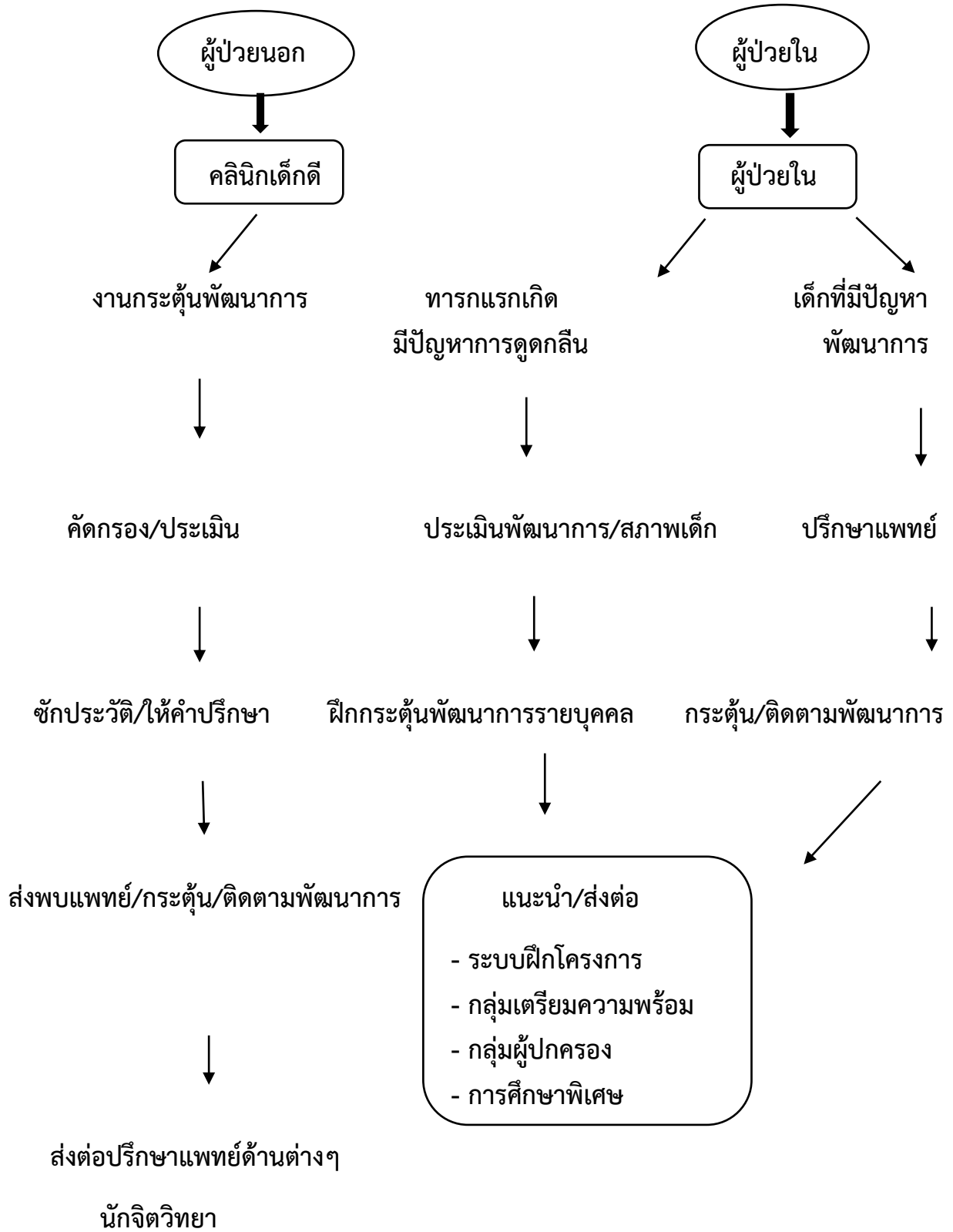
## แนวทางการดูแลเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี



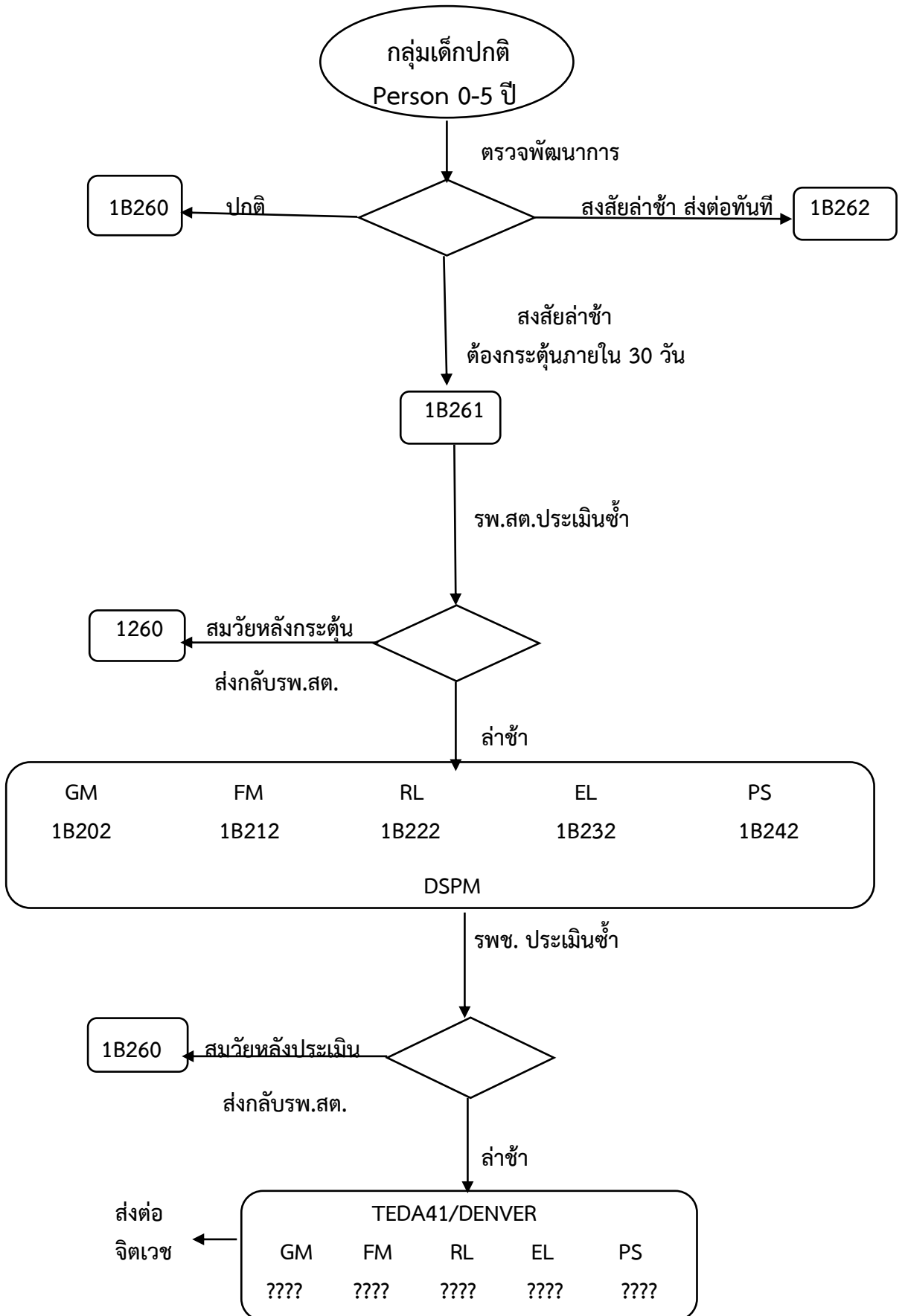
แนวทางการคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน  
แต่กำเนิดและการดูแลเด็กต่อเนื่อง



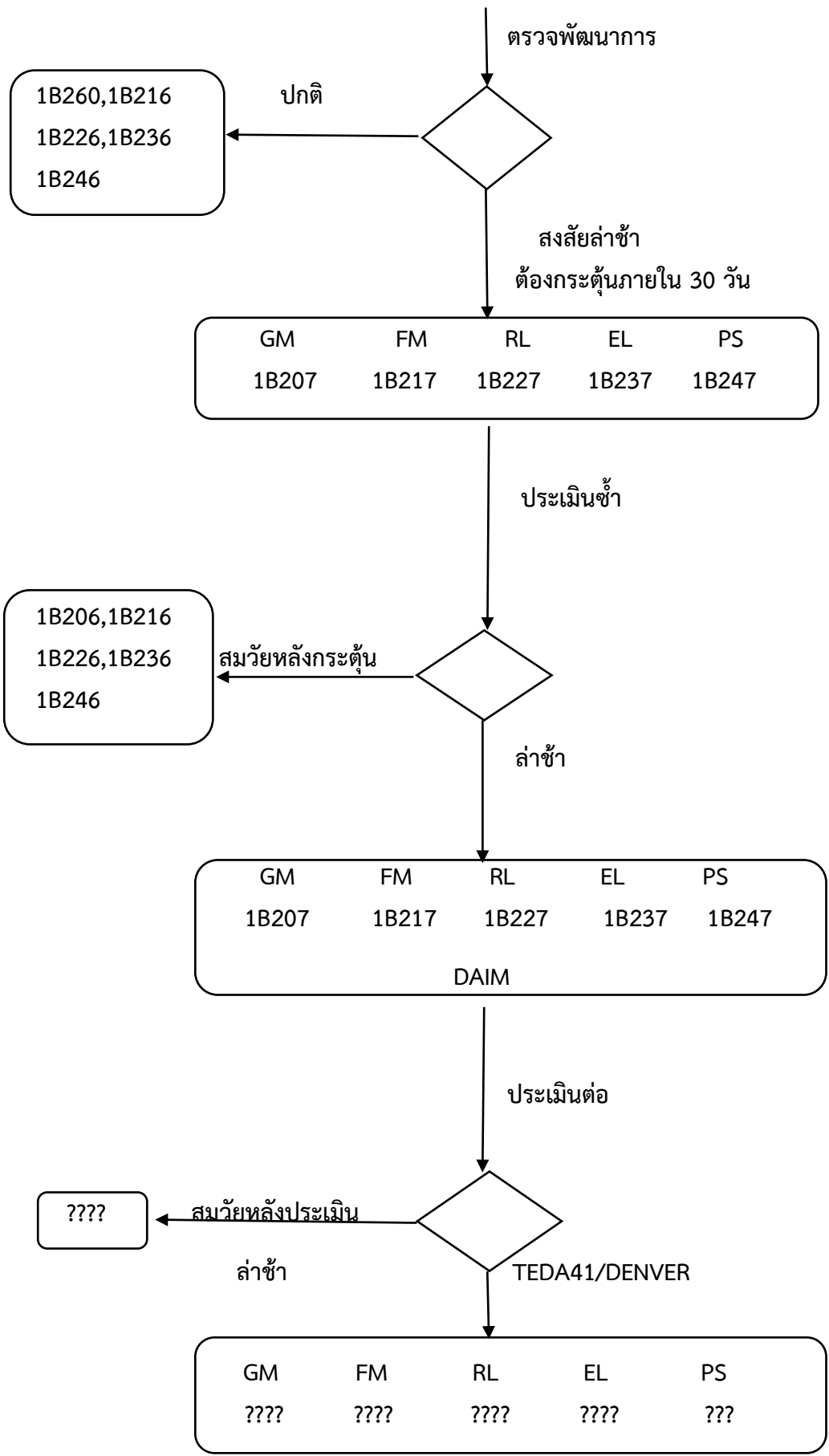
แนวทางการช่วยเหลือเด็กกลุ่มอาการดาวน์



การบันทึกข้อมูลพัฒนาการเด็กกลุ่มปกติ



### การบันทึกข้อมูลพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง LWB/Birth Asphyxia



แนวทางการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก

เด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ทุกราย  
ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก

เด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี HEMONIC Syr. ขนาด 0.5 cc ทุกวัน  
หรือ 3 cc สัปดาห์ละครั้ง

เด็กอายุ 3 ปีถึง 5 ปีให้ HEMONIC Syr. 1 cc ทุกวัน  
หรือ 6 cc สัปดาห์ละครั้ง

เด็กอายุ 9 เดือน ตรวจ Hct

Hct. ≥ 33vol. %

Hct. ≤ 33vol. %

HEMONIC 3 cc. bid

นัด 1 เดือน

Repeat Hct เพิ่มขึ้น > 3 %

ไม่ใช่

Therapeutic trial  
ให้ Ferrous sulfate ทุกวัน  
4-6- mg of  
elemental  
iron/kg/day  
for 1 mo

พบแพทย์ รพ.นาแก

หาสาเหตุภาวะซีดอย่างอื่นเช่น  
Hemoglobin Typing

เด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี  
( เริ่มให้ 6 เดือน )  
ให้ 1mg.of elemental  
iron/kg/dayหรือ 12.5mg  
HEMONIC 15 cc.มี FERRIC  
AMMONIUM CITRATE 70.95 mg  
1 cc. มี FERRIC 4.73 mg  
2 cc. มี FERRIC 9.46 mg.  
3 cc. มี FERRIC 14.19 mg.  
4 cc. มี FERRIC 18.92 mg.  
5 cc. มี FERRIC 23.65 mg.  
6 cc. มี FERRIC 28.38 mg.

Iron Deficiency anemia  
ให้ยาเสริมธาตุเหล็กต่อไป

ใช่

ไม่ใช่

ไม่ใช่

ไม่ใช่

ไม่ใช่

ไม่ใช่

ไม่ใช่

# ภาคผนวก



## แบบคัดกรองโรคออทิซึมในเด็กอายุ 1-6 ปี

|                          |  |   |   |        |
|--------------------------|--|---|---|--------|
| ชื่อเด็ก.....            | เลขบัตรประชาชน.....                          | เพศ   | 1 ชาย                                     | 2 หญิง |
| HN.....                  | สถานบริการ.....                              | อำเภอ.....  | จังหวัด.....                              |        |
| วัน/เดือน/ปีเกิด.....    | อายุ.....                                    | ปี  | เดือน                                     |        |
| ที่อยู่.....             | โทรศัพท์.....                                |   |   |        |
| ผู้ตอบ                   | <input type="checkbox"/> 1 บิดา              | <input type="checkbox"/> 2 มารดา                  | <input type="checkbox"/> 3ญาติ/ผู้ปกครอง  |        |
| การศึกษาผู้ตอบ           | <input type="checkbox"/> 1 ประถม             | <input type="checkbox"/> 2 มัธยมต้น               | <input type="checkbox"/> 3 มัธยมปลาย/ปวช. |        |
|                          | <input type="checkbox"/> 4 ปริญญาตรี/สูงกว่า | <input type="checkbox"/> 5 อื่นๆ .....ไม่ได้เรียน |   |        |
| ผู้อ่านหนังสือออกหรือไม่ | <input type="checkbox"/> 1. อ่านไม่ออก       | <input type="checkbox"/> 2 อ่านออก                |   |        |

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องสี่เหลี่ยมหลังข้อความแต่ละข้อ โดยเลือกคำตอบที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมของเด็กมากที่สุด  
กรุณาทำทุกข้อ

| พฤติกรรม  | ใช่/ทำบ่อย                 | ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ           |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. ยิ้มเวลาเห็นหน้าคุณ หรือยิ้มตอบเวลาเห็นคุณยิ้ม   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 2. ชี้หรือแสดงท่าทางบอกความต้องการ  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 3. อวดของเล่นหรือสิ่งที่คุณชอบให้คนอื่นดู   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 4. ชอบเล่นคนเดียวหรืออยู่กับคนเดียวตามลำพัง   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 5. หันหน้ามามองเมื่อคุณเรียกชื่อ  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 6. เวลาชี้ให้ดูสิ่งต่างๆ เด็กสนใจมองตาม   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 7. มองหน้า สบตาเวลาที่คุณพูดคุยหรือเล่นด้วย   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 8. ทำท่าทาง (เช่น สะบัดมือ เขย่งเท้า หมุนตัว ฯลฯ) ซ้ำ ๆ   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9. เล่นสมมติ เช่น ทำท่าป้อนข้าวตุ๊กตา เล่นขายของ ทำท่าโทรศัพท์  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 10. พูดซ้ำ หมายถึง ยังทำไม่ได้ในข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้<br>ก. ไม่พูดคำเดียวที่มีความหมาย เช่น แม่, หม่า เมื่ออายุ 18 เดือน<br>ข. ไม่พูดเป็นกลุ่มคำที่มีอย่างน้อย 2 คำ ต่อกันเช่น กินข้าว | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| <b>คะแนนรวม</b>   | <b>=</b>                   | <b>คะแนน</b>               |

**หมายเหตุ**

ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเลือกคำตอบที่ใกล้เคียงพฤติกรรมของเด็กมากที่สุด

การให้คะแนน ให้ 0 คะแนนสำหรับคำตอบว่า **ใช่/ทำบ่อย**

ให้ 1 คะแนนสำหรับคำตอบว่า **ไม่ใช่/ไม่ค่อยทำ**

คะแนนเต็ม 10 คะแนน

**การแปลผล** ถ้าได้คะแนนมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป ถือว่าเสี่ยงที่จะเป็นโรคออทิซึม (PDDs)

**ผลการตรวจ**  ปกติ  ผิดปกติ  พบแพทย์

แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กอายุ 1-3 ปี  
 รพ./รพ.สต..... อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

ชื่อ-สกุล.....อายุ..... ปี  
 ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
 ครั้งที่ประเมิน.....วันที่.....

ความหมาย

พฤติกรรมการบริโภคอาหารแต่ละข้อนั้น หมายถึง พฤติกรรมที่เหมาะสม หากพฤติกรรมในข้อใดไม่ปฏิบัติ แสดงว่า ต้องปรับปรุง พฤติกรรมในเรื่องนั้น

วิธีประเมิน

- ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา
- ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติในพฤติกรรมแต่ละข้อ ถ้าไม่ปฏิบัติ ให้ดูว่าสิ่งที่ทำนั้นน้อยกว่าหรือมากกว่าจาก

ที่แนะนำ

| พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม   | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ |         |
|--|---------|------------|---------|
|  |         | น้อยกว่า   | มากกว่า |
| 1. กินอาหารเข้าที่มีกลุ่มอาหารอย่างน้อย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มข้าว-แป้งและเนื้อสัตว์ หรือกลุ่มข้าว-แป้งและนม ทุกวัน   |         |            |         |
| 2. กินอาหารหลัก วันละ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) ทุกวัน  |         |            |         |
| 3. กินอาหารว่าง วันละ 2 ครั้ง (ช่วงสายและช่วงบ่าย) ทุกวัน  |         |            |         |
| 4. ปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละกลุ่ม  |         |            |         |
| 4.1 กินอาหารกลุ่มข้าว-แป้ง วันละ 3 ทัพพี ทุกวัน  |         |            |         |
| 4.2 กินอาหารกลุ่มผัก วันละ 2 ทัพพี ทุกวัน  |         |            |         |
| 4.3 กินอาหารกลุ่มผลไม้ วันละ 3 ส่วน ทุกวัน   |         |            |         |
| 4.4 กินอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ วันละ 3 ซ้อนกินข้าว ทุกวัน   |         |            |         |
| 4.5 ดื่มนม <ul style="list-style-type: none"> <li>นมรสจืด วันละ 2-3 แก้วหรือกล่อง ทุกวัน สำหรับเด็กไม่อ้วน และเด็กอ้วนอายุ 1-2 ปี</li> <li>นมพร้อมไขมัน/นมขาดมันเนย วันละ 2-3 แก้วหรือกล่อง ทุกวัน สำหรับเด็กอ้วนอายุ 3 ปี</li> </ul>  |         |            |         |
| 5. กินปลา สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 วัน   |         |            |         |
| 6. กินไข่ สัปดาห์ละ 3-7 วัน ๆ ละ 1 ฟอง   |         |            |         |
| 7. กินอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็ก เช่น ตับ เลือด เป็นต้น สัปดาห์ละ 1-2 วัน  |         |            |         |
| 8. กินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก (เลือกให้ตรงตามภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก) <ul style="list-style-type: none"> <li>สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ซ้อนชา สำหรับเด็กที่มีการเจริญเติบโตดี</li> <li>ทุกวัน ๆ ละ 1 ซ้อนชา สำหรับเด็กที่ขาดอาหารและกลุ่มเสี่ยง เป็นเวลา 1 เดือน</li> </ul>   |         |            |         |
| 9. กินอาหารประเภทผัด ทอด และกะทิ (เลือกให้ตรงตามภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก) <ul style="list-style-type: none"> <li>ไม่มากกว่า 4 อย่างต่อวัน สำหรับเด็กที่มีการเจริญเติบโตดี</li> <li>ไม่มากกว่า 3 อย่างต่อวัน สำหรับเด็กอ้วนและกลุ่มเสี่ยง</li> <li>มากกว่า 4 อย่างต่อวัน สำหรับเด็กขาดอาหารและกลุ่มเสี่ยง</li> </ul> |         |            |         |
| 10. ไม่กินเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู คอหมู หนังไก่ หนังเป็ด เป็นต้น  |         |            |         |
| 11. ไม่กินขนมที่มีรสหวาน เช่น ไอศกรีมหวานเย็น ช็อคโกแลต หมากฝรั่ง ลูกอม เยลลี่ เป็นต้น   |         |            |         |
| 12. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน โกโก้เย็น ชาเย็น น้ำปั่น น้ำผลไม้ นมเปรี้ยว เป็นต้น  |         |            |         |
| 13. ไม่กินขนมเบเกอรี่ เช่น เค้ก พาย โดนัท เป็นต้น  |         |            |         |
| 14. ไม่กินขนมขบเคี้ยว เช่น ปลาเส้นปรุงรส มันฝรั่งทอด ขนมปังเวเฟอร์ ขนมปังแท่ง เป็นต้น  |         |            |         |
| 15. ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว แม็กกี้ ในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว ทุกครั้ง   |         |            |         |
| 16. ไม่เติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว   |         |            |         |

**แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กอายุ 4-5 ปี**  
**รพ./รพ.สต..... อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม**

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี  
 ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
 ครั้งที่.....วันที่.....

**ความหมาย**

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารแต่ละข้อนั้น หมายถึง พฤติกรรมที่เหมาะสม หากพฤติกรรมในข้อใดไม่ปฏิบัติ แสดงว่า ต้องปรับปรุงพฤติกรรมในเรื่องนั้น

**วิธีประเมิน**

1. ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา
2. ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติในพฤติกรรมแต่ละข้อ ถ้าไม่ปฏิบัติ ให้ดูว่าสิ่งที่ทำนั้นน้อยกว่าหรือมากกว่าจาก

ที่แนะนำ

| พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม   | ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ |         |
|--|---------|------------|---------|
|  |         | น้อยกว่า   | มากกว่า |
| 1. กินอาหารเช้าที่มีกลุ่มอาหารอย่างน้อย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มข้าว-แป้งและเนื้อสัตว์ หรือกลุ่มข้าว-แป้งและนม ทุกวัน   |         |            |         |
| 2. กินอาหารหลัก วันละ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) ทุกวัน  |         |            |         |
| 3. กินอาหารว่าง วันละ 2 ครั้ง (ช่วงสายและช่วงบ่าย) ทุกวัน  |         |            |         |
| 4. ปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละกลุ่ม  |         |            |         |
| 4.1 กินอาหารกลุ่มข้าว-แป้ง วันละ 5 ทัพพี ทุกวัน  |         |            |         |
| 4.2 กินอาหารกลุ่มผักวันละ 3 ทัพพี ทุกวัน   |         |            |         |
| 4.3 กินอาหารกลุ่มผลไม้ วันละ 3 ส่วน ทุกวัน   |         |            |         |
| 4.4 กินอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ วันละ 3 ช้อนกินข้าว ทุกวัน   |         |            |         |
| 4.5 ดื่มนม <ul style="list-style-type: none"> <li>• นมสดรสจืด วันละ 2-3 แก้วหรือกล่อง ทุกวัน สำหรับเด็กไม่อ้วน</li> <li>• นมพร่องมันเนย/นมขาดมันเนย วันละ 2-3 แก้วหรือกล่อง ทุกวัน สำหรับเด็กอ้วน</li> </ul>   |         |            |         |
| 5. กินปลาสดหั่นอย่างน้อย 3 วัน   |         |            |         |
| 6. กินไข่ สัปดาห์ละ 3-7 วัน ไข่ 1 ฟอง  |         |            |         |
| 7. กินอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็ก เช่น ตับ เลือด เป็นต้น สัปดาห์ละ 1-2 วัน  |         |            |         |
| 8. กินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก (เลือกให้ตรงตามภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก) <ul style="list-style-type: none"> <li>• สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ไข่ 1 ช้อนชา สำหรับเด็กที่มีการเจริญเติบโตดี</li> <li>• ทุกวัน ไข่ 1 ช้อนชา สำหรับเด็กที่ขาดอาหารและกลุ่มเสี่ยง เป็นเวลา 1 เดือน</li> </ul>   |         |            |         |
| 9. กินอาหารประเภทผัด ทอด และกะทิ (เลือกให้ตรงตามภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก) <ul style="list-style-type: none"> <li>• ไม่มากกว่า 4 อย่างต่อวัน สำหรับเด็กที่มีการเจริญเติบโตดี</li> <li>• ไม่มากกว่า 2 อย่างต่อวัน สำหรับเด็กอ้วนและกลุ่มเสี่ยง</li> <li>• มากกว่า 4 อย่างต่อวัน สำหรับเด็กขาดอาหารและกลุ่มเสี่ยง</li> </ul> |         |            |         |
| 10. ไม่กินเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู คอหมู หนังไก่ หนังเป็ด เป็นต้น  |         |            |         |
| 11. ไม่กินขนมที่มีรสหวาน เช่น ไอศกรีมหวานเย็น ช็อคโกแลต หมากฝรั่ง ลูกอม เยลลี่ เป็นต้น   |         |            |         |
| 12. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน โกโก้เย็น ชาเย็น น้ำปั่น น้ำผลไม้ นมเปรี้ยว เป็นต้น  |         |            |         |
| 13. ไม่กินขนมเบเกอรี่ เช่น เค้ก พาย โดนัท เป็นต้น  |         |            |         |
| 14. ไม่กินขนมขบเคี้ยว เช่น ปลาเส้นปรุงรส มันฝรั่งทอด ขนมปังเวเฟอร์ ขนมปังแท่ง เป็นต้น  |         |            |         |
| 15. ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว แม็กกี้ ในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว ทุกครั้ง   |         |            |         |
| 16. ไม่เติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว   |         |            |         |

แบบสอบถามผู้รับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี

รพ./รพ.สต..... อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม

วัตถุประสงค์

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ของผู้มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีเพื่อนำผลการประเมินไปพัฒนาปรับปรุงแก้ไขงานให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
2. ระดับความรู้ก่อน-หลังรับบริการ
3. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ตอนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (โปรดทำเครื่องหมาย / หน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง)

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ  < 20 ปี  20-40ปี  41-50ปี  51ปีขึ้นไป
3. วุฒิกการศึกษาสูงสุด  ต่ำกว่าปริญญาตรี  ปริญญาตรี  ปริญญาโท  ปริญญาเอก
4. ประเภทผู้รับบริการ  บิดา-มารดา  ผู้ปกครอง/ญาติ

ตอนที่ 2. ระดับความรู้ของผู้รับบริการ (ระดับความรู้ 5= มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด)

| ประเด็นสอบถามความรู้ผู้รับบริการ                              | ก่อนรับบริการ |   |   |   |   | หลังรับบริการ |   |   |   |   |
|---|---------------|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|
|   | 5             | 4 | 3 | 2 | 1 | 5             | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1.ท่านมีความรู้เรื่องการสอนและการสาธิตการดูแลช่องปาก          |               |   |   |   |   |               |   |   |   |   |
| 2.ท่านมีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่                    |               |   |   |   |   |               |   |   |   |   |
| 3.ท่านมีความรู้เรื่องอาหารเสริมตามวัย                         |               |   |   |   |   |               |   |   |   |   |
| 4.ท่านมีความรู้เรื่องการเจริญเติบโต                           |               |   |   |   |   |               |   |   |   |   |
| 5.ท่านมีความรู้เรื่องการประเมินพัฒนาการเด็ก                   |               |   |   |   |   |               |   |   |   |   |
| 6.ท่านมีความรู้เรื่องการดูแลหลังได้รับวัคซีน                  |               |   |   |   |   |               |   |   |   |   |
| 7.ท่านมีความรู้เรื่องประโยชน์ของสื่อเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก |               |   |   |   |   |               |   |   |   |   |
| 8.ท่านมีความรู้เรื่องอุบัติเหตุที่พบบ่อยในเด็กตามวัย          |               |   |   |   |   |               |   |   |   |   |

ตอนที่ 3. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

ชื่อเด็ก.....วคป.เกิด.....ที่อยู่.....

แบบประเมินพัฒนาการเด็ก อายุ 9 เดือน (วันที่ตรวจ.....)

| ด้าน | ข้อ | รายละเอียด  | ทำได้ | ทำไม่ได้ | แนวทางแก้ไข |
|------|-----|---|-------|----------|-------------|
| GM   | 27  | ลุกขึ้นนั่งได้จากท่านอน   |       |          |             |
| GM   | 28  | ยืนอยู่ได้โดยใช้มือเกาะเครื่องเรือนสูงระดับอก   |       |          |             |
| FM   | 29  | หยิบก้อนไม้จากพื้นและถือไว้มีละก้อน   |       |          |             |
| FM   | 30  | ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วอื่นๆหยิบของขึ้นจากพื้น(ไม่ใช่ฝ่ามือ)                                  |       |          |             |
| RL   | 31  | ทำตามคำสั่งง่ายๆเมื่อใช้ท่าทางประกอบ เช่น โบกมือ ตบมือ (ดูว่าเด็กพยายามยกแขนและเคลื่อนไหวมือ) |       |          |             |
| EL   | 32  | เด็กรู้จักการปฏิเสธด้วยการแสดงท่าทาง(สอบถามผู้ปกครอง)   |       |          |             |
| EL   | 33  | เลียนเสียงคำพูดที่คุ้นเคยได้1เสียง เช่น หม่า ไป (สอบถาม)                                      |       |          |             |
| PS   | 34  | ใช้นิ้วหยิบอาหารกินได้ (สอบถาม)   |       |          |             |

แบบประเมินพัฒนาการเด็ก อายุ 18 เดือน (วันที่ตรวจ.....)

| ด้าน | ข้อ | รายละเอียด  | ทำได้ | ทำไม่ได้ | แนวทางแก้ไข |
|------|-----|---|-------|----------|-------------|
| GM   | 50  | วิ่งได้ (วิ่งตามลูกบอลได้)  |       |          |             |
| GM   | 51  | เดินถือลูกบอลไปได้ไกล3เมตร  |       |          |             |
| FM   | 52  | เปิดหน้าหนังสือที่ทำด้วยกระดาษแข็งที่ละแผ่นได้                                    |       |          |             |
| FM   | 53  | ตอกก้อนไม้ 2 ชิ้น(ทำได้2ใน3ครั้ง)   |       |          |             |
| RL   | 54  | เลือกวัสดุตามคำสั่งได้ถูกต้อง 3 ชนิด(ตุ๊กตาผ้า บอล รถ)                            |       |          |             |
| RL   | 55  | ชี้ถ้วยวะได้ 1 ส่วน (ชี้ได้ถูกต้อง 3 ใน 3 ครั้ง)                                  |       |          |             |
| EL   | 56  | พูดเปลี่ยนคำที่เด่นหรือคำสุดท้ายของคำพูดได้                                       |       |          |             |
| EL   | 57  | พูดเป็นคำๆ ได้ 4 คำ เรียกชื่อสิ่งของหรือทักทาย(ที่ไม่ใช่พ่อแม่หรือชื่อที่คุ้นเคย) |       |          |             |
| PS   | 58  | สนใจ/มองตามสิ่งที่ผู้ใหญ่ชี้ที่อยู่ไกลออกไปอย่างน้อย 3 เมตร                       |       |          |             |
| PS   | 59  | ตึมน้ำจากแก้วโดยไม่หก(ใช้แก้วหุ)  |       |          |             |

ชื่อเด็ก.....วคป.เกิด.....ที่อยู่.....

แบบประเมินพัฒนาการเด็ก อายุ 30 เดือน (วันที่ตรวจ.....)

| ด้าน | ข้อ | รายละเอียด  | ทำได้ | ทำไม่ได้ | แนวทางแก้ไข |
|------|-----|---|-------|----------|-------------|
| GM   | 70  | กระโดดข้ามเชือกบนพื้นไปข้างหน้าได้  |       |          |             |
| GM   | 71  | ขว้างลูกบอลเล็กได้ โดยยกมือขึ้นเหนือศีรษะ   |       |          |             |
| FM   | 72  | ต่อก้อนไม้4เหลี่ยมได้สูง8ก้อน (ทำได้ 1 ใน 3 ครั้ง)  |       |          |             |
| FM   | 73  | หยิบวัสดุขึ้นให้ผู้ทดสอบได้ 1 ชิ้นตามคำสั่ง(ทำ 2 ครั้ง)   |       |          |             |
| RL   | 74  | สนใจฟังนิทานได้นาน 5 นาที   |       |          |             |
| RL   | 75  | วางวัสดุไว้ข้างบนและข้างใต้ ตามคำสั่ง (วางก้อนไม้บนโต๊ะ/ใต้โต๊ะ)  |       |          |             |
| EL   | 76  | พูดติดต่อกัน 2 คำขึ้นไปอย่างมีความหมายโดยใช้คำกริยาให้ถูกต้องอย่างน้อย 4 คำ เช่น เดิน นั่ง นอน วิ่ง กิน (โดยใช้ตุ๊กตาผ้า) |       |          |             |
| PS   | 77  | ร้องเพลงได้บางคำหรือร้องเพลงคลอตามทำนองได้(ถามผู้ปกครอง)  |       |          |             |
| PS   | 78  | เด็กรู้จักรอให้ถึงรอบตนเองในการเล่นโดยมีผู้ใหญ่คอยบอก(เล่นผลัดกันใส่ก้อนไม้ลงในถ้วย)                                      |       |          |             |

แบบประเมินพัฒนาการเด็ก อายุ 42 เดือน (วันที่ตรวจ.....)

| ด้าน | ข้อ | รายละเอียด   | ทำได้ | ทำไม่ได้ | แนวทางแก้ไข |
|------|-----|--|-------|----------|-------------|
| GM   | 90  | ยืนขาเดียวได้5วินาที   |       |          |             |
| GM   | 91  | ใช้แขนรับลูกบอลได้   |       |          |             |
| FM   | 92  | แยกรูปทรงเรขาคณิตได้3แบบ(วงกลม สามเหลี่ยม สี่เหลี่ยม)          |       |          |             |
| FM   | 93  | ประกอบชิ้นส่วนของภาพที่ถูกตัดออกเป็น3ชิ้นได้                   |       |          |             |
| FM   | 94  | เขียนวงกลมตามแบบได้โดยไม่มีเหลี่ยม                             |       |          |             |
| RL   | 95  | วางวัตถุไว้ข้างหน้าและข้างหลังได้ตามคำสั่ง                     |       |          |             |
| RL   | 96  | เลือกจัดกลุ่มวัตถุตามประเภทเสื้อผ้าได้ (เลือกได้อย่างน้อย2ใน3) |       |          |             |
| EL   | 97  | พูดถึงเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านไปใหม่ๆได้                          |       |          |             |
| EL   | 98  | พูด ขอ หรือ ขอบคุณหรือ ให้ ได้เอง                              |       |          |             |
| PS   | 99  | บอกเพศของตัวเองได้ถูกต้อง                                      |       |          |             |
| PS   | 100 | ใส่เสื้อผ้าได้เองโดยไม่ต้องติดกระดุม                           |       |          |             |



เรียนผู้ปกครองของ.....ด.ช./ด.ญ.....

ด้วยทางรพ./รพ.สต.....ได้ทำการประเมินภาวะการเจริญเติบโตของเด็กโดยการ ชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง จึงขอแจ้งผล ดังนี้

แสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ .....

แสดงส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ .....

แสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง .....

**คำแนะนำสำหรับผู้ปกครอง**

1. เด็กต้องการอาหารที่มีประโยชน์ มีสารอาหารครบถ้วนเพื่อการเจริญเติบโตเต็มที่ของร่างกาย บำรุงเซลล์ประสาท เสริมสร้าง กล้ามเนื้อ ควรให้อาหารเหล่านี้แก่เด็ก

- ตับ ไข่แดง เลือด ช่วยเสริมความจำ และสมาธิ
- ปลา ช่วยเพิ่มความจำ การเรียนรู้ง่ายและรวดเร็ว
- ผัก ผลไม้ มีวิตามินซี ช่วยเสริมสร้างเยื่อต่างๆ
- นม เนื้อสัตว์ มีแร่ธาตุ มีผลต่อการทำงานของสมอง
- อาหารทะเล มีไอโอดีนมีผลต่อ IQ

2. พ่อแม่มีส่วนช่วยให้เด็กรับประทานอาหารได้ง่ายขึ้นโดย

- ให้เด็กได้รับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ
- จัดอาหารให้น่ารับประทาน สีสดดึงดูด ชมเชยเมื่อเด็กรับประทานอาหารหมด
- พ่อแม่ควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการรับประทานอาหาร ไม่เลือกอาหาร และสนุกกับการรับประทานอาหาร
- สร้างบรรยากาศที่ดีในการรับประทานอาหารร่วมกัน

การพัฒนาศักยภาพทางสมองของเด็กขึ้นกับ อาหาร พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และอีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญคือ การมีโอกาสได้ใช้ ความคิดอยู่เสมอ สมองจึงจะพัฒนาได้เต็มศักยภาพ แล้วประเทศของเราจะพัฒนาตามไปด้วย ดังคำกล่าว "เด็กฉลาด ชาติเจริญ"

















