

เวชระเบียนสำหรับเด็กที่ประสบภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ อายุต่ำกว่า 18 ปี

คำแนะนำ: ชัดเครื่องหมายถูก ☒ ในช่อง ☐ ที่ตรงกับคำตอบ/เขียนคำตอบลงในช่องว่าง

ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน (หลังเกิดเหตุ – 2 สัปดาห์) ผู้ประเมินหน่วยงานโทรศัพท์วันที่ประเมิน/...../.....			
A1 ลักษณะของภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ ☐ ภัยธรรมชาติ ระบุ ☐ น้ำมีพิษ ระบุ ☐ วิกฤตอื่น ๆ ระบุ A2 วัน เดือน ปี ที่เกิดเหตุ/...../..... เวลา A3 สถานที่ประเมิน	A4 ชื่อ – นามสกุล ชื่อเล่น A5 เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง A6 อายุ ปี A7 ศาสนา A8 ระดับการศึกษา โรงเรียน A9 เลขบัตรประชาชน	A10 ที่อยู่ติดต่อได้ A11 เบอร์โทรศัพท์	
A12 ลักษณะของเด็กที่ได้รับผลกระทบ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 1. บาดเจ็บ ☐ 2. อยู่ในเหตุการณ์ ☐ 3. ญาติผู้เสียชีวิต ระบุ ☐ 4. ญาติผู้บาดเจ็บ ระบุ ☐ 5. ทรัพย์สินเสียหาย ระบุ ☐ 6. รับรู้เหตุการณ์	A14 การประเมินอาการสำหรับเด็กตามกลุ่มอายุ (Symptoms checklist) เด็กอายุแรกเกิด – 5 ปี (ถ้าพบตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ มีท่าที่หวาดกลัว/วิตกกังวล/หลีกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ ร้องไห้โยเยง่าย ☐ ไม่ยอมนอน ☐ พฤติกรรมเด็กกว่าวัย เช่น กลับไปดูนิ้ว บัสสาวะรดที่นอน ☐ ก้าวร้าวกว่าปกติ ☐ ดิฉันแม่หรือผู้ดูแลหรือครูมากกว่าปกติ เด็กอายุ 6 – 12 ปี (ถ้าพบตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ มีท่าที่หวาดกลัว/วิตกกังวล/หลีกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ เศร้า/ชอบอยู่คนเดียว/ไม่ร่าเริง ☐ ผื่นร้าย/กรีดร้อง/ผวาตื่น/นอนละเมอกลางคืน ☐ ก้าวร้าว/อาละวาด ☐ พฤติกรรมเด็กกว่าวัย เช่น กลับไปดูนิ้ว บัสสาวะรดที่นอน/ดิฉันผู้ใหญ่ ☐ การเรียนแย่ลง เด็กอายุ 13 – 17 ปี (ถ้าพบตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ วิตกกังวล/หวาดกลัว/หลีกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ หงุดหงิด/ฉุนเฉียวง่าย/ก้าวร้าว/ทะเลาะกับผู้อื่นบ่อย ☐ กินไม่ได้/นอนไม่หลับ/ผื่นร้าย ☐ เสียใจ/ไม่พูดจาจากปกติ ☐ สัมพันธภาพที่ไม่ดีกับคนในครอบครัวหรือเพื่อน ☐ การเรียนแย่ลง สรุปผลการประเมินตามช่วงอายุ ☐ เสี่ยง ☐ ไม่เสี่ยง		
A13 ให้ระบุสาเหตุ หากไม่สามารถประเมินในขณะนี้ได้ ☐ ดาย ☐ ย้ายถิ่นไปที่ ☐ ส่งต่อไปที่ ☐ ปฏิเสธการช่วยเหลือ ☐ อื่น ๆ		A15 เด็กกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการติดตามต่อเนื่องหลังได้รับผลกระทบได้แก่เด็กในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 กลุ่ม) ☐ 1. ผู้บาดเจ็บ ☐ 2. ญาติผู้เสียชีวิต ☐ 3. ผู้พิการ/เด็กพิเศษ ☐ 4. ผู้มีประวัติใช้สารเสพติดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ☐ 5. ผู้มีประวัติการรักษาทางจิตเวช ☐ 6. ผู้ที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งตาม Symptoms checklist ☐ ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง	
ระบุข้อมูลผู้ปกครองกรณีที่ต้องติดตามต่อเนื่องตามเกณฑ์ข้อ A15 A16 ชื่อ-นามสกุล (เกี่ยวข้องกับ) A17 เลขบัตรประชาชน A18 ที่อยู่ A19 โทรศัพท์		A20 การให้ความช่วยเหลือในขณะนี้ ☐ PFA ☐ อื่นๆ ระบุ	
ระยะหลังได้รับผลกระทบ (2 สัปดาห์ – 3 เดือน) วันที่ประเมิน/...../.....		ระยะฟื้นฟู (หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป) วันที่ประเมิน/...../.....	
B1 ให้ระบุสาเหตุ หากไม่สามารถติดตามกลุ่มเสี่ยงในขณะนี้ได้ ☐ ดาย ☐ ย้ายถิ่นไปที่ ☐ ส่งต่อไปที่ ☐ ปฏิเสธการช่วยเหลือ ☐ อื่น ๆ	C1 ให้ระบุสาเหตุ หากไม่สามารถติดตามกลุ่มเสี่ยงในขณะนี้ได้ ☐ ดาย ☐ ย้ายถิ่นไปที่ ☐ ส่งต่อไปที่ ☐ ปฏิเสธการช่วยเหลือ ☐ อื่น ๆ		
B2 การประเมินอาการสำหรับเด็กตามกลุ่มอายุ (Symptoms checklist) เด็กอายุแรกเกิด – 5 ปี (ถ้าพบตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ มีท่าที่หวาดกลัว/วิตกกังวล/หลีกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ ร้องไห้โยเยง่าย ☐ ไม่ยอมนอน ☐ พฤติกรรมเด็กกว่าวัย เช่น กลับไปดูนิ้ว บัสสาวะรดที่นอน ☐ ก้าวร้าวกว่าปกติ ☐ ดิฉันแม่หรือผู้ดูแลหรือครูมากกว่าปกติ เด็กอายุ 6 – 12 ปี (ถ้าพบตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ มีท่าที่หวาดกลัว/วิตกกังวล/หลีกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ พฤติกรรมเด็กกว่าวัย เช่น กลับไปดูนิ้ว บัสสาวะรดที่นอน/ดิฉันผู้ใหญ่ ☐ เศร้า/ชอบอยู่คนเดียว/ไม่ร่าเริง ☐ ผื่นร้าย/กรีดร้อง/ผวาตื่น/นอนละเมอกลางคืน ☐ ก้าวร้าว/อาละวาด ☐ การเรียนแย่ลง เด็กอายุ 13 – 17 ปี (ถ้าพบตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ วิตกกังวล/หวาดกลัว/หลีกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ กินไม่ได้/นอนไม่หลับ/ผื่นร้าย ☐ หงุดหงิด/ฉุนเฉียวง่าย/ก้าวร้าว/ทะเลาะกับผู้อื่นบ่อย ☐ เสียใจ/ไม่พูดจาจากปกติ ☐ สัมพันธภาพที่ไม่ดีกับคนในครอบครัวหรือเพื่อน ☐ การเรียนแย่ลง สรุปผลการประเมินตามช่วงอายุ ☐ เสี่ยง ☐ ไม่เสี่ยง กรณีพบความเสี่ยงในเด็กอายุ 8 ปีขึ้นไป ให้ทำแบบประเมิน B3 (CRIES-8) กรณีพบความเสี่ยงในเด็กอายุ 11 ปีขึ้นไป ให้ทำแบบประเมิน B4 (PHQ-4)	C2 การประเมินอาการสำหรับเด็กตามกลุ่มอายุ (Symptoms checklist) เด็กอายุแรกเกิด – 5 ปี (ถ้าพบตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ มีท่าที่หวาดกลัว/วิตกกังวล/หลีกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ ร้องไห้โยเยง่าย ☐ ไม่ยอมนอน ☐ พฤติกรรมเด็กกว่าวัย เช่น กลับไปดูนิ้ว บัสสาวะรดที่นอน ☐ ก้าวร้าวกว่าปกติ ☐ ดิฉันแม่หรือผู้ดูแลหรือครูมากกว่าปกติ เด็กอายุ 6 – 12 ปี (ถ้าพบตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ มีท่าที่หวาดกลัว/วิตกกังวล/หลีกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ พฤติกรรมเด็กกว่าวัย เช่น กลับไปดูนิ้ว บัสสาวะรดที่นอน/ดิฉันผู้ใหญ่ ☐ เศร้า/ชอบอยู่คนเดียว/ไม่ร่าเริง ☐ ผื่นร้าย/กรีดร้อง/ผวาตื่น/นอนละเมอกลางคืน ☐ ก้าวร้าว/อาละวาด ☐ การเรียนแย่ลง เด็กอายุ 13 – 17 ปี (ถ้าพบตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยง) ☐ ไม่พบ ☐ วิตกกังวล/หวาดกลัว/หลีกเลี่ยงที่เกิดเหตุ ☐ กินไม่ได้/นอนไม่หลับ/ผื่นร้าย ☐ หงุดหงิด/ฉุนเฉียวง่าย/ก้าวร้าว/ทะเลาะกับผู้อื่นบ่อย ☐ เสียใจ/ไม่พูดจาจากปกติ ☐ สัมพันธภาพที่ไม่ดีกับคนในครอบครัวหรือเพื่อน ☐ การเรียนแย่ลง สรุปผลการประเมินตามช่วงอายุ ☐ เสี่ยง ☐ ไม่เสี่ยง กรณีพบความเสี่ยงในเด็กอายุ 8 ปีขึ้นไป ให้ทำแบบประเมิน C3 (CRIES-8) กรณีพบความเสี่ยงในเด็กอายุ 11 ปีขึ้นไป ให้ทำแบบประเมิน C4 (PHQ-4)		

ระยะหลังได้รับผลกระทบ (2 สัปดาห์ – 3 เดือน) (ต่อ)					ระยะฟื้นฟู (หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป) (ต่อ)																						
B3 แบบประเมิน CRIES-8 โปรดอ่านและเลือกว่าอาการในแต่ละข้อนั้นตรงกับของตัวหนู ในช่วง 7 วันนี้ ขนาดไหน ถ้าหนูไม่ได้มีอาการเหล่านั้น ในช่วง 7 วันนี้ ให้เลือกช่อง “ไม่เลย”					ไม่เลย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย ๆ	C3 แบบประเมิน CRIES-8 โปรดอ่านและเลือกว่าอาการในแต่ละข้อนั้นตรงกับของตัวหนู ในช่วง 7 วันนี้ ขนาดไหน ถ้าหนูไม่ได้มีอาการเหล่านั้น ในช่วง 7 วันนี้ ให้เลือกช่อง “ไม่เลย”	ไม่เลย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย ๆ														
1. นึกถึงเหตุการณ์นั้นขึ้นมาโดยไม่ได้ตั้งใจ					0	1	3	5	1. นึกถึงเหตุการณ์นั้นขึ้นมาโดยไม่ได้ตั้งใจ					0	1	3	5										
2. พยายามลืมเหตุการณ์นั้น					0	1	3	5	2. พยายามลืมเหตุการณ์นั้น					0	1	3	5										
3. ยังรู้สึกผวาเหตุการณ์นั้นขึ้นมาเป็นพัก ๆ					0	1	3	5	3. ยังรู้สึกผวาเหตุการณ์นั้นขึ้นมาเป็นพัก ๆ					0	1	3	5										
4. พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น (เช่น ไม่เข้าใกล้สถานที่เกิดเหตุ)					0	1	3	5	4. พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น (เช่น ไม่เข้าใกล้สถานที่เกิดเหตุ)					0	1	3	5										
5. พยายามไม่พูดถึงเหตุการณ์นั้น					0	1	3	5	5. พยายามไม่พูดถึงเหตุการณ์นั้น					0	1	3	5										
6. มีภาพเหตุการณ์นั้นผุดขึ้นในใจ					0	1	3	5	6. มีภาพเหตุการณ์นั้นผุดขึ้นในใจ					0	1	3	5										
7. มีบางสิ่งที่ทำให้ยังคิดถึงเหตุการณ์นั้น					0	1	3	5	7. มีบางสิ่งที่ทำให้ยังคิดถึงเหตุการณ์นั้น					0	1	3	5										
8. พยายามที่จะไม่คิดถึงเหตุการณ์นั้น					0	1	3	5	8. พยายามที่จะไม่คิดถึงเหตุการณ์นั้น					0	1	3	5										
B4 แบบประเมิน PHQ-A ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน?					ไม่มีเลย	มีบางวัน	มี > 7 วัน	มีแทบทุกวัน	C4 แบบประเมิน PHQ-A ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน?					ไม่มีเลย	มีบางวัน	มี > 7 วัน	มีแทบทุกวัน										
1. รู้สึกซึมเศร้า หงุดหงิด หรือสิ้นหวัง					0	1	2	3	1. รู้สึกซึมเศร้า หงุดหงิด หรือสิ้นหวัง					0	1	2	3										
2. เบื่อ ไม่ค่อยสนใจหรือไม่เพลิดเพลิน เวลาทำสิ่งต่าง ๆ					0	1	2	3	2. เบื่อ ไม่ค่อยสนใจหรือไม่เพลิดเพลิน เวลาทำสิ่งต่าง ๆ					0	1	2	3										
3. นอนหลับยาก รู้สึกง่วงทั้งวัน หรือนอนมากเกินไป					0	1	2	3	3. นอนหลับยาก รู้สึกง่วงทั้งวัน หรือนอนมากเกินไป					0	1	2	3										
4. ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด หรือกินมากกว่าปกติ					0	1	2	3	4. ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด หรือกินมากกว่าปกติ					0	1	2	3										
5. รู้สึกเหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีพลัง					0	1	2	3	5. รู้สึกเหนื่อยล้า หรือไม่ค่อยมีพลัง					0	1	2	3										
6. รู้สึกแย่กับตัวเอง หรือรู้สึกว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง					0	1	2	3	6. รู้สึกแย่กับตัวเอง หรือรู้สึกว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง					0	1	2	3										
7. จดจ่อกับสิ่งต่าง ๆ ได้ยาก เช่น ทำการบ้าน อ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์					0	1	2	3	7. จดจ่อกับสิ่งต่าง ๆ ได้ยาก เช่น ทำการบ้าน อ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์					0	1	2	3										
8. พุดหรือทำอะไรซ้ำลงมาจากคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือในทางตรงกันข้ามคือ กระสับกระส่ายหรือกระวนกระวาย จนต้องเคลื่อนไหวไปมากกว่าปกติ?					0	1	2	3	8. พุดหรือทำอะไรซ้ำลงมาจากคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือในทางตรงกันข้ามคือ กระสับกระส่ายหรือกระวนกระวาย จนต้องเคลื่อนไหวไปมากกว่าปกติ?					0	1	2	3										
9. คิดว่าถ้าตายไปเสียจะดีกว่า หรือคิดจะทำร้ายตัวเองด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง					0	1	2	3	9. คิดว่าถ้าตายไปเสียจะดีกว่า หรือคิดจะทำร้ายตัวเองด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง					0	1	2	3										
B5 สรุปผลการประเมิน (ควรส่งพบแพทย์เมื่อพบความเสี่ยงสูงอย่างน้อย 1 เครื่องมือ) Symptoms checklist ☐ เสี่ยงต่ำ (ไม่มีอาการ) ☐ เสี่ยงปานกลาง (≥ 1 อาการ) CRIES-8 ☐ ไม่ได้ประเมิน ☐ เสี่ยงต่ำ (< 17) ☐ เสี่ยงสูง (≥ 17) PHQ-A ☐ ไม่ได้ประเมิน ☐ เสี่ยงต่ำ (< 5) ☐ เสี่ยงปานกลาง (5-14) ☐ เสี่ยงสูง (≥ 15) ฆ่าตัวตาย (PHQ-A ข้อ 9) ☐ เสี่ยงต่ำ (0) ☐ เสี่ยงสูง (≥ 1) สรุป ☐ ติดตามต่อ (พบความเสี่ยงปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย 1 เครื่องมือ) ☐ ไม่ต้องติดตามต่อ														C5 สรุปผลการประเมิน Symptoms checklist ☐ เสี่ยงต่ำ (ไม่มีอาการ) ☐ เสี่ยงปานกลาง (≥ 1 อาการ) CRIES-8 ☐ ไม่ได้ประเมิน ☐ เสี่ยงต่ำ (< 17) ☐ เสี่ยงสูง (≥ 17) PHQ-A ☐ ไม่ได้ประเมิน ☐ เสี่ยงต่ำ (< 5) ☐ เสี่ยงปานกลาง (5-14) ☐ เสี่ยงสูง (≥ 15) ฆ่าตัวตาย (PHQ-A ข้อ 9) ☐ เสี่ยงต่ำ (0) ☐ เสี่ยงสูง (≥ 1) สรุป ☐ พบแพทย์ (พบความเสี่ยงปานกลางขึ้นไปอย่างน้อย 1 เครื่องมือ) ☐ ไม่ต้องส่งพบแพทย์													
B6 การให้ความช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ PFA ☐ Crisis counselling ☐ อื่น ๆ ระบุ..... ☐ ส่งต่อเพื่อ.....					B7 ผลกระทบทางสังคมและความต้องการความช่วยเหลือ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ส่งต่อแหล่งช่วยเหลือ ระบุ.....					C6 การให้ความช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ PFA ☐ Crisis counselling ☐ อื่น ๆ ระบุ..... ☐ ส่งต่อเพื่อ.....					C7 ผลกระทบทางสังคมและความต้องการความช่วยเหลือ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... ☐ ส่งต่อแหล่งช่วยเหลือ ระบุ.....												
B8 สำหรับแพทย์ อาการสำคัญ..... การวินิจฉัยโรค..... การรักษา..... สถานที่ส่งต่อผู้ป่วย..... สาเหตุของการส่งต่อ..... แพทย์ผู้วินิจฉัย.....หน่วยงาน..... ผู้ประเมิน.....หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....														C8 สำหรับแพทย์ อาการสำคัญ..... การวินิจฉัยโรค..... การรักษา..... สถานที่ส่งต่อผู้ป่วย..... สาเหตุของการส่งต่อ..... แพทย์ผู้วินิจฉัย.....หน่วยงาน..... ผู้ประเมิน.....หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....													

