



## ใบรับรองแพทย์

เฉพาะด้านกายอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการ ประเภทความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย  
เพื่อประกอบการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน  
กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้พิการที่ขอใบรับรองแพทย์ (ผู้พิการหรือผู้ดูแลเป็นผู้กรอกข้อมูล)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

สถานที่อยู่(ที่สามารถติดต่อได้) .....

เลขประจำตัวประชาชน  ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าพิการจากการประสบภัย  
ที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนนจริง จึงขอใบรับรองเพื่อประกอบการขอรับจัดสรรเงินค่าอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้พิการอันเนื่องมาจากการ  
ประสบภัยที่เกิดจากการใช้รถใช้ถนน กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน กรมการขนส่งทางบก

ลงชื่อผู้พิการ/ผู้แทน.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

(กรณีผู้พิการไม่สามารถลงชื่อรับรองตนเองได้ให้ผู้ดูแลเป็นผู้ลงนามแทน)

### ส่วนที่ 2 แพทย์ผู้ประเมิน

โรงพยาบาล.....สังกัด.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....สังกัด.....

ได้ตรวจประเมินนาย/นาง/นางสาว .....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยมีความพิการดังต่อไปนี้

### ส่วนที่ 3 รายละเอียดความพิการ (แพทย์ระบุโดยละเอียด)

ประเภทความพิการ	รายละเอียดลักษณะความพิการ	ระยะเวลาความพิการ
1. การเคลื่อนไหว	<input type="checkbox"/> พิการอ่อนแรงทั้งตัว <input type="checkbox"/> พิการอ่อนแรงบางส่วน ระบุ..... <input type="checkbox"/> พิการแขนขา ระดับ..... <input type="checkbox"/> พิการขาขาด ระดับ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	พิการมาแล้ว จำนวน..... ปี .....เดือน
2. พิกัดด้านอื่นๆ (ระบุ).....	.....	

รายละเอียดเพิ่มเติม.....

.....

.....

ส่วนที่ 4 อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ (แพทย์ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หลังรายการอุปกรณ์ที่เหมาะสม)

A. แขนเทียม		
1. แขนเทียมระดับหัวไหล่	1.1 แบบแกนใน ข้อไหล่แบบกางและหุบได้ (Cosmetic endo - Shoulder disarticulation prosthesis/ Shoulder joint with two arm bars)	<input type="checkbox"/> A11
	1.2 แบบแกนใน ข้อไหล่แบบหมุนได้หลายทิศทาง (Cosmetic endo - Shoulder disarticulation prosthesis/ Ball shoulder joint)	<input type="checkbox"/> A12
2. แขนเทียมระดับเหนือศอก	2.1 แบบแกนใน สำหรับความยาวต่อแขนสั้น (Cosmetic endo - Transhumeral prosthesis)	<input type="checkbox"/> A21
	2.2 แบบตะขอโลหะมือตะขอปรับการทำงานด้วยสปริงโลหะได้ 2 ระดับและข้อศอกปรับล็อกได้ด้วยสายควบคุม (Passive Transhumeral prosthesis with hook)	<input type="checkbox"/> A22
	2.3 แบบ 5 นิ้วใช้งานได้ ข้อศอกปรับล็อกได้ด้วยสายควบคุม (Passive Transhumeral prosthesis with functional hand )	<input type="checkbox"/> A23
3. แขนเทียมระดับใต้ศอก	3.1 แบบตะขอโลหะมือตะขอปรับการทำงานด้วยสปริงโลหะได้ 2 ระดับ (Passive Transradial prosthesis with hook)	<input type="checkbox"/> A31
B. ขาเทียม		
1. ชุดขาเทียมระดับเหนือเข่า ข้อเข่าขาเทียมระดับเหนือเข่า ที่มีกลไกป้องกันการล้มและสามารถล็อกข้อเข่าให้อยู่ในท่าเหยียดได้ (Safety knee) และข้อเท้าแบบมีแรงส่ง (Energy storage foot)		<input type="checkbox"/> B11
2. ชุดขาเทียมระดับเข่าระบบแกนใน ข้อเข่าชนิดหลายแกน และเท้าเทียมชนิดมีแรงส่ง (Endo - Knee disarticulation prosthesis with dynamic foot)		<input type="checkbox"/> B21
3. ชุดขาเทียมระดับใต้เข่าระบบแกนใน และเท้าเทียมชนิดมีแรงส่ง (Energy storage foot)		<input type="checkbox"/> B31
4. ชุดเข้าอ่อนขาเทียมใต้เข่า	4.1 ระบบวาล์วแบบทางเดียว (Silicone liner with suspension sleeve, suction valve)	<input type="checkbox"/> B41
	4.2 ระบบเดี่ยว (Silicone liner with pin & shuttle lock)	<input type="checkbox"/> B42
	4.3 ชนิดซิลิโคนหรือวัสดุที่มีคุณภาพดีกว่า (Derma Seal, Silicone Sock)	<input type="checkbox"/> B43
5. ชุดตัวปรับหมุนข้อเข่าเพื่อการนั่งพับเพียบ (Knee rotator)		<input type="checkbox"/> B51
6. ข้อเข่าชนิดแกนเดี่ยวระบบโรตารีไฮดรอลิกที่มีกลไกช่วยในการลงและขึ้นบันได		<input type="checkbox"/> B61
C. กายอุปกรณ์เสริม		
1. ชุดกายอุปกรณ์เสริมระดับข้อสะโพก ข้อสะโพกชนิด Triple axis hip joint		<input type="checkbox"/> C11
2. ชุดกายอุปกรณ์เสริมระดับเหนือเข่า		<input type="checkbox"/> C21
3. ชุดกายอุปกรณ์เสริมข้อเข่า	3.1 ชนิด Adjustable extension/flexion ring lock knee joint	<input type="checkbox"/> C31
	3.2 ชนิด Polycentric free motion knee joint	<input type="checkbox"/> C32
	3.3 ชนิด Compact double action ankle joint	<input type="checkbox"/> C23
4. ชุดกายอุปกรณ์เสริมระดับข้อเท้า	4.1 ชนิดโลหะแกนเดี่ยวปรับองศาได้ (Camber Axis Hinge joint)	<input type="checkbox"/> C41
	4.2 และอุปกรณ์เสริมชนิดพลาสติก แบบมีแกนกลางรับและถ่ายแรง (Ankle joint accessory with core and transferring load)	<input type="checkbox"/> C42
	4.3 และอุปกรณ์เสริมชนิดพลาสติก แบบมีแกนกลางรับและถ่ายแรงขนาดใหญ่ (Ankle joint accessory with core and transferring load)	<input type="checkbox"/> C43

1. รถนั่งคนพิการธรรมดาแบบมาตรฐาน ชนิดน้ำหนักเบาและสามารถปรับส่วนต่างๆได้		<input type="checkbox"/> D11
2. รถนั่งคนพิการแบบช่วยเหลือตนเองได้		<input type="checkbox"/> D21
3. รถนั่งคนพิการแบบปรับเอนนอนได้ ชนิดพับได้		<input type="checkbox"/> D31
4. รถนั่งคนพิการแบบปรับเอนนอนได้ ชนิดพับไม่ได้		<input type="checkbox"/> D41
5. รถนั่งคนพิการแบบ ขับเคลื่อนด้วยระบบไฟฟ้า	5.1 ชนิดพับได้	<input type="checkbox"/> D51
	5.2 ชนิดพับไม่ได้	<input type="checkbox"/> D52
	5.3 ชนิดปรับยี่นได้	<input type="checkbox"/> D53
	5.4 ชนิดปรับเอนนอนได้	<input type="checkbox"/> D54
6. รถนั่งคนพิการ ชนิดนั่งถ่ายและอาบน้ำได้ (Commode wheelchair)	6.1 ชนิดล้อเล็ก	<input type="checkbox"/> D61
	6.2 ชนิดล้อใหญ่	<input type="checkbox"/> D62
7. รถนั่งคนพิการแบบปรับยี่นได้ (Standing Wheelchair)		<input type="checkbox"/> D71
<b>E. อุปกรณ์ทางการแพทย์</b>		
1. เครื่องดูดเสมหะ		<input type="checkbox"/> E11
2. เครื่องผลิตออกซิเจน	2.1 5 ลิตร	<input type="checkbox"/> E21
	2.2 10 ลิตร	<input type="checkbox"/> E22
3. เตียงนอนธรรมดาชนิด 3 ไกร์		<input type="checkbox"/> E31
4. ที่นอนลม		<input type="checkbox"/> E41
5. เตียงปรับระดับด้วยระบบไฟฟ้า ชนิด 3 ไกร์		<input type="checkbox"/> E51
6. ที่นอนป้องกันแผลกดทับ		<input type="checkbox"/> E61
<b>F. อื่นๆ</b>		
1. เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ		<input type="checkbox"/> F11
2. รถสามล้อโยก		<input type="checkbox"/> F21
3. หัวลากรถนั่งคนพิการ แบบขับเคลื่อนด้วยระบบไฟฟ้า		<input type="checkbox"/> F31
4. เครื่องยกย้ายคนพิการแบบไฟฟ้า		<input type="checkbox"/> F41
5. อื่นๆ (ระบุ) .....		<input type="checkbox"/> F51

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

ประทับตรา  
สถานพยาบาลของรัฐ

## แบบประเมินเพื่อเลือกรถนั่งคนพิการที่เหมาะสม (กรณีอุปกรณ์อื่นไม่ต้องกรอกส่วนนี้)

(ชื่อ-สกุลผู้พิการ).....เบอร์โทรศัพท์.....

1) สภาวะทางร่างกาย

การทรงตัว  good  fair  poor

การควบคุมศีรษะ/ลำคอ  good  fair  poor

2) ภาวะแทรกซ้อน  ไม่มี  มีแผลกดทับระยะ...ที่.....  มีLt./Rt. hip dislocation  อื่นๆ.....

3) การเคลื่อนย้ายตัว  ทำยืน ....ทำเองได้ ....ต้องช่วย  ทำนั่ง ....ทำเองได้ ....ต้องช่วย  อุ้ม/อื่นๆ.....

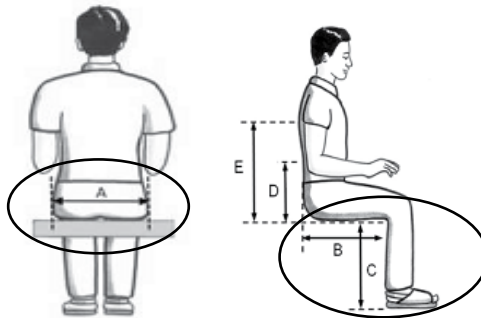
4) กิจกรรมในแต่ละวัน.....

5) ลักษณะที่อยู่อาศัย (ระบุ).....

6) ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ  มีความเสี่ยง  ไม่มีความเสี่ยง

7) วัดขนาดร่างกาย

	การวัดขนาดร่างกาย	ขนาดร่างกาย (ซม.)	ขนาดของ W/C	ขนาดของรถนั่งคนพิการ (ซม.)
A	ความกว้างของสะโพก		=ความกว้างของที่นั่ง	
B	ความลึกของที่นั่ง	ชาย	ลบบอก 3-5 ซม =ความลึกของที่นั่ง (ถ้าขาไม่เท่ากันให้ เลือกข้างสั้นกว่า)	
		ขวา		
C	ความยาวของน่อง	ชาย	=ปรับที่วางเท้าให้พอดี	
		ขวา	=ปรับที่วางเท้าให้พอดี	
D	ระยะจากที่นั่งถึงชายโครง		กรณีทรงตัวดี	
E	ระยะจากที่นั่งถึงฐานสะบัก		กรณีทรงตัวไม่ดีนัก	



8) ลักษณะที่จำเป็นของรถนั่งคนพิการ ที่เหมาะสมสำหรับผู้พิการรายนี้

(โปรดระบุ เช่น เปิดที่วางแขนได้ เปิดที่พนักเก้าอี้ได้ เหยียดแขนที่พนักเก้าอี้ไปด้านข้างได้ พนักพิงสูง/ต่ำ ปรับเอนพนักพิงได้ ปุ่มควบคุมอยู่ด้านซ้าย/ขวา ปรับย่นได้ เป็นต้น)

.....  
.....

(.....) ผู้ประเมิน

..... ตำแหน่ง

...../...../..... (วันที่ประเมิน)

**หมายเหตุ** - ผู้ประเมินได้แก่ แพทย์ หรือนักวิชาชีพด้านฟื้นฟูฯ เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ เป็นต้น และขอให้ใช้ข้อมูลจากการประเมินในการเลือกและจัดหารถนั่งคนพิการที่เหมาะสมสำหรับผู้พิการแต่ละราย