

# ข้อบ่งชี้การพิจารณาให้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่มีมูลค่าสูง

หมวดอื่น ๆ

## ใบประเมินข้อบ่งชี้

รายการที่ 1 เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการแบบเติมลม (Air cushion seat)

ชื่อผู้ป่วย.....การวินิจฉัยโรค.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....



มี 2 ขนาด ได้แก่ S(14”) และ M(16”)

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

หมายเหตุ ต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อ จึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน/เดือน/ปี.....