

แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening: BGS)

❖ ข้อมูลทั่วไป ชื่อ-สกุล ว.ด.ป.เกิด อายุ ปี เพศ

ที่อยู่เลขที่ หมู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

บุคคลอ้างอิง ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์ เบอร์โทรศัพท์

❖ การคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อย

1. โรคความดันโลหิตสูง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาและ/หรือกินยาประจำ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่ได้รับการรักษาและ/หรือกินยาประจำ

วัดความดันโลหิต ระดับความดันโลหิตตัวบน/ซิสโตลิก (SBP).....มม.ปรอท / ระดับความดันโลหิตตัวล่าง/ไดแอสโตลิก (DBP)มม.ปรอท

2. โรคเบาหวาน: ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน เป็นโรคเบาหวาน ได้รับการรักษาและ/หรือกินยาประจำ เป็นโรคเบาหวาน ไม่ได้รับการรักษาและ/หรือกินยาประจำ

FPGมก.ดล. เจาะปลายนิ้วมก.ดล.

3. สุขภาพช่องปาก: ประเมินพฤติกรรมทำความสะอาด (หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในข้อใดไม่เหมาะสม ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง)

1.1) การแปรงฟัน ไม่ได้แปรงฟัน/ไม่ได้ใช้แปรงสีฟัน แปรงวันละ 1 ครั้งก่อนนอน 1.3) การทำความสะอาดช่องฟัน ทุกวัน/เกือบทุกวัน

แปรง 2 ครั้ง/วัน ชย แปรงมากกว่า 2 ครั้ง/วัน อื่นๆ ระบุ..... ไม่ทำ ทำ โดยใช้อุปกรณ์.....

1.2) การใช้น้ำยาฟอก ใช้ ไม่ใช้ 1.4) ประเมินสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวน/วัน เคี้ยวหมากประจำ

4. สุขภาพทางตา: การคัดกรองสุขภาพทางตา	ไม่ใช่	ใช่	ระบุตา	การพิจารณา:
1. นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง (คัดกรองสายตาระยะไกล)				ตอบว่า ใช่ จำนวน.....ข้อ
2. อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่ง ในระยะ 1 ฟุต ไม่ได้ (ประเมินสายตาระยะใกล้)				<input type="checkbox"/> ไม่มีปัญหา (ตอบ “ไม่ใช่” ทุกข้อ)
3. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า ตามัวคล้ายมีหมอกบัง (คัดกรองความเสี่ยงต้อกระจก)			<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	<input type="checkbox"/> มีปัญหา (ตอบว่า ใช่ ข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่า
4. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า มองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้าง หรือมก.เดินขบประตุ สิ่งของบ่อยๆ (คัดกรองความเสี่ยงต้อหิน)			<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	มีปัญหาการมองเห็น ให้ทำ Snellen Chart และ ส่งต่อแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรักษา)
5. ปิดตาดูที่ละข้าง พบว่า มองเห็นจุดดำกลางภาพหรือเห็นภาพบิดเบี้ยว (คัดกรองความ เสี่ยงโรคจอตาเสื่อมจากอายุ)			<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	

❖ การคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes

1. การทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT) **ตอบถูก.....ข้อ การพิจารณา:** รู้คิดปกติ(ตอบถูก ตั้งแต่ 8 ข้อขึ้นไป) รู้คิดผิดปกติ (ตอบถูก <7 ข้อ) ควรประเมิน MMSE ต่อ

1	อายุเท่าไร.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด	8	คนนี้ (คนถาม) คือใคร และ คนใกล้ๆ(ญาติ) คือใคร.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด
2	ขณะนี้เวลาอะไร.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด	9	วันเดือนปีเกิด ของท่านคือ.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด
3	ที่อยู่ปัจจุบันของท่านคือ.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด	10	เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือวันมหาวิปโยค เกิด พ.ศ.อะไร.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด
4	ปีนี้ ปีอะไร.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด	9	พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด
5	สถานที่ตรงนี้เรียกว่า.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด	10	ให้นับถอยหลังจาก 20 จนถึง 1.....	<input type="checkbox"/> ถูก <input type="checkbox"/> ผิด

2. การคัดกรองโรคซึมเศร้า : 2 คำถาม (2Q)

1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่

2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่

การพิจารณา: ปกติ (ไม่มีทั้ง 2 ข้อ) มีความเสี่ยง (มีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ) ควรทำ 9Q ต่อ

3. การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม :

คำถาม: ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าหรือไม่ ไม่ปวดเข่า ปวดเข่า (มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม) แนะนำและควรส่งต่อเพื่อคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก

4. การคัดกรองภาวะหกล้ม: (Time up and Go Test) TUGT : ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะ 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม

จับเวลาได้นาทีวินาที เดินไม่ได้ ปกติ มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม แนะนำการป้องกันการหกล้มและส่งต่อเพื่อวินิจฉัย

การพิจารณา : ใช้ตั้งแต่ 30 วินาที ขึ้นไป แสดงว่า มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม

5. การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ:

คำถาม: “ผู้สูงอายุมีภาวะ ปัสสาวะเล็ด หรือ ปัสสาวะรด จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน” ไม่มี มี ให้คำแนะนำและควรส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจประเมิน วินิจฉัย รักษา

❖ ประเมินสมรรถนะ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living)

1.กินอาหาร เมื่อเตรียมสำรับไว้ให้ต่อหน้า	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (2)	<input type="checkbox"/> ทำเองได้บ้างแต่ต้องมีคนช่วย (1)	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ (0)
2.ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (1-2วัน ที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง (1)	<input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลือ (0)	
3.ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก (1)	<input type="checkbox"/> ต้องการความช่วยเหลือบ้าง(2) <input type="checkbox"/> เดินได้เอง (3)
4.การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม	<input type="checkbox"/> ช่วยตัวเองไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> ทำเองได้บ้าง (1)	<input type="checkbox"/> ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (2)
5.การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	<input type="checkbox"/> เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> ต้องใช้รถเข็นแต่ไม่ต้องช่วย(1)	<input type="checkbox"/> เดินได้ต้องมีคนช่วยพยุง (2) <input type="checkbox"/> เดินได้เอง (3)
6.การสวมใส่เสื้อผ้า	<input type="checkbox"/> ต้องมีคนสวมใส่ให้ (0)	<input type="checkbox"/> ช่วยตัวเองได้ประมาณครึ่งหนึ่งที่เลืต้องช่วย(1)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง(2)
7.การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำได้ (0)	<input type="checkbox"/> ต้องการคนช่วย (1)	<input type="checkbox"/> ขึ้นลงได้เองถ้าใช้เครื่องช่วยจะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย (2)
8.การอาบน้ำ	<input type="checkbox"/> ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ (0)	<input type="checkbox"/> อาบน้ำเองได้ (1)	
9.การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้บางครั้ง เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์(1)	<input type="checkbox"/> กลั่นได้ปกติ(2)
10.การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้ (0)	<input type="checkbox"/> กลั่นไม่ได้บางครั้ง เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง(1)	
รวม.....คะแนน การพิจารณา:	<input type="checkbox"/> กลุ่ม 1 มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน	<input type="checkbox"/> กลุ่ม 2 คะแนน 5 – 11 คะแนน	<input type="checkbox"/> กลุ่ม 3 คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4

ลงชื่อ.....ผู้ทำการคัดกรอง หน่วยงาน.....วันที่/...../.....

แบบฟอร์มสำหรับใช้ประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric Assessment: GA) สำหรับ รพช.ขึ้นไป

หมายเหตุ: สำหรับประเมินผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง (Basic Geriatric Screening: BGS) แล้วพบว่ามีความผิดปกติ/เสี่ยง

❖ ข้อมูลทั่วไป ชื่อ-สกุล ว.ด.ป.เกิด อายุ ปี เพศ
 ที่อยู่เลขที่ หมู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด
 บุคคลอ้างอิง ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์ เบอร์โทรศัพท์

❖ การคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อย

1. โรคความดันโลหิตสูง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาและ/หรือกินยาประจำ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่ได้รับการรักษาและ/หรือกินยาประจำ
 วัดความดันโลหิต ระดับความดันโลหิตตัวบน/ซิสโตลิก (SBP).....มม.ปรอท /ระดับความดันโลหิตตัวล่าง/ไดแอสโตลิก (DBP)มม.ปรอท

2. โรคเบาหวาน: ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เป็นโรคเบาหวาน ได้รับการรักษาและ/หรือกินยาประจำ เป็นโรคเบาหวาน ไม่ได้รับการรักษาและ/หรือกินยาประจำ
 FPGมก.ดล. เจาะปลายนิ้วมก.ดล.

3. ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีภาวะอ้วน)

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ยังคงสูบบุหรี่ ยาเส้น ยาสูบ บุหรี่ซิการ์ แรต บุหรี่ซิการ์ หรือ หูดยสูบไม่เกิน 1 ปี		
2	ระดับความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูง		
3	ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG ≥ 100 มม./ดล. และ/หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน		
4	เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาลว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดย TC > 280 มก./ดล. และ/หรือ LDL > 100 มก./ดล. และ/หรือ TG > 150 มก./ดล. และ/หรือ HDL ในชาย < 40 มก./ดล. ในหญิง < 50 มก./ดล.		
5	เส้นรอบเอวมากกว่าส่วนสูง (ซม.) ทาร 2		
6	เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต		
7	มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ หรือน้อง) ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือ อัมพฤกษ์ อัมพาต (ผู้ชายเป็นก่อนอายุ 55 ปี, ผู้หญิงเป็นก่อนอายุ 65 ปี)		

การแปลผล: มีความเสี่ยง(ตอบใช่ ≤ 2 ข้อ) มีความเสี่ยงสูง (ตอบใช่ 3-4 ข้อ) มีความเสี่ยงสูงมาก (ตอบใช่ ≥ 5 ข้อ)

4. การประเมินการมองเห็น Snellen Chart: ผลการประเมิน ตาขวา/..... ตาซ้าย/.....

5. ประเมินสุขภาพช่องปากโดยบุคลากรสาธารณสุข

(ในข้อ 1-5 ถ้าได้ 1 คะแนน ข้อใดข้อหนึ่งให้ส่งต่อทันตบุคลากร เพื่อเข้ารับบริการ)	คะแนน		แผนการให้บริการด้านสุขภาพช่องปาก จากการประเมิน (ช่องนี้สำหรับทันตบุคลากร)
	0	1	
1.เนื้อเยื่อในช่องปาก (บริเวณริมฝีปาก แก้ม ลิ้น มีปุ่ม/ ก้อนเนื้อ/ มีแผลเรื้อรัง หรือไม่)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เนื้อเยื่อในช่องปาก.....
2.เหงือกและอวัยวะปริทันต์ (บริเวณเหงือกมีเลือดออก/ มีฟันหนอง/ ฟันโยก หรือไม่)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> เหงือกและอวัยวะปริทันต์
3.ฟันผุ (มีฟันผุเป็นรู เสียฟัน ฟันหัก/ ฟันแตกหลุดแต่ตอฟัน หรือไม่)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ฟันผุ
4.ปัญหาการเคี้ยว/กลืน (มีปัญหาการเคี้ยวอาหาร/ การกลืน หรือไม่)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ปัญหาการเคี้ยว/กลืน
5.ฟันเทียม (จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม หรือทำฟันเทียมใหม่ หรือไม่)	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> จำเป็น	<input type="checkbox"/> ฟันเทียม
6.ท่านได้รับการตรวจหรือรักษาจากทันตบุคลากร หรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> รากฟันเทียม
7.ปัจจุบันท่านต้องการการรักษาทางทันตกรรม หรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ	<input type="checkbox"/> ต้องการ	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....

❖ การคัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes

1. การคัดกรองโรคซึมเศร้า : 9 คำถาม (9Q)	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (> 7 วัน)	เป็นทุกวัน	การแปลผล: (9Q) คะแนนรวม =..... <input type="checkbox"/> คะแนน < 7 ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า <input type="checkbox"/> คะแนน 7-12 มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย <input type="checkbox"/> คะแนน 13-18 มีอาการโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง <input type="checkbox"/> คะแนน ≥ 19 มีอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง
1.เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3	
2.ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3	
3.หลับยาก หรือ หลกๆตื่นๆ หรือ หลับมากไป	0	1	2	3	
4.เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3	
5.เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3	
6.รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3	
7.สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3	
8.พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3	
9.คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3	

2. การคัดกรองภาวะหกล้ม: (Time up and Go Test) TUGT : ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะ 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม
 จับเวลาได้นาที่วินาที เดินไม่ได้ ปกติ มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม แนะนำการป้องกันการหกล้มและส่งต่อเพื่อวินิจฉัย
 การพิจารณา : ใช้เวลาตั้งแต่ 30 วินาทีขึ้นไป แสดงว่า มีความเสี่ยงภาวะหกล้ม

3. การคัดกรองภาวะกลืนปัสสาวะ:
 คำถาม: "ผู้สูงอายุมีภาวะ ปัสสาวะเล็ด หรือ ปัสสาวะราด จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน" ไม่มี มี ให้คำแนะนำและควรส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจประเมิน วินิจฉัย รักษา

แบบฟอร์มสำหรับใช้ประเมินผู้สูงอายุ (Geriatric Assessment: GA) สำหรับ รพช. ขึ้นไป
 หมายเหตุ: สำหรับประเมินผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง (Basic Geriatric Screening: BGS) แล้วพบว่ามีความผิดปกติ/เสี่ยง

4. การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก: (สำหรับผู้ที่ตอบว่า "ปวดเข่า" ที่มา: ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย)

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ข้อเข่าฝืดหลังตื่นนอนตอนเช้า นาน <30 นาที (Stiffness)		
2	เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว (crepitus)		
3	กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า (bony tenderness)		
4	ข้อใหญ่ผิดปกติ (bony enlargement)		
5	ไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth)		

การพิจารณา: มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (ตอบว่า ใช่ 2 ข้อขึ้นไป) ไม่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

5. การทดสอบสภาพสมอง : MMSE-T 2002 (แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สามารถใช้ได้กับผู้ที่ไม่ได้เรียนหรือไม่รู้หนังสือ(อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ได้ด้วย โดยไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10 ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ไม่ได้เรียน (อ่านเขียนไม่ได้) เรียนระดับประถมศึกษา เรียนสูงกว่าประถมศึกษา

ข้อ 1. Orientation for time: ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน (5คะแนน) รวม เท่ากับ ___ คะแนน (เติมคำตอบแต่ละข้อใน..... และเติมคะแนนใน)

1.1 วัน/วัน/วันที่เท่าไร..... 1.2 วันนี้ วันอะไร..... 1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร.....
 1.4 ปีนี้ ปีอะไร..... 1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร.....

ข้อ 2. Orientation for place: ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ปัจจุบัน (5 คะแนน) รวม เท่ากับ ___ คะแนน (เติมคำตอบแต่ละข้อใน..... และเติมคะแนนใน)

2.1 กรณีอยู่สถานพยาบาล
 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ ชื่ออะไร..... 2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร.....
 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร..... 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร..... 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร.....

ข้อ 3. Registration: ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง (3 คะแนน) โดยอาจใช้วิธีถามว่า

"ฟังดีๆนะจะบอกเพียงครั้งเดียว เมื่อพูดจบให้คุณ (ตา, ยาย) พูดทวนตามที่ได้ยินทั้ง 3 ข้อ แล้วจำไว้ทีหลังนะ เดี่ยวจะถามซ้ำ"

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

ข้อ 4. Attention or Calculation: ทดสอบสมาธิโดยให้คิดเลขในใจ (5 คะแนน)

4.1 คิดเลขในใจ เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์

เท่าไร

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 ครั้ง แล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำไม่ได้ ต้องเปลี่ยนไปทำข้อ 4.2

4.2 "เดี๋ยวผม/ดิฉัน จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ ตา/ยาย ฟัง แล้วให้คุณตา/ยาย สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก

คำว่ามะนาวสะกดว่า มอ-มา-สระอะ-นอน-สระอา-วอ-หวาน คุณ ตา/ยาย สะกดถอยหลังให้ฟังสิครับ/ค่ะ"

ว..... าว..... น..... ะ..... ม.....

ข้อ 5. Recall: ทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำไว้แล้ว (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

ข้อ 6 Naming: ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดู แล้วถามว่า "ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร"

6.2 ยื่นปากกาคือให้ผู้ถูกทดสอบดู แล้วถามว่า "ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร"

ข้อ 7. Repetition: ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม/ดิฉัน นะ เมื่อผม/ดิฉัน พูดข้อความนี้แล้ว ให้คุณ ตา/ยาย พูดตาม จะบอกเพียงเที่ยวเดียว "ใครใคร่ขายไก่ไข่"

ข้อ 8 Verbal command: ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง (3 คะแนน)

ข้อนี้ให้ทำตามทีบอก ตั้งใจฟังดีๆนะ เดี่ยวผม/ดิฉัน จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา/ยาย) รับด้วยมือขวา/ จับครึ่งด้วยมือทั้งสองข้าง/ เสริมแล้ววางที่ (พื้น, โต๊ะ, เที่ยง)

ข้อ 9. Written command: ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้ (1 คะแนน)

ให้คุณตา/ยาย อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

9.1 ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "หลับตา" หลับตาได้

ข้อ 10. Writing: ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (1 คะแนน)

ให้คุณตา/ยาย เขียนข้อความอะไรก็ได้ ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย ประโยคมีความหมาย

ข้อ 11 Visuconstruction: ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ตา กับ มือ (1 คะแนน) **เตรียมภาพตัวอย่างขนาดใหญ่ และ กระดาษไว้สำหรับให้ผู้ถูกทดสอบ วาดภาพด้วย**

โดยให้คุณตา/ยาย วาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง



ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ไม่ได้เรียน (อ่านเขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ ต้องทำข้อ 4, 9, 10)
ประถมศึกษา	≤ 17	30
สูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

แปลผล: ถ้าคะแนนน้อยกว่าจุดตัดคือ "สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (Cognitive Impairment)"

สรุปผลการพิจารณา:

ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมจากเครื่องมือนี้

สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ส่งต่อแพทย์วินิจฉัย