

Vanderbilt Assessment Follow-up - Parent Informant (ฉบับติดตามอาการ สำหรับผู้ปกครอง)

วันที่:ชื่อเด็ก:วันเกิด:

ชื่อบิดา/มารดา:เบอร์โทรศัพท์:

คำแนะนำ: การตอบคำถามในแต่ละข้อควรได้พิจารณาในบริบทที่มีความเหมาะสมกับอายุของคุณ ขณะกรอกแบบฟอร์มนี้โปรดคิดถึงพฤติกรรมที่ผ่านมา ของเด็กในช่วง 6 เดือน

การประเมินนี้ทำได้ในขณะที่เด็ก () รับประทานยาอยู่ () ไม่ได้รับประทานยา () ไม่แน่ใจ

อาการ	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อย	บ่อยมาก
1. ไม่ใส่ใจกับรายละเอียดหรือทำผิดพลาดด้วยความไม่รอบคอบ เช่น ทำการบ้าน	0	1	2	3
2. มีความยากลำบากในการให้ความสนใจกับสิ่งที่ต้องทำ	0	1	2	3
3. ดูเหมือนจะไม่ฟังเมื่อมีคนพูดด้วย	0	1	2	3
4. ไม่ปฏิบัติตามเมื่อได้รับคำสั่งและไม่สามารถทำกิจกรรมให้เสร็จ (ซึ่งไม่ได้เกิดจากการต่อต้านหรือความไม่เข้าใจ)	0	1	2	3
5. มีความยากลำบากในการวางแผนจัดระบบงานและกิจกรรมต่างๆ	0	1	2	3
6. หลีกเลียงไม่ชอบหรือไม่ต้องการที่จะเริ่มต้นงานที่ต้องใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่อง	0	1	2	3
7. ทำสิ่งของที่จำเป็นสำหรับงานหรือกิจกรรมสูญหาย (ของเล่น, งานที่ได้รับมอบหมาย, ดินสอหรือหนังสือ)	0	1	2	3
8. ถูกทำให้เสียสมาธิได้ง่ายโดยเสียงหรือสิ่งเร้าอื่น ๆ	0	1	2	3
9. ขี้ลืมในกิจวัตรประจำวัน	0	1	2	3
10. มือหรือเท้าหยุกหยิกอยู่ไม่สุขหรือบิดตัวไปมาในที่นั่ง	0	1	2	3
11. ลุกออกจากที่นั่งในขณะที่ถูกคาดหวังให้นั่งอยู่กับที่	0	1	2	3
12. วิ่งหรือปีนป่ายมากเกินไปเมื่อถูกคาดหวังให้นั่งอยู่กับที่	0	1	2	3
13. มีความยากลำบากในการเล่นหรือเริ่มกิจกรรมการเล่นอย่างเงียบๆ	0	1	2	3
14. ส่งวุ่นวายหรือมักดูเหมือน "ถูกขับเคลื่อนด้วยเครื่องยนต์"	0	1	2	3
15. พุดมากเกินไป	0	1	2	3
16. โพล่งคำตอบออกมาก่อนที่จะฟังคำถามจบ	0	1	2	3
17. มีความยากลำบากในการรอคอยจนถึงผลของตัวเอง	0	1	2	3
18. ขัดจังหวะหรือพูดแทรกการสนทนาและ / หรือกิจกรรมของผู้อื่น	0	1	2	3

สมรรถภาพ	ดีเยี่ยม	เหนือเกณฑ์เฉลี่ย	อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	เป็นปัญหาบ้าง	เป็นปัญหา
19. ผลการเรียนรู้โดยรวม	1	2	3	4	5
20. การอ่าน	1	2	3	4	5
21. การเขียน	1	2	3	4	5
22. คณิตศาสตร์	1	2	3	4	5
23. ความสัมพันธ์กับพ่อแม่	1	2	3	4	5
24. ความสัมพันธ์กับพี่น้อง	1	2	3	4	5
25. ความสัมพันธ์กับเพื่อน	1	2	3	4	5
26. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มีการจัดการอย่างเป็นระบบ (เช่น เล่นเป็นทีมหรือทำงานเป็นกลุ่ม)	1	2	3	4	5

ผลข้างเคียงจากยา: เด็กมีผลข้างเคียงของยาหรือปัญหาดังต่อไปนี้ในสัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่	อาการต่อไปนี้ เป็นปัญหาในปัจจุบันหรือไม่			
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง
ปวดหัว				
ปวดท้อง				
ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง – ถ้ามีกรุณาเขียนอธิบายด้านล่าง				
ปัญหาการนอน				
หงุดหงิดในช่วงเวลา สาย บ่าย หรือ เย็น - ถ้ามีกรุณาเขียนอธิบายด้านล่าง				
แยกตัวออกจากสังคม – ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดน้อยลง				
เศร้า หรือ ร้องไห้มาก				
ไม่คล่องแคล่ว เหนื่อย ไม่มีชีวิตชีวา				
มือสั่น หรือ รู้สีกว่าตัวสั่น				
มีการเคลื่อนไหวที่ช้าๆ กล้ามเนื้อกระดูกบริเวณตา คอ หรือ ส่วนอื่นของร่างกาย – ถ้ามีกรุณาเขียนอธิบายด้านล่าง				
แคะผิวหนัง หรือแคะบริเวณนิ้วมือ กัดเล็บ กัดริมฝีปาก หรือเคี้ยวแก้ม – ถ้ามีกรุณาเขียนอธิบายด้านล่าง				
มองเห็น หรือ ได้ยินในสิ่งไม่มีจริง				

คำอธิบาย/ข้อคิดเห็น:

สำหรับแพทย์เท่านั้น
คะแนนรวมของอาการในข้อคำถามที่ 1-18: _____
คะแนนเฉลี่ยของสมรรถภาพจากคำถามในข้อ 19-26: _____

Translated by Asst. Prof. Vilawan Chirdkiatgumchai, M. D. and Assoc. Prof. Nichara Ruangdaraganon, M.D.

(แปลโดย ศศ. พญ. วัฒวิทย์ เชิดเกียรติกำจาย และ รศ. พญ. นิชรา เรืองคารกานนท์)

We are grateful of Prof. Mark Wolraich, M.D. for his kindness in giving us permission for translation of this document.