



กรมอนามัย  
DEPARTMENT OF HEALTH



สมุดบันทึกสุขภาพ

# แม่และเด็ก



ชื่อ-นามสกุล .....

นำติดตัวทุกครั้งที่ได้รับบริการ ในสถานพยาบาลทุกแห่ง  
ใช้ประกอบการแจ้งเกิด เพื่อออกสูติบัตรและเพิ่มชื่อในทะเบียนบ้าน  
กระทรวงสาธารณสุข 2565

**แจกฟรี ห้ามจำหน่าย**

“โปรดอย่าทำลาย” หากผู้ใดเก็บหรือพบสมุดเล่มนี้ โปรดส่งคืนด้วย

บริการให้ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก โดยกรมอนามัยและยูนิเซฟ

วิธีการสมัคร

ลงทะเบียนฟรี ผ่าน LINE



เพิ่มเพื่อนใน Line: @9yangth หรือสแกน QR Code





## รู้จักสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (Passport of life)

**สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก**

**ชื่อ-นามสกุล**

**นำข้อมูลมากรอกให้เรียบร้อย ในสถานพยาบาลก่อน**

ใช้ประกอบการวินิจฉัย เพื่อออกสูติบัตรและบันทึกชื่อในทะเบียนบ้าน  
กระทรวงสาธารณสุข 2565

**แอดฟรี ไลน์เจ้าหน้าที่**

ฟรีต่อสำหรับท่าน สามารถใช้กับโรงพยาบาลอื่นได้ โปรดสงวนไว้

บริการฟรีเพื่อประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ โทรขอเจ้าหน้าที่แอดฟรี

แอดฟรีไลน์ : @9yangth ผ่าน LINE

เพื่อเพื่อน Line : @9yangth หรือตาม QR Code

สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเป็นเอกสารของครอบครัว ไม่ใช่ของโรงพยาบาล ดังนั้น พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กควรใช้ประโยชน์จากสมุดบันทึกสุขภาพฯ นี้ ให้เต็มที่ในการบันทึกสุขภาพของตนเองขณะตั้งครรภ์ และบันทึกสุขภาพเด็กในหน้าที่ระบุว่า พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูบันทึกเพื่อจะได้ทราบสุขภาพของตนเองและลูก และเตรียมพร้อมที่จะขอคำปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข รวมทั้งอ่านและทำความเข้าใจเนื้อหา ความรู้ที่จัดทำไว้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และปฏิบัติตามคำแนะนำของเนื้อหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อสุขภาพที่ดีของตนเองและของลูกน้อย รวมทั้งสอบถามเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่ในกรณีที่สงสัย หรือไม่เข้าใจ



กรมอนามัย  
DEPARTMENT OF HEALTH

สำหรับติด  
รูปภาพเด็ก

ชื่อ-นามสกุล **หญิง**ตั้งครรภ์

อายุ  ปี HN

เลขประจำตัวบัตรประชาชน  -  -  -  -

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้  อีเมล

ชื่อ-นามสกุล **สามี**

อายุ  ปี HN

เลขประจำตัวบัตรประชาชน  -  -  -  -

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้  อีเมล

ชื่อ-นามสกุล **เด็ก**  HN  กลุ่มเลือด

เกิดวันที่  เดือน  พ.ศ.  เวลา  น.

เลขประจำตัวบัตรประชาชน  -  -  -  -

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่  หมู่ที่  หมู่บ้าน

ซอย  ถนน  ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต  จังหวัด  รหัสไปรษณีย์



หากผู้ใดเก็บหรือพบสมุดเล่มนี้  
โปรดส่งคืนด้วย

## คุณลักษณะที่ดีของแม่เพื่อให้ลูกมีสุขภาพดี

- 1 รับประทานวิตามินเสริมธาตุเหล็กและโฟลิกก่อนตั้งครรภ์ อย่างน้อย 3 เดือน
- 2 มีลูกเมื่ออายุ 20 ถึง 34 ปี มีน้ำหนักตัวเหมาะสม
- 3 เว้นช่วงระยะการมีบุตร แต่ละคนอย่างน้อย 2 ปี
- 4 ฝากครรภ์ทันทีก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์พร้อมสามี มาฝากครรภ์ตามนัด และคลอดกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
- 5 ได้รับวัคซีนป้องกันคอตีบ-บาดทะยัก วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และวัคซีนป้องกันโควิด 19 ครบตามเกณฑ์ และพาลูกไปรับวัคซีนป้องกันโรคตามกำหนดนัด
- 6 ปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ตามข้อแนะนำในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- 7 ดูแลตนเองให้รู้สึกผ่อนคลายควบคุมอารมณ์ หากนอนไม่หลับ หงุดหงิด ปรึกษาคนใกล้ชิด
- 8 ขณะตั้งครรภ์กินอาหารให้เหมาะสม เพื่อให้ลูกมีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2,500 กรัม ขึ้นไป
- 9 ให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน โดยไม่ต้องให้น้ำ และให้นมแม่ต่อเนื่องเสริมควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปี หรือมากกว่า
- 10 เริ่มให้อาหารอื่นนอกจากนมแม่เมื่อลูกอายุครบ 6 เดือน เพื่อลูกสูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ
- 11 หมั่นออกกำลังกาย พุดคุย เล่นและเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูก



ถ้าท่านสงสัยหรือมีคำถามเกี่ยวกับสมุดนี้ สอบถามได้ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

	<b>หน้า</b>
ชื่อ - นามสกุล หญิงตั้งครรภ์ สามี และเด็ก	1
คุณลักษณะที่ดีของแม่เพื่อให้ลูกมีสุขภาพดี	2
<b>ส่วนที่ 1 บริการหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว</b>	
• ประวัติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว	5
• ประวัติหญิงตั้งครรภ์ปัจจุบัน	6
• ประวัติวัคซีนหญิงตั้งครรภ์	7
• เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์	8-9
• บันทึกการตรวจครรภ์	10-13
• การตรวจสุขภาพช่องปาก (เจ้าหน้าที่บันทึก)	14
• การคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์	14
• โอกาสเสี่ยงของการมีลูกเป็นโรคธาลัสซีเมีย	15
• กลุ่มอาการดาวน์	15
• การนับลูกดิ้น	16
• การประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด	17-21
• ปริมาณอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับใน 1 วัน และอาหารทดแทน (อาหารที่สามารถเลือกกินได้ภายในกลุ่มอาหาร)	22-23
• โภชนาการหญิงตั้งครรภ์ เพื่อลูกมีน้ำหนักแรกเกิด 2,500 - 3,500 กรัม	24
<b>ส่วนที่ 2 ความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อแม่ลูกสุขภาพดี</b>	
• ตั้งครรภ์ต้องตรวจอะไรบ้าง? เพื่อลูกน้อยปลอดภัย	25
• เพิ่มสมองลูกน้อยในห้องด้วยแร่ธาตุและวิตามิน	25
• ดูแลฟันแม่	26
• แม่ตั้งครรภ์ก็ออกกำลังกายได้	26
• แม่ตั้งครรภ์กับโควิด 19 ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร	27
• อุบัติเหตุแม่ท้องต้องระวัง...?	28
• อาการแทรกซ้อนและความผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลทันทีที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและลูกน้อยในครรภ์	29
• การวางแผนเลือกวิธีการคลอด	30
• ทุนสมองลูกด้วยนมแม่	31
• ฝึกลูกเข้านอน	31
• ฝ้าดูฟัน 5 ขวบปีแรก	32
• คำแนะนำสำหรับผู้ปกครองเกี่ยวกับการให้เด็กปฐมวัยได้รับสื่อจอได้อย่างเหมาะสม	32
• โรคยอดฮิตของเด็ก	33
• ส่งเสริมพัฒนาการลูกรักเติบโตอย่างมีคุณภาพ: กิน กอด เล่น เล่า	34-35
• คำแนะนำเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยและป้องกัน การพลัดตกหกล้ม การอุดต้นทางเดินหายใจ แรงเชิงกลจากวัตถุสิ่งของ การจมน้ำ การบาดเจ็บจากการจลาจล	36-37
• อาการของทารกแรกเกิดที่ต้องพาเด็กไปพบแพทย์ทันที	38
• ข้อควรระวังสีของอุจจาระ	38
• คำแนะนำเกี่ยวกับการได้รับวัคซีน	39

### ส่วนที่ 3 บันทึกหลังคลอดและบริการเด็กแรกเกิด - 6 ปี

• บันทึกการตรวจสุขภาพเด็กปฐมวัย	40-41
• ประเมินความเสี่ยงพันธุ	42
• คำแนะนำการใช้กราฟแสดงภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก (พ่อ/แม่หรือผู้ปกครองบันทึกเองได้)	43
• กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ของเด็กอายุ 0-5 ปี เพศชาย สำหรับพ่อแม่ใช้ในการติดตามน้ำหนักของลูก	44-45
• กราฟแสดงความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ของเด็กอายุ 0-5 ปี เพศชาย สำหรับพ่อแม่ใช้ในการติดตามส่วนสูงของลูก	46-47
• กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาวของเด็กอายุ 0-2 ปี เพศชาย สำหรับพ่อแม่ใช้ในการติดตามการเจริญเติบโตด้านรูปร่างของลูก (อ้วน สมส่วน ผอม)	48-49
• กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็กอายุ 2-5 ปี เพศชาย สำหรับพ่อแม่ใช้ในการติดตามการเจริญเติบโตด้านรูปร่างของลูก (อ้วน สมส่วน ผอม)	50-51
• เส้นรอบวงศีรษะเด็กแรกเกิด-5 ปี เพศชาย (ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์)	52-53
• กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ของเด็กอายุ 0-5 ปี เพศหญิง สำหรับพ่อแม่ใช้ในการติดตามน้ำหนักของลูก	54-55
• กราฟแสดงความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ของเด็กอายุ 0-5 ปี เพศหญิง สำหรับพ่อแม่ใช้ในการติดตามส่วนสูงของลูก	56-57
• กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาวของเด็กอายุ 0-2 ปี เพศหญิง สำหรับพ่อแม่ใช้ในการติดตามการเจริญเติบโตด้านรูปร่างของลูก (อ้วน สมส่วน ผอม)	58-59
• กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็กอายุ 2-5 ปี เพศหญิง สำหรับพ่อแม่ใช้ในการติดตามการเจริญเติบโตด้านรูปร่างของลูก (อ้วน สมส่วน ผอม)	60-61
• เส้นรอบวงศีรษะเด็กแรกเกิด-5 ปี เพศหญิง (ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์)	62-63
• อาหารทารกแรกเกิด-12 เดือน	64-65
• ความสำคัญของโภชนาการในเด็กอายุ 1-5 ปี	66
• อาหารทดแทน (อาหารที่สามารถเลือกกินได้ภายในกลุ่มอาหาร)	67
• บันทึกการคลอด	68
• เยี่ยมดูแลหลังคลอด โดยทีมหมอครอบครัว	68
• บันทึกทารกแรกเกิด (เจ้าหน้าที่บันทึก)	69
• การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แรกเกิด - 6 ปี	70-73
• บันทึกการได้รับวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย (เจ้าหน้าที่บันทึก)	74-76
• วันนัดตรวจสุขภาพและรับวัคซีนครั้งต่อไป	77-78
• แบบส่งต่อข้อมูลเด็กปฐมวัยสู่โรงเรียน	79-80

โปรดเก็บรักษาสมุดบันทึกสุขภาพเล่มนี้ไว้ตลอดไป เพื่อประโยชน์ในการป้องกันโรค  
ทั้งใช้ประกอบการเข้าเรียนและสมัครงานในอนาคต



## ประวัติหญิงตั้งครรภ์ปัจจุบัน

ครรภ์ที่..... ประจำเดือนครั้งสุดท้าย..... คณะกำหนดการคลอด.....  
 ก่อนตั้งครรภ์น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม. BMI ก่อนการตั้งครรภ์.....  
 เคยผ่าตัดคลอด..... ครั้ง จำนวนบุตรที่มีชีวิต..... คน บุตรคนสุดท้าย อายุ..... ปี..... เดือน

รายงานการตรวจเลือด	หญิงตั้งครรภ์		สามี	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
	วตป.....	วตป.....	วตป.....	วตป.....
Blood gr ABO,Rh				
Hct/Hb				
OF/MCV				
DCIP				
Hb typing				
ไวรัสตับอักเสบบี				
ซิฟิลิส				
Anti-HIV				
ผลตรวจอื่นๆ				

วันที่.....  คัดกรอง  เสี่ยงสูง วันที่.....  เจาะน้ำคร่ำ ผล.....  
 ดาวน์ซินโดรม  เสี่ยงต่ำ  
 ไม่ได้คัดกรอง  
 ดาวน์ซินโดรม

การให้คำปรึกษาแบบคู่  ได้รับก่อนตรวจเลือด วันที่.....  
 ได้รับหลังตรวจเลือด วันที่.....

การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่  ครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์.....สัปดาห์  
 ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์.....สัปดาห์  
 ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์.....สัปดาห์

## ประวัติวัคซีนหญิงตั้งครรภ์

วัคซีน	ประวัติการได้รับก่อนตั้งครรภ์	ในระหว่างการตั้งครรภ์นี้
ป้องกัน คอตีบ- บาดทะยัก	<input type="radio"/> เคยฉีด จำนวน .....ครั้ง ครั้งสุดท้าย วันที่.....  <input type="radio"/> ไม่เคยฉีด  <input type="radio"/> ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	<input type="radio"/> ฉีดวัคซีน ครั้งที่ 1 วันที่..... ครั้งที่ 2 วันที่..... ครั้งที่ 3 วันที่.....  <input type="radio"/> ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น วันที่.....  <input type="radio"/> ไม่ฉีดวัคซีนในครรภ์นี้ เพราะได้รับครบ 3 เข็ม หรือได้รับเข็มกระตุ้นมาไม่เกิน 10 ปี
ป้องกัน ไข้หวัดใหญ่ (ให้บริการ ตลอดทั้งปี)	<input type="radio"/> เคยฉีด จำนวน .....ครั้ง ครั้งสุดท้าย วันที่.....  <input type="radio"/> ไม่เคยฉีด  <input type="radio"/> ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	<input type="radio"/> ฉีดวัคซีน 1 ครั้ง เมื่ออายุครรภ์ 4 เดือนขึ้นไป วันที่.....
ป้องกัน โควิด 19*	<input type="radio"/> เคยฉีด จำนวน .....ครั้ง ครั้งที่ 1 วัคซีน**..... วันที่..... ครั้งที่ 2 วัคซีน**..... วันที่..... ครั้งที่ 3 วัคซีน**..... วันที่..... ครั้งที่... วัคซีน**..... วันที่.....  <input type="radio"/> ไม่เคยฉีด  <input type="radio"/> ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	<input type="radio"/> ฉีดวัคซีน เมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ครั้งที่ 1 วัคซีน**..... วันที่..... ครั้งที่ 2 วัคซีน**..... วันที่..... ครั้งที่ 3 วัคซีน**..... วันที่.....

หมายเหตุ : \* สามารถฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 พร้อมกันกับวัคซีนอื่นได้

\*\* วัคซีน : ชื่อทางการค้าหรือชื่อผู้ผลิตวัคซีน

ที่มา : กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของ

รายการความเสี่ยง

ประวัติอดีต				
1. เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด (1 เดือนแรก)				
2. เคยแท้ง 3 ครั้ง ติดต่อกันหรือมากกว่าติดต่อกัน				
3. เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์				
4. เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม				
5. เคยเข้ารับการรักษายาบาลความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ				
6. เคยผ่าตัดอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกมดลูก ผ่าตัดคลอด ผูกปากมดลูก ฯลฯ				
ประวัติปัจจุบัน	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี
7. ครรภ์แฝด				
8. อายุ < 20 ปี (นับถึง EDC)				
9. อายุ ≥ 35 ปี (นับถึง EDC)				
10. Rh Negative				
11. เลือดออกทางช่องคลอด				
12. มีก้อนในอุ้งเชิงกราน				
13. ความดันโลหิต Diastolic ≥ 90 mmHg				
14. BMI < 18.5 กก./ตรม. หรือ ≥ 23 กก./ตรม. ก่อนตั้งครรภ์				
ประวัติทางอายุรกรรม				
15. โลหิตจาง				
16. โรคเบาหวาน				
17. โรคไต				
18. โรคหัวใจ				
19. ใช้สารเสพติด				
20. สูบบุหรี่ คนใกล้ชิดสูบบุหรี่				
21. โรคอายุรกรรม อื่นๆ เช่น ไทรอยด์ SLE ฯลฯ (โปรดระบุ).....				
22. อื่นๆ โปรดระบุ				
	ผู้ประเมิน	.....	.....	.....
	วันที่	.....	.....	.....

ทำเครื่องหมาย ✓ เมื่อพบความเสี่ยง ✗ กรณีไม่พบความเสี่ยง ถ้าพบคำตอบ ✓ ในข้อใด ข้อหนึ่งเพิ่มเติม โดยสูติแพทย์







# บันทึก

วันที่ตรวจ	น้ำหนัก (กก.)	การตรวจปัสสาวะ Bacteria/ protein/sugar	ความดันโลหิต (มม.ปรอท)	ขนาดของมดลูก (cm.)	ท่าเด็กส่วนน้ำ/การลง	เสียงหัวใจเด็ก

**การตรวจห้วงนม/เต้านม**

ปกติ     
  บวม     
  สั้น     
  บอด

ผู้ตรวจ..... วันที่.....

## ผลการตรวจอัลตราซาวด์

วันที่ตรวจ	GA (WK)	Presentation	FHS (bpm)	CRL mm/wk	BPD mm/wk	HC mm/wk

## การตรวจครรภ์

เด็ก ตั้งครรภ์	อายุครรภ์ (สัปดาห์)		การตรวจร่างกายและความผิดปกติที่พบ การวินิจฉัยและการรักษา	วันนัด ครั้งต่อไป	ผู้ตรวจ  สถานที่ ตรวจ
	LMP	U/S			

### การคัดกรองเบาหวาน

วันที่ตรวจ GA				
วิธีการตรวจ				
GCT mg%				
OGTT mg%				

AC mm/wk	FL mm/wk	EFW (g)	Placenta	AFI	EDC	ผู้ตรวจ

## การตรวจสุขภาพช่องปาก (เจ้าหน้าที่บันทึก)

การตรวจ ผล	มี	ไม่มี	แนะนำ/ฝึกทักษะ
ฟันผุ	<input type="checkbox"/> (.....ซี่)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> แนะนำการกินและการดูแลช่องปาก
เหงือกอักเสบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ฝึกแปรงฟัน
หินน้ำลาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ฝึกแปรงฟันโดยย้อมคราบจุลินทรีย์
อื่นๆ.....			<input type="checkbox"/> ฝึกใช้ไหมขัดฟัน
ผู้ตรวจ.....			อื่นๆ ระบุ.....
วันที่ตรวจ..... / .....			
<b>การให้บริการ และการนัด</b>			
ครั้งที่ 1 วันที่.....		ผู้ให้บริการ.....	
ให้บริการ.....			
ครั้งที่ 2 วันที่.....		ผู้ให้บริการ.....	
ให้บริการ.....			

## การคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์

ลงวันที่.....

ไข้	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	วันที่เริ่มมีอาการ.....
ผื่น	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	วันที่เริ่มมีอาการ.....
ปวดข้อ	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	วันที่เริ่มมีอาการ.....
ตาแดง	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	วันที่เริ่มมีอาการ.....
ปวดศีรษะ	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	วันที่เริ่มมีอาการ.....
อาศัยอยู่หรือมีประวัติเดินทางเข้าไปในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยในช่วง 28 วัน			<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		<input type="radio"/> พบเชื้อไวรัสซิกา <input type="radio"/> ไม่พบเชื้อไวรัสซิกา <input type="radio"/> ไม่ส่งตรวจ	

หมายเหตุ: หากหญิงตั้งครรภ์มีอาการ ผื่นลักษณะนูนแดงแบบละเอียด (Maculopapular rash) ร่วมกับมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ ไข้ ปวดข้อ ปวดศีรษะ หรือตาแดง ควรมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหาเชื้อไวรัสซิกา

## โอกาสเสี่ยงของการมีลูกเป็นโรคราลัสซีเมีย

ถ้าทั้งพ่อและแม่เป็นพาหะ โอกาสที่ลูกจะเป็นโรคร้อยละ 25 หรือ 1 ใน 4 โอกาสที่ลูกจะเป็นพาหะ เท่ากับ 50% หรือ 2 ใน 4 โอกาสที่จะมีลูกปกติเท่ากับ 25% หรือ 1 ใน 4

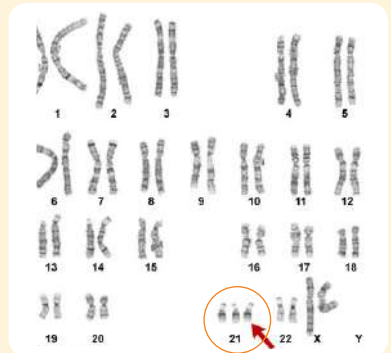


## กลุ่มอาการดาวน์

พบได้ 1 ต่อ 800 ของทารกเกิดมีชีวิต  
สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21

มีโอกาสเกิดได้ในหญิงตั้งครรภ์ **ทุกอายุ**

**การตรวจคัดกรอง** ทำได้โดยการเจาะเลือดแม่เพื่อ  
ตรวจสารชีวเคมี (Quadruple test) ในช่วงอายุ  
ครรภ์ 14 -18 สัปดาห์



หากผลตรวจคัดกรองมีความเสี่ยงสูง จำเป็นต้อง **ตรวจยืนยัน** ด้วยการเจาะน้ำคร่ำ  
เพื่อตรวจโครโมโซมของทารก

การเจาะน้ำคร่ำมีความเสี่ยงต่อการแท้งบุตร 0.5 %





## การประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด

สุขภาพจิตมีความสำคัญทั้งในช่วงการตั้งครรภ์และหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่มีสุขภาพจิตดีจะเป็นผลดีต่อทารกในครรภ์ ในช่วงการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดความเครียดได้เนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ ความสัมพันธ์กับญาติหรือคนใกล้ชิด การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเสพยาเสพติด ดื่มสุรา และอาการที่เกิดจากการตั้งครรภ์ เช่น อาเจียน อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย ปวดหลัง นอนไม่หลับ ปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้อาจทำให้เส้นเลือดหล่อเลี้ยงมดลูกและรกหดตัว ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงทารกในครรภ์น้อยลง เป็นผลเสียต่อทารกในครรภ์ได้ ส่วนมารดาหลังคลอดอาจต้องปรับตัว เผชิญกับเหตุการณ์ที่มากดดัน ทำให้รู้สึกกังวลเป็นทุกข์ จนทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย ส่งผลต่อครอบครัวและการใช้ชีวิต

การประเมินภาวะสุขภาพจิต จะช่วยลดความเสี่ยงต่อปัญหาต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น และช่วยให้มารดาและลูกมีสุขภาพกายใจที่สมบูรณ์ต่อไป

### ส่วนที่ 1 แบบประเมินความเครียด (ST-5)

ข้อ	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์	แทบไม่มี	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมาก	0	1	2	3
2	มีสมาธิน้อยลง	0	1	2	3
3	หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ	0	1	2	3
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง	0	1	2	3
5	ไม่อยากพบปะผู้คน	0	1	2	3
<b>รวมคะแนน</b>					

**หมายเหตุ** ระดับอาการแทบไม่มี หมายถึง ไม่มีอาการหรือเกิดอาการเพียง 1 ครั้ง  
 ระดับอาการเป็นบางครั้ง หมายถึง มีอาการมากกว่า 1 ครั้ง แต่ไม่บ่อย  
 ระดับอาการบ่อยครั้ง หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวัน  
 ระดับอาการเป็นประจำ หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน

#### การแปลผลและคำแนะนำ

- 0-4 คะแนน** หมายถึง ไม่มีความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง ยังสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม
- 5-7 คะแนน** หมายถึง สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด ควรผ่อนคลายความเครียด ด้วยการพูดคุยหรือปรึกษาหรือกับคนใกล้ชิด เพื่อระบายความเครียดหรือคลี่คลายที่มาของปัญหา และอาจใช้การหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ หลายครั้ง หรือใช้หลักการทางศาสนาเพื่อคลายความกังวล
- 8 คะแนนขึ้นไป** หมายถึง มีความเครียดสูงในระดับที่อาจจะส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดหลัง นอนไม่หลับ ควรขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อดูแลจิตใจหรือได้รับการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคมึ่มเศร้า (2Q) หรือส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาต่อไป

## ส่วนที่ 2 การคัดกรองซึมเศร้า

### 2.1 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)

1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง  
 มี  ไม่มี
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน  
 มี  ไม่มี

#### การแปลผลและคำแนะนำ

ถ้าตอบ “ไม่มี” ทั้งสองข้อ แสดงว่า เป็นปกติ ไม่พบความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำในการสังเกตอาการของโรคซึมเศร้า

ถ้าตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ควรได้รับการให้คำปรึกษาและส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ เพื่อรับการดูแลทางด้านสังคมจิตใจหรือรับการประเมินโรคซึมเศร้าต่อไป

ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

### 2.2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS) (ประเมินหลังคลอด 4-6 สัปดาห์)

#### คำแนะนำในการตอบคำถาม

เนื่องจากคุณเพิ่งให้กำเนิดบุตรเมื่อไม่นานมานี้ อยากทราบว่าความรู้สึกอย่างไร โปรดให้คำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด **ใน 7 วันที่ผ่านมา** โดยไม่ใช้ความรู้สึกในวันนี้

การตอบแบบสอบถาม : กรุณาตอบคำถามให้ครบถ้วน แม้ควรอ่านแบบประเมินด้วยตนเอง ยกเว้นในกรณีที่มีปัญหาในการอ่านภาษาไทยให้เจ้าหน้าที่อ่านให้ฟังได้ โดยเลือกและทำเครื่องหมาย X ในช่องคะแนนของข้อคำถามความรู้สึกในแต่ละข้อ ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา โดยคะแนนจะอยู่บนหัวตาราง

ข้อ	ความรู้สึก	คะแนน			
		0	1	2	3
1	ฉันสามารถหัวเราะและมองสิ่งต่างๆ รอบตัวที่เกิดขึ้นได้อย่างสนุกสนาน	มากเท่าๆ กับที่เคยเป็น	ค่อนข้างน้อยกว่าที่เป็น	น้อยลงมากอย่างเห็นได้ชัด	ไม่มีเลย
2	ฉันรอคอยสิ่งที่เกิดขึ้นข้างหน้าอย่างมีความสุข	มากเท่าๆ กับที่เคยเป็น	ค่อนข้างน้อยกว่าที่เป็น	น้อยลงมากอย่างเห็นได้ชัด	ไม่มีเลย
3	ฉันตำหนิตัวเองโดยไม่จำเป็นเมื่อมีสิ่งผิดพลาดเกิดขึ้น	ไม่มีเลย	ไม่บ่อยนัก	บางเวลา	เกือบตลอดเวลา
4	ฉันรู้สึกกระวนกระวายอย่างไม่เห็นเหตุผลที่ตีเพียงพอ	ไม่มีเลย	เกือบจะไม่มี	มีบางเวลา	มีบ่อยมาก

ข้อ	ความรู้สึก	คะแนน			
		0	1	2	3
5	ฉันรู้สึกกลัวหรือตื่นตระหนก โดยไม่มีเหตุผลเพียงพออย่างมาก	ไม่มีเลย	ไม่บ่อยนัก	บางเวลา	รู้สึกมากจริงๆ
6	สิ่งต่างๆ ได้ทับถมอยู่บนตัวฉัน	ฉันสามารถจัดการมันได้เหมือนอย่างที่เคย	เกือบตลอดเวลาฉันสามารถจัดการได้ดี	บางเวลาฉันไม่สามารถจัดการได้	เกือบตลอดเวลาฉันไม่สามารถจัดการได้เลย
7	ฉันรู้สึกไม่มีความสุขจนทำให้นอนหลับได้ยาก	ไม่เคยเลย	ไม่บ่อยนัก	บางเวลา	เกือบตลอดเวลา
8	ฉันรู้สึกเศร้าหรือทุกข์ระทม	ไม่เคยเลย	ไม่บ่อยนัก	ค่อนข้างบ่อย	เกือบตลอดเวลา
9	ฉันรู้สึกไม่มีความสุขจนต้องร้องไห้	ไม่เคยเลย	ไม่บ่อยนัก	ค่อนข้างบ่อย	เกือบตลอดเวลา
10	ฉันมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย	ไม่เคยเลย	เกือบจะไม่เคย	บางเวลา	ค่อนข้างน้อย
รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 1-10 (คะแนนสูงสุด คือ 30)					

**การแปลผลและคำแนะนำ**

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11

หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ควรขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อดูแลจิตใจหรือได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาต่อไป

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 1(ในข้อ10)

หมายถึง มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ให้ประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มเติม ควรขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อดูแลจิตใจหรือได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาต่อไป

ที่มา: รศ.พญ.จากรินทร์ ปีตานพงศ์ และคณะ

**ส่วนที่ 3 การประเมินการดื่มสุรา**

ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยดื่มสุราหรือไม่ (สุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กะแช่ วิสกี้ สเปย์ ไวน์ เป็นต้น)

เคย  ไม่เคย

หากตอบว่า “เคย” ควรได้รับการประเมินปัญหาการดื่มสุรา และการดูแลจากเจ้าหน้าที่เพิ่มเติม เนื่องจากการดื่มสุราจะมีผลต่อสุขภาพของมารดาและการเลี้ยงลูก

## การบันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพจิต และการดูแลช่วยเหลือ

บันทึกสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ (ประเมินภาวะสุขภาพจิตในส่วนที่ 1 ส่วนที่ 2 ข้อ 2.1 และส่วนที่ 3)

ประเด็นการประเมิน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
ความเครียด (ST-5)	<input type="radio"/> 0-4 คะแนน <input type="radio"/> 5-7 คะแนน <input type="radio"/> 8 คะแนนขึ้นไป	<input type="radio"/> 0-4 คะแนน <input type="radio"/> 5-7 คะแนน <input type="radio"/> 8 คะแนนขึ้นไป	<input type="radio"/> 0-4 คะแนน <input type="radio"/> 5-7 คะแนน <input type="radio"/> 8 คะแนนขึ้นไป	<input type="radio"/> 0-4 คะแนน <input type="radio"/> 5-7 คะแนน <input type="radio"/> 8 คะแนนขึ้นไป
ซึมเศร้า (2Q)	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> เสีย	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> เสีย	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> เสีย	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> เสีย
สุรา	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย
การดูแลช่วยเหลือ				

### บันทึกสุขภาพจิตมารดาหลังคลอด

มารดาหลังคลอด 4-6 สัปดาห์

มารดาหลังคลอด มากกว่า 6 สัปดาห์

บันทึกข้อมูลในประเด็นการประเมินข้อ (1) (3) (4) และ

บันทึกข้อมูลในประเด็นการประเมินข้อ (1) (2) (4) และ

ประเด็นการประเมิน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
	วันที่.....	วันที่.....
(1) ความเครียด (ST-5)	<input type="radio"/> ไม่มีความเครียดในระดับเกิดปัญหา (0-4 คะแนน) <input type="radio"/> สงสัยมีปัญหาความเครียด (5-7 คะแนน) <input type="radio"/> มีความเครียดสูงระดับส่งผลต่อร่างกาย (8 คะแนนขึ้นไป)	<input type="radio"/> ไม่มีความเครียด <input type="radio"/> สงสัยมีปัญหา <input type="radio"/> มีความเครียด
(2) ซึมเศร้า (2Q)	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> เสีย	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> เสีย
(3) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS) (ประเมินแม่หลังคลอด 4-6 สัปดาห์)	<input type="radio"/> ปกติ (คะแนนน้อยกว่า 11) <input type="radio"/> เสียต่อภาวะซึมเศร้า (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11) <input type="radio"/> เสียต่อการฆ่าตัวตาย (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ในข้อ 10)	<input type="radio"/> ปกติ (คะแนน) <input type="radio"/> เสียต่อภาวะ <input type="radio"/> เสียต่อการฆ่า
(4) สุรา	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย
(5) การดูแลช่วยเหลือ		

ครั้งที่/วันที่				
4	ครั้งที่ 5 วันที่.....	ครั้งที่ 6 วันที่.....	ครั้งที่ 7 วันที่.....	ครั้งที่ 8 วันที่.....
แน่น แน่น ขึ้นไป	<input type="radio"/> 0-4 คะแนน <input type="radio"/> 5-7 คะแนน <input type="radio"/> 8 คะแนนขึ้นไป	<input type="radio"/> 0-4 คะแนน <input type="radio"/> 5-7 คะแนน <input type="radio"/> 8 คะแนนขึ้นไป	<input type="radio"/> 0-4 คะแนน <input type="radio"/> 5-7 คะแนน <input type="radio"/> 8 คะแนนขึ้นไป	<input type="radio"/> 0-4 คะแนน <input type="radio"/> 5-7 คะแนน <input type="radio"/> 8 คะแนนขึ้นไป
	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> เสียยง	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> เสียยง	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> เสียยง	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> เสียยง
	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย

(5)

(5)

ครั้งที่/วันที่	
	ครั้งที่ 3 วันที่.....
ยดในระดับเกิดปัญหา (0-4 คะแนน) ความเครียด (5-7 คะแนน) สูงระดับส่งผลกระทบต่อร่างกาย (8 คะแนนขึ้นไป)	<input type="radio"/> ไม่มีความเครียดในระดับเกิดปัญหา (0-4 คะแนน) <input type="radio"/> สงสัยมีปัญหาความเครียด (5-7 คะแนน) <input type="radio"/> มีความเครียดสูงระดับส่งผลกระทบต่อร่างกาย (8 คะแนนขึ้นไป)
	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> เสียยง
น้อยกว่า 11) ซึมเศร้า (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11) ตัวยาย (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ในข้อ 10)	<input type="radio"/> ปกติ (คะแนนน้อยกว่า 11) <input type="radio"/> เสียยงต่อภาวะซึมเศร้า (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11) <input type="radio"/> เสียยงต่อการฆ่าตัวตาย (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ในข้อ 10)
	<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย

## ปริมาณอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ควรได้รับใน 1 วัน และอาหารทดแทน (อาหารที่สามารถเลือกกินได้ภายในกลุ่มอาหาร)

### ความสำคัญของโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์

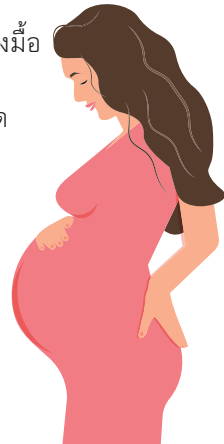
หญิงตั้งครรภ์ควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ตลอดการตั้งครรภ์ โดยกินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เพื่อให้ได้สารอาหารครบถ้วนเพียงพอสำหรับการเจริญเติบโตของลูกในครรภ์ เป็นผลให้การพัฒนาสมองและร่างกายสมบูรณ์ ทารกแรกเกิดจะมีน้ำหนักและความยาวเหมาะสม สติปัญญาดี สุขภาพแข็งแรง ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ควรเลือกกินอาหารให้เพียงพอตามปริมาณที่แนะนำให้บริโภคต่อวันและหลากหลาย ดังตารางอาหารทดแทน

### ปริมาณอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับหญิงตั้งครรภ์

กลุ่มอาหาร	อายุ 16-18 ปี		อายุ 19 ปี ขึ้นไป	
	ไตรมาสการตั้งครรภ์ที่ 1	ไตรมาสการตั้งครรภ์ที่ 2 และ 3	ไตรมาสการตั้งครรภ์ที่ 1	ไตรมาสการตั้งครรภ์ที่ 2 และ 3
ข้าว-แป้ง (ทัพพี)	8	10	6	9
ผัก (ทัพพี)	6	6	6	6
ผลไม้ (ส่วน)	5	6	5	6
เนื้อสัตว์ (ช้อนกินข้าว)	12	12	12	12
นม (แก้ว)	3	3	2-3	2-3
น้ำตาล (ช้อนชา)	ไม่เกิน 4 ช้อนชา	ไม่เกิน 5 ช้อนชา	ไม่เกิน 4 ช้อนชา	ไม่เกิน 5 ช้อนชา
เกลือ (ช้อนชา)	ไม่เกิน 1 ช้อนชา	ไม่เกิน 1 ช้อนชา	ไม่เกิน 1 ช้อนชา	ไม่เกิน 1 ช้อนชา

### ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของหญิงตั้งครรภ์

1. กินอาหารให้ครบทุกกลุ่ม แต่ละกลุ่มให้หลากหลายในปริมาณที่แนะนำตามธงโภชนาการ และหมั่นดูแลน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ตามระยะของการตั้งครรภ์
2. กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ
3. กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ
4. กินผักให้มาก กินผลไม้เป็นประจำ และหลากหลายสี หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด
5. ดื่มนมรสจืด และกินอาหารที่เป็นแหล่งแคลเซียมอื่น ๆ
6. หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด ให้ใช้เครื่องปรุงรสเค็มเสริมไอโอดีน
7. กินอาหารที่สะอาด ปลอดภัย และปรุงสุกใหม่ ๆ ไม่กินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ
8. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน ชา กาแฟ และน้ำอัดลม
9. งดอาหารหมักดอง และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์



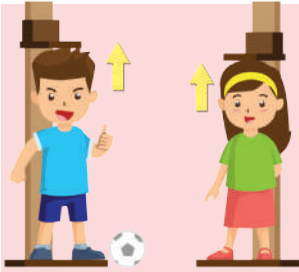
อาหารทดแทน (อาหารที่สามารถเลือกกินได้ภายในกลุ่มอาหาร)		
กลุ่มอาหาร	หน่วย	ชนิดอาหารทดแทน
<p><b>ข้าว-แป้ง</b></p> 	ทัพพี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้าวสวย 1 ทัพพี</li> <li>- ข้าวเหนียว ½ ทัพพี</li> <li>- ขนมหัน 1 จับใหญ่</li> <li>- ขนมปังโฮลวีท 1 แผ่น</li> <li>- ก๋วยเตี๋ยว 1 ทัพพี</li> <li>- มักกะโรนี สปาเกตตี้ลวก 1 ทัพพี</li> <li>- ข้าวโพดสุก 1 ฝัก</li> <li>- เผือก 1 ทัพพี</li> <li>- มันเทศต้มสุก 2 ทัพพี</li> <li>- เส้นหมี่ รูนเส้น 2 ทัพพี</li> </ul>
<p><b>ผัก</b></p> 	ทัพพี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผักสุกทุกชนิด 1 ทัพพี เช่น ผักกาดขาว กะหล่ำปลี แดงกวา บรอกโคลี ถั่วฝักยาว แครอท ฟักทอง</li> <li>- ผักดิบที่เป็นใบ 2 ทัพพี</li> <li>- ผักดิบที่เป็นหัว เช่น มะเขือเปราะดิบ 1 ทัพพี ถั่วฝักยาวดิบ 1 ทัพพี แดงกวาดิบ 2 ทัพพี มะเขือเทศดิบ 3 ทัพพี</li> </ul>
<p><b>ผลไม้</b></p> 	ส่วน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มังคุด 4 ผล</li> <li>- ชมพู 2 ผล ขนาดใหญ่</li> <li>- ส้มเขียวหวาน 2 ผลกลาง</li> <li>- แอปเปิ้ล 1 ผลเล็ก</li> <li>- กัลยน้ำว้า 1 ผลกลาง</li> <li>- กัลยหอม 2/3 ผลใหญ่</li> <li>- ฝรั่ง ½ ผลกลาง</li> <li>- มะม่วงสุก ½ ผลกลาง</li> <li>- มะละกอสุก 6 ชิ้นพอดีคำ</li> </ul>
<p><b>เนื้อสัตว์</b></p> 	ช้อนกินข้าว	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เนื้อสัตว์ 1 ช้อนกินข้าว เช่น ไก่ หมู วัว ปลา หอย กุ้ง เป็นต้น</li> <li>- เครื่องในสัตว์ 1 ช้อนกินข้าว เช่น ตับ เลือด เป็นต้น</li> <li>- ไข่ ½ ฟอง</li> <li>- ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว เช่น ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วเขียว เป็นต้น</li> <li>- เต้าหู้แข็ง 2 ช้อนกินข้าว</li> <li>- เต้าหู้อ่อน 6 ช้อนกินข้าว</li> <li>- นมถั่วเหลือง 1 แก้ว</li> </ul>
<p><b>นม</b></p> 	แก้ว 200 ซีซี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- นมรสจืด 1 แก้ว (200 ซีซี)</li> <li>- โยเกิร์ต 1 ½ ถ้วย</li> <li>- ปลาเล็กปลาน้อย 2 ช้อนกินข้าว</li> <li>- เต้าหู้แข็ง 1 ก้อน</li> <li>- เต้าหู้อ่อน 7 ช้อนกินข้าว</li> </ul>

**ข้อแนะนำ:** ควรกินอาหารที่มีความหลากหลาย โดยเลือกอาหารทดแทนในกลุ่มเดียวกันได้ ดังตารางอาหารทดแทน ตัวอย่างเช่น กลุ่มข้าว-แป้ง โดยอาจจะเป็นข้าวสวย ข้าวเหนียว เส้นหมี่ เผือก มัน หรือรูนเส้นแทนกันได้ โดยเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งตามปริมาณที่แนะนำ อาหารในกลุ่มอื่นๆ ก็เช่นเดียวกัน เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบถ้วนและปริมาณเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย



# โภชนาการหญิงตั้งครรภ์

เพื่อลูกมีน้ำหนักแรกเกิด 2,500 - 3,500 กรัม



## ดื่มนม ลูกสูงดี



ดื่มนมรสจืดทุกวัน  
วันละ 2-3 แก้ว  
(1 แก้ว ขนาด 200 ซีซี)

อาจเลือกอาหารอื่นแทนนม 1 แก้ว เช่น



โยเกิร์ต 1 ถ้วยครึ่ง  
ปลาเล็กปลาน้อย 2 ช้อนกินข้าว  
เต้าหู้แข็ง 4 ช้อนกินข้าว

## กิน ปลา ตับ ไข่ ลูกสมองดี



กินปลา มีโอละ 4 ช้อนกินข้าว  
อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

กินตับ มีโอละ 4 ช้อนกินข้าว  
สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง

กินไข่  
วันละ 1 ฟอง



## กินผัก ผลไม้ ผักพรรณพองใส ขับถ่ายดี

กินผักผลไม้ทุกมื้อ



กินผัก มีโอละ 2 ทัพพี



กินผลไม้ มีโอละ 2 ส่วน



ผลไม้ 1 ส่วน เท้ากับ	
	กล้วยน้ำว้า 1 ผล
	ส้มเขียวหวาน 2 ผลกลาง
	เงาะ 4 ผล
	มะละกอ 6 ชิ้นพอดีคำ

## 4 อย่าง เสริมภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์



กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน  
ธาตุเหล็ก และโฟลิกทุกวัน



เดินเป็นประจำ  
ทุกวัน



แปรงฟัน  
เช้าและก่อนนอนทุกวัน



นอนหลับ  
วันละ 7-9 ชั่วโมง

## ตั้งครรภ์ต้องตรวจอะไรบ้าง ? เพื่อลูกน้อยปลอดภัย ปลอดภัย



**ตรวจปัสสาวะ:** เพื่อยืนยันการตั้งครรภ์, โปรตีนในปัสสาวะ



**ซักถามประวัติสุขภาพ** ของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว  
รับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก



**คัดกรองความเสี่ยงในการตั้งครรภ์**

การคัดกรองสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด



**การตรวจเลือดของหญิงตั้งครรภ์** ได้แก่ กรู๊ปเลือด, ธาลัสซีเมีย, ทารกกลุ่มอาการดาวน, โรคเบาหวาน, การติดเชื้อ HIV, ซิฟิลิส และ ไวรัสตับอักเสบบี



**การตรวจเลือดของสามี/คู่** ได้แก่ การติดเชื้อ HIV, ซิฟิลิส และธาลัสซีเมีย

## เพิ่มสมองลูกในท้องด้วยแร่ธาตุและวิตามิน



**สมองของเด็กเล็ก** เริ่มมีพัฒนาการตั้งแต่อายุในครรภ์มารดา ซึ่งจำเป็นต้องได้รับสารอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการพัฒนาและการเจริญเติบโตของสมองซึ่งแร่ธาตุและวิตามินที่สำคัญ จำเป็นอย่างยิ่ง คือ ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก

### แร่ธาตุและวิตามินที่บำรุงสมองลูกในครรภ์



**ไอโอดีน** ช่วยในการพัฒนาระบบประสาทและเซลล์สมอง หากได้รับไอโอดีนไม่เพียงพอจะทำให้เซลล์สมองเกิดน้อยและไม่หนาแน่น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบสมองและประสาทไปตลอดชีวิต และค่าเฉลี่ยของระดับเซเว่นปีปัญญาหรือไอคิวของเด็กในพื้นที่ที่ขาดสารไอโอดีนนั้น มีค่าต่ำกว่าเด็กที่อยู่ในพื้นที่ที่ไม่ขาดสารไอโอดีนถึง 10 - 15 จุด



**โฟลิก** ช่วยลดอาการผิดปกติของทารกในครรภ์ ช่วยให้ระบบประสาทการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดโอกาสการคลอดก่อนกำหนด



**เหล็ก** ช่วยในการพัฒนาสมองตั้งแต่อายุในครรภ์ มีความสำคัญต่อสติปัญญาการเจริญเติบโตทางร่างกาย พัฒนาการ การเรียนรู้ในเด็กที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จะส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็กลดลง เมื่อเทียบกับเด็กปกติ

### อาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์

กินตามหลักโภชนาการให้ได้สารอาหารครบถ้วน เพียงพอ และต้องกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ทุกวันตลอดการตั้งครรภ์ และหลังคลอด 6 เดือน เพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และป้องกันความพิการแต่กำเนิดในเด็กทารกแรกเกิด (โรคหลอดเลือดหัวใจไม่ปิด) นอกจากนี้ควรกินอาหารที่อุดมไปด้วยธาตุเหล็ก เช่น ตับ เลือด เนื้อสัตว์รวมทั้งกินอาหารที่มีกรดโฟลิกสูง เช่น ผักใบเขียว ผลไม้ เช่น ฝรั่ง ส้ม องุ่น และอะยาลิม ทุกครั้งที่ปรุงประกอบอาหารเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน



## ดูแลฟันแม่

โรคเหงือกอักเสบ พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ส่งผลให้เหงือกและเนื้อเยื่ออ่อนต่างๆ ที่รองรับฟันอักเสบง่าย ถ้าเป็นมากจนเป็นโรคปริทันต์ อาจเกิดภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดและเด็กมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยได้ อีกทั้งอาการแพ้ท้อง อาเจียนบ่อยช่วงตั้งครรภ์ร่วมกับการมีอนามัยช่องปากไม่ดีทำให้เกิดโรคฟันผุได้ง่าย ซึ่งแม้หลังคลอดที่มีฟันผุ ยังสามารถถ่ายถอดเชื้อฟันผุจากแม่สู่ลูกได้ ผ่านการจูบ เป่าอาหาร และใช้ภาชนะร่วมกัน ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการตรวจฟัน ขัดทำความสะอาดฟัน ฝึกทักษะการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้อง



ควรรับบริการตรวจช่องปาก ขัดทำความสะอาดฟัน และรับบริการทันตกรรมที่จำเป็น



ได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและลูก และฝึกทักษะการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟันที่ถูกต้อง



หญิงตั้งครรภ์สามารถทำฟันได้ทุกช่วงของการตั้งครรภ์

### ข้อปฏิบัติขณะตั้งครรภ์



1. กินอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เพื่อให้ลูกมีโครงสร้างร่างกายและฟันที่สมบูรณ์ หลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีน้ำตาลบ่อยๆ
2. แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ใช้ไหมขัดฟันทุกวัน และบ้วนปากทุกครั้งหลังกินอาหาร
3. ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรบ้วนปากด้วยน้ำมากๆหรือบ้วนปากด้วยน้ำผสมผงฟู เพื่อลดความเป็นกรดในปาก

## แม่ตั้งครรภ์ก็ออกกำลังกายได้

คุณแม่ตั้งครรภ์ควรออกกำลังกายในระดับที่เหมาะสม เพื่อสุขภาพที่แข็งแรง

### ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

1. ลดอาการ คลื่นไส้ เวียนหัว กล้ามเนื้อเป็นตะคริว ปวดหลัง
2. ลดความเสี่ยงอันตราย คลอดง่ายขึ้น
3. เพิ่มปริมาณเลือดเลี้ยงทารกในครรภ์

### กีฬาที่แนะนำสำหรับคุณแม่ตั้งครรภ์

1. ว่ายน้ำ : ช่วยให้ผ่อนคลายและสบายตัว
2. การฝึกโยคะ : ช่วยให้สามารถควบคุมลมหายใจ กล้ามเนื้อแข็งแรง ผ่อนคลาย
3. แอโรบิก ภายบริหาร : ช่วยบริหารกล้ามเนื้อเกือบทุกส่วน

### ตัวอย่างท่าออกกำลังกาย



#### 1. ท่ากระดูก

นอนหงาย ขวเขยียดตรง วางแขนข้างลำตัว กระดกข้อเท้าขึ้นลง และค้างไว้ 3 วินาที ทำสลับข้าง 10 ครั้ง



#### 2. ท่านอนตะแคงยกขา

นอนตะแคงข้าง ใช้มืออีกข้างยันศีรษะ ยกขาขึ้นลงค้างไว้ 3 วินาที ทำสลับข้าง 10 ครั้ง



#### 3. ท่าแมวขู่

คุกเข่าอยู่ในท่ากลาน ขนเขยียดตรง โกงตัวค้างไว้ 3 วินาที จนครบ 10 ครั้ง

**ประโยชน์ :** ข้อเท้ามั่นคง ไม่พลิกง่าย ลดอาการน่องบวม

**ประโยชน์ :** กล้ามเนื้อต้นขา ด้านข้าง - สะโพกแข็งแรง

**ประโยชน์ :** กล้ามเนื้อหลัง และ หน้าท้องแข็งแรง

### ข้อจำกัด-ข้อควรระวังในการออกกำลังกายของคุณแม่ตั้งครรภ์

1. เริ่มต้นด้วยการออกกำลังกายเบาๆ
2. ไม่ออกกำลังกายในที่อากาศร้อนและชื้น
3. เลี่ยงการออกกำลังกายท่าที่ยึดเกร็ง หรือออกแรงมาก
4. ไม่ควรออกกำลังกายหนักเกินไป
5. ดื่มน้ำก่อน-หลัง ออกกำลังกาย
6. พบแพทย์ทันทีเมื่อเจ็บหน้าอก หายใจไม่ทัน มีของเหลว/เลือดออกจากช่องคลอด

## คุณแม่ตั้งครรภ์กับโควิด 19 ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร

### อาการของโรคโควิด 19



ไอ



ปวดศีรษะ



ปวดกล้ามเนื้อ



ไข้



เจ็บคอ



หายใจเหนื่อย



จมูกไม่ได้กลิ่น  
หรือลิ้นไม่รับรส



อ่อนเพลีย



อาเจียน



ถ่ายเหลว



### หญิงตั้งครรภ์

#### ฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19

ได้ลดการตั้งครรภ์  
ช่วยลดการติดเชื้อ  
การป่วยหนัก และการ  
เสียชีวิต

### ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคใน หญิงตั้งครรภ์มีอาการรุนแรง

- อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป
- อ้วน
- มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน
- ครรภ์เป็นพิษ

### การฝากครรภ์



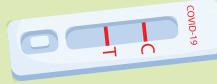
ควรมีการนัดหมาย  
ล่วงหน้า

### ถ้าติดเชื้อจะมี ผลต่อลูกหรือไม่?

- ลูกติดเชื้อได้ 3-5 % แต่ส่วนใหญ่ของเด็กที่ติดเชื้อจะไม่มีอาการ
- คลอดก่อนกำหนด
- ทารกตายคลอด
- ลูกต้องเข้า ICU



### ชุดตรวจ ANTIGEN TEST KIT (ATK) มาทำเองได้หรือไม่?



ได้ แต่ต้องเป็นชุดตรวจที่  
อย.รับรองมาตรฐาน



ถ้าผลตรวจเป็นบวกให้เข้ารับการรักษาหรือ  
ตรวจยืนยันด้วย PCR



ถ้าได้ผลลบแต่มีความเสี่ยงสูงหรือมีอาการ  
ให้ตรวจซ้ำอีก 3-5 วันถัดมา ช่วงที่รอตรวจ  
ซ้ำให้ระวังการแพร่เชื้อไปสู่คนอื่น

### ป้องกันตัวเองขั้นสูงสุด (UNIVERSAL) ตามมาตรา D-M-H-T-T-A



**D - DISTANCING**  
เว้นระยะห่าง  
ระหว่างบุคคล  
ในระยะ 2 เมตร



**M - MASK WEARING**  
ใส่หน้ากากอนามัย  
ป้องกันทุกครั้ง  
ที่ออกจากบ้าน



**H - HAND WASHING**  
หมั่นล้างมืออย่าง  
ถูกวิธี และอย่าใช้มือ  
สัมผัสใบหน้า ตา จมูก  
ปาก และหน้ากาก



**T - TEMPERATURE**  
คอยตรวจวัด  
อุณหภูมิร่างกาย



**T - TESTING**  
ตรวจหาเชื้อโควิด 19  
ด้วย ATK ในกรณี  
สัมผัสผู้ที่ติดเชื้อ  
หรือมีอาการ



**A - APPLICATION**  
ไทยชนะ



เข็มขัดนิรภัย  
รถยนต์รัดท้อง



นั่งรถตกหลุม  
กระแทกอย่างแรง



นั่งแล้วลุกขึ้นยืน  
อย่างรวดเร็ว



ลื่นล้มในห้องน้ำ

### อุบัติเหตุแม่ท้อง ต้องระวัง...?



โดนชนอย่างแรง



สะดุดสิ่งของ



ตกบันได  
ตกสั้นรองเท้า



ท้องชนโต๊ะ  
ชนประตู



ท้องกระแทก  
พวงมาลัยรถ



เพลยอกของหนัก  
หรือก้มเร็วเกินไป



## อาการแทรกซ้อนและความผิดปกติ ที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและลูกน้อยในครรภ์



## การวางแผนเลือกวิธีการคลอด

คุณจะคลอดลูกด้วยวิธีใด  
คลอดทางช่องคลอด หรือ ผ่าตัด



### 1 การคลอดทางช่องคลอดคืออะไร?

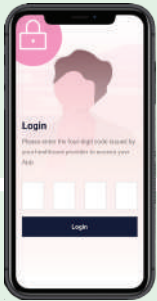
- เงื่อนไขในการเลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด มีอะไรบ้าง?
- สิ่งที่ต้องรู้เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการคลอดทางช่องคลอด



### 2 การผ่าตัดคลอดที่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้าคืออะไร?



### 3 ข้อดี/ข้อเสีย ของการคลอดด้วยวิธีต่างๆ



สแกน QR Code เพื่อดาวน์โหลด  
แอปพลิเคชันในระบบ IOS



สแกน QR Code เพื่อดาวน์โหลด  
แอปพลิเคชันในระบบ Android

แอปพลิเคชันเพื่อช่วย  
ตัดสินใจเลือกวิธีคลอด

## รับดาวน์โหลดมาใช้กันเลย!!



คู่มือ  
เพื่อช่วยตัดสินใจ  
เลือกวิธีคลอด



สแกน QR Code เพื่อเข้าถึงคู่มือ  
เพื่อช่วยตัดสินใจเลือกวิธีคลอด

## คุณสมถองลูกด้วยนมแม่



**3 จุด**

เพื่อให้ลูกคุ้นชินกับการดูดนมแม่  
และเป็นการกระตุ้นการผลิตน้ำนมให้เร็วขึ้น

### ดูดเร็ว

เริ่มตั้งแต่อยู่ในห้องคลอด  
ภายใน 1 ชม.  
หลังคลอด

### ดูดบ่อย

ควรให้ลูกดูดนมแม่  
ได้บ่อยเท่าที่ต้องการ  
เฉลี่ยวันละ 8 ครั้ง  
ขึ้นไป

### ดูดถูกวิธี

การดูดนมถูกวิธี  
จะช่วยให้ลูกดูดนม  
ได้เต็มอ้อมและควรดูด  
ให้เกลี้ยงเต้า

### ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- ภูมิคุ้มกัน
- แข็งแรง
- ฉลาด
- อารมณ์ดี
- สร้างสายสัมพันธ์ แม่-ลูก



- ลดการตกเลือดหลังคลอด
- ลดน้ำหนัก
- ลดความเสี่ยงการเกิด มะเร็งเต้านม  
มะเร็งรังไข่ กระดูกพรุน
- ประหยัดค่าใช้จ่าย



## ฝึกลูกเข้านอน



การนอนเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับลูกน้อย ควรนอน  
หลับให้เพียงพอและเหมาะสม ส่งผลต่อการหลั่ง โกรทฮอร์โมน  
(Growth Hormone) ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต เพิ่มส่วนสูง  
และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอในร่างกาย

### ระยะเวลาการนอนตามกลุ่มวัย

- |  |               |
|--|---------------|
| • ทารกแรกเกิด - 3 เดือน                | 14-17 ชั่วโมง |
| • ทารก 4 เดือน - 1 ปี                  | 12-16 ชั่วโมง |
| • เด็กเล็ก อายุ 1-2 ปี (วัยเตาะแตะ)    | 11-14 ชั่วโมง |
| • เด็กเล็ก อายุ 3-5 ปี (ก่อนเข้าเรียน) | 10-13 ชั่วโมง |



## ฝ้าดูฟัน 5 ขวบปีแรก



### 0-6 เดือน

ฟันยังไม่ขึ้น ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำต้มสุกที่เย็นแล้วเช็ดเหงือก กระพุ้งแก้ม และลิ้น วันละ 2 ครั้ง

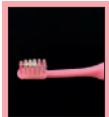


### 7-11 เดือน

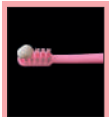
แปรงฟันให้ลูกตั้งแต่ซี่แรกด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ แต่ปลายขนแปรงพอเปียก ถูไปมาสั้นๆ ในแนวขวาง และใช้ผ้าสะอาดเช็ดฟองออก ทำทุกวัน เช้า-ก่อนนอน หลังแปรงฟันตรวจความสะอาดโดยใช้หลอดพลาสติกเล็กๆ ปลายมนชนิดแบนตัวฟัน ต้องไม่มีคราบจุลินทรีย์หรือออกมา และอย่าลืมพาลูกไปพบหมอฟันครั้งแรก ก่อนอายุ 1 ปี



พบทันตแพทย์ ทุก 6 เดือน



ฟันซี่แรกถึงน้อยกว่า 3 ปี และขนแปรงพอเปียก



3 ปี ถึง 6 ปี เท่ากับความกว้างขนแปรง



มากกว่า 6 ปี เท่ากับความยาวขนแปรง



### 1-3 ปี

พ่อแม่ต้องแปรงฟันให้ลูกวันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและก่อนนอน หากลูกกินอาหารหลังแปรงฟันอีก ต้องแปรงฟันซ้ำก่อนเข้านอน ถ้าพบฟันเริ่มผุเป็นรอยขาวขุ่น รีบไปพบหมอฟัน ก่อนฟันผุลุกลาม



### 3-6 ปี

ฝึกให้ลูกแปรงฟันเอง โดยพ่อแม่แปรงข้างลูกเข้า ป.1 หรืออายุ 7-8 ปี หรือจนกว่าลูกจะแปรงฟันได้สะอาด

## คำแนะนำสำหรับผู้ปกครองเกี่ยวกับการให้เด็กปฐมวัยได้รับสื่อจอได้อย่างเหมาะสม



### สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอส่งผลกระทบต่อเด็กปฐมวัยอย่างไรบ้าง

#### ลักษณะการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจออย่างไม่เหมาะสมที่บ้าน

- การปล่อยให้เด็กได้รับหรือดูสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจอตามลำพัง (ในขณะที่พ่อแม่ก็ใช้สื่อของตนเองไปด้วย)
- การเปิดจอทิ้งไว้โดยไม่มีคนดู (background media) ถึงแม้ว่าเด็กจะไม่ได้ดูรายการนั้นโดยตรง แต่ก็มีผลกระทบต่อเด็กเล็ก อีกทั้งเนื้อหารายการผู้ใหญ่ก็ไม่เหมาะสมสำหรับเด็กอีกด้วย

## ผลกระทบของการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ผ่านจออย่างไม่เหมาะสมต่อเด็กปฐมวัย



พัฒนาการและสติปัญญา

เสี่ยงต่อพัฒนาการด้านภาษาและการพูดสื่อสารล่าช้า พัฒนาการด้านสังคมและอารมณ์บกพร่องภาวะอ้วนที่ซึม สติปัญญาพัฒนาได้ไม่เต็มที่



การทำหน้าที่บริหารของสมองระดับสูง (EF)

เด็กที่ได้รับสื่อผ่านจอตั้งแต่อายุน้อยทั้งที่เด็กไม่ได้ตั้งใจดูรายการนั้นก็ตาม มีความสัมพันธ์กับ EF ที่ลดลง



มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

มักมีปัญหาติดต่อด้าน ปัญหาปฏิกริยาทางอารมณ์ มีความรุนแรง ก้าวร้าว มีพฤติกรรมชนสมาชิกอื่นได้



ปัญหาการนอนหลับ

ระยะเวลาหลับลดลง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี ง่วงนอนในเวลากลางวัน และมีปัญหาการนอนหลับได้

## คำแนะนำสำหรับผู้ปกครอง ในการให้เด็กปฐมวัยได้รับสื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างเหมาะสม



ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมองของเด็กผ่านการลงมือทำ เล่นตามวัย มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น



ผู้ปกครองควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการใช้สื่อผ่านจออย่างเหมาะสมแก่เด็ก



กำหนดเวลาและสถานที่ปลอดสื่อผ่านจอในบ้าน เช่น เวลากินข้าว และในห้องนอน เพื่อลดโอกาสที่เด็กจะเข้าถึงจอได้ง่ายขึ้น



ทำความเข้าใจกับผู้เลี้ยงดูคนอื่น เช่น พี่เลี้ยง ปู่ ย่า ตายาย เพื่อทำตามกติกการใช้หน้าจอในแนวทางเดียวกัน



หลีกเลี่ยงการให้สื่อผ่านจอในเด็กบางช่วงเวลา ระหว่างมื้ออาหาร และ 1 ชั่วโมงก่อนเข้านอน



เด็กอายุ 2-5 ปี ไม่ควรได้รับสื่อผ่านจอเกิน 1 ชั่วโมงต่อวัน

### การจัดสื่อในบ้าน

- ปิดสื่อผ่านจอต่างๆ ในบ้านเมื่อไม่มีคนดูหรือใช้งาน
- หลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กได้รับสื่อผ่านจอที่ถูกจัดอยู่ในประเภทที่ไม่เหมาะสมสำหรับเด็ก
- หากต้องใช้สื่อผ่านจอควรเลือกโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับเด็ก



ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลเด็ก

# โรคยอดฮิตของเด็ก

## ไวรัส RSV



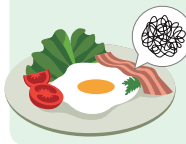
เป็นโรคที่พบระบาดในเด็กเกือบตลอดทั้งปี โดยติดต่อผ่านทางน้ำลาย น้ำมูก หรือการสัมผัสสิ่งของที่มีเชื้อไวรัส โดยอาจนำไปสู่อาการแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น หลอดลมอักเสบ ปอดบวม ปอดอักเสบ หูชั้นกลางอักเสบ

### อาการ

มีไข้ ไอ รุนแรง การหายใจลำบาก หายใจเร็ว มีเสียงวี๊ด เสมหะ ชิม กินอาหารได้น้อยลง เบื่ออาหาร

### การป้องกัน

หมั่นล้างมือเด็กให้สะอาด และถูกวิธี หลีกเลี่ยงการสัมผัสโดนคนแปลกหน้า เช่น หอมแก้มเด็กเล็ก หลีกเลี่ยงการเล่นเครื่องเล่นในสถานที่สาธารณะ ในช่วงระบาดของโรค ทำความสะอาดสิ่งของเครื่องใช้ และดูแลอากาศในบ้านให้ปลอดโปร่ง



## ในปัจจุบันมีโรคติดต่อในเด็กเล็กเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเด็ก อายุแรกเกิด-5 ปี



เนื่องจากเป็นวัยที่ยังมีภูมิคุ้มกันไม่แข็งแรงดี ประกอบกับอยู่ในช่วงที่เริ่มไปสถานรับเลี้ยงเด็กหรือโรงเรียน ซึ่งเป็นที่ที่เด็กทำกิจกรรมอยู่ร่วมกัน หากเกิดการติดเชื้อในเด็กหนึ่งคนสามารถระบาดไปสู่เด็กคนอื่นๆ ได้ง่าย โดยโรคที่พบบ่อยสำหรับเด็กวัยนี้คือ

### ไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเด็งกี ซึ่งมีอยู่เป็นพาหะนำโรค

### การป้องกัน

ระวังไม่ให้ถูกยุงลายกัด กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง หมั่นตรวจเช็คแหล่งน้ำขังตลอดเวลา ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง เพื่อเสริมภูมิคุ้มกันของร่างกาย

### อาการ

มีไข้สูง 39-40 องศาเซลเซียส ติดต่อกันหลายวัน ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดเมื่อยตามตัว ผิวน้ำ ฝ่ามือ ฝ่าเท้าแดง อาจมีจุดแดงขึ้นตามตัว ถ้าสงสัยว่าเป็นไข้เลือดออก ควรนำส่งโรงพยาบาลเพื่อตรวจโดยละเอียด ถ้าหากได้รับการรักษาไม่ทันเวลา หรือถูกวิธีอาจทำให้ เกิดเลือดลตดำจนนำไปสู่ภาวะช็อคและเสียชีวิต

## โรคมือเท้าปาก

เกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่มเ็นเทอโรไวรัส พบมากในเด็กเล็ก อายุน้อยกว่า 10 ปี โดยเด็กเล็กอาการจะรุนแรงกว่าในเด็กโต

### อาการ

มีไข้ต่ำ อ่อนเพลีย กลืนน้ำลายลำบาก มีตุ่มที่ลิ้นเหงือก กระพุ้งแก้ม มีตุ่มพองใสแดงที่ฝ่ามือ และฝ่าเท้า และอาจพบที่ก้นด้วย

### การป้องกัน

หมั่นล้างมือเด็กให้สะอาด และถูกวิธี หลีกเลี่ยงการเล่นเครื่องเล่นในสถานที่สาธารณะ ในช่วงระบาดของโรค หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของที่ใช้ร่วมกัน

## ไขหวัดใหญ่

เกิดจากไวรัสไวรัสฟลูเอนซ่า เบื้องต้นเหมือนไข้หวัดธรรมดา แต่มีความรุนแรงกว่า และสามารถพัฒนาไปสู่อาการแทรกซ้อนรุนแรงอื่นได้ เช่น ปอดอักเสบ ภาวะขาดน้ำ หลอดลมอักเสบ ไชนัสอักเสบ

### อาการ

ไข้สูงตัวร้อน หนาวสั่น ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ คัดจมูก มีน้ำมูก ไอแห้ง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องร่วง

### การป้องกัน

ฉีดวัคซีน ไขหวัดใหญ่ ให้เด็กทุกปี หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้ป่วย ล้างมือให้สะอาด และสวมหน้ากากอนามัย เพื่อป้องกัน

## ท้องร่วง ท้องเสีย

เป็นโรคติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุดในเด็กเล็ก เนื่องจากได้รับเชื้อที่ปนเปื้อนมากับอาหาร หรือเครื่องดื่มหรือการหยิบสิ่งของเข้าปาก

### อาการ

ถ่ายเหลว อาจมีไข้ร่วม คลื่นไส้ และอาเจียน มีอาการขาดน้ำ หากปล่อยทิ้งไว้ อาจทำให้อาการวิกฤตได้ ต้องป้องกันภาวะขาดน้ำโดยการให้ดื่มเกลือแร่ ORS

### การป้องกัน

ล้างมือให้สะอาด ดื่มน้ำสะอาด รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ล้างขวดนม ให้สะอาด กำจัดขยะมูลฝอย

## ส่งเสริมพัฒนาการลูกรักเติบโตอย่างมีคุณภาพ:



### กิน

0 - 6 เดือน



- ให้นมลูกด้วยตนเอง

6 - 12 เดือน



- ป้อนอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ
- ไม่บังคับลูก ถ้าลูกปฏิเสธอาหารตามวัย

1 - 2 ปี



- ให้ลูกได้ตักหยิบอาหารเอง
- ชมเชยเมื่อลูกทำได้ดี
- ไม่ดูว่าเมื่อลูกทำอาหารเลอะเทอะ

2 - 3 ปี



- จัดที่นั่งให้ลูกได้กินอาหารกับสมาชิกอื่นๆ ไม่เดินตามป้อน
- ชื่นชมเมื่อลูกนั่งกินอาหารได้ดี

3 - 5 ปี



- มีเวลากินอาหารกับลูกทุกวัน วันละ 1 มื้อ
- ชวนลูกมาเตรียมอาหาร หรือคิดเมนูอาหารด้วยกัน



### กอด

0 - 6 เดือน



- อุ้มสัมผัสอย่างอ่อนโยนตอบสนองอย่างรวดเร็ว
- เรียนรู้สัญญาณต่างๆ ที่ลูกพยายามสื่อ เช่น ท่าทางเมื่อหิว เสียงร้องไห้เมื่อง่วงนอน

6 - 12 เดือน



- อยู่ข้างๆ ลูก เมื่อลูกสำรวจค้นหาเล่นสิ่งใหม่ๆ
- ยิ้มพยักหน้า ให้ลูกมั่นใจ อ้าแขนรับโอบกอด ปลอดภัยเมื่อลูกเจ็บ กลัว

1 - 2 ปี



- ลูกวัยนี้ช่างสำรวจและเรียนรู้
- สนับสนุนให้ลูกกล้าเล่นกล้าทดลอง
- พ่อแม่อยู่ข้างๆ ให้ความมั่นใจกับลูก ไม่แสดงท่าทีกังวลเกินไป

2 - 3 ปี



- วัยแห่งความเป็นตัวของตัวเองสูง ตื้อต่อต้านได้มาก
- พ่อแม่ไม่ควรบังคับหรือเอาชนะเด็กตรงๆ แต่ไม่ตามใจ
- ถ้าลูกต่อต้าน อลละวาด ให้ยืนย่นด้วยท่าที่สงบนุ่มนวลหนักแน่น
- ใช้การโอบกอด พูตแสดงความเข้าใจ เพื่อช่วยลูกจัดการอารมณ์ของตนเอง
- ไม่ควรลงโทษลูกด้วยอารมณ์

3 - 5 ปี



- ช่วยลูกเตรียมความพร้อมไปโรงเรียน
- ติดตามการปรับตัวกับเพื่อน ครูช่วยดูแลเรื่องการบ้าน

# กิน กอด เล่น เล่า



## เล่น

0 - 6 เดือน



- พ่อแม่ชวนลูกเล่น เพื่อกระตุ้นประสาทสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส

6 - 12 เดือน



- ชวนลูกเล่นสิ่งของอะไรต่างๆ รอบตัว
- เน้นความสนุกสนานระหว่างพ่อแม่ และลูก
- ส่งเสริมให้ลูกได้คลาน เกาะยืน

1 - 2 ปี



- ให้ลูกเป็นผู้นำในการเล่นตามสิ่งที่ลูกสนใจ
- ชวนลูกเล่นลงทำกิจกรรมใหม่ๆ
- ส่งเสริมลูกได้เดิน วิ่ง และปีนป่าย

2 - 3 ปี



- ชวนลูกเล่นลงทำกิจกรรมใหม่ๆ
- ส่งเสริมให้ลูกได้วิ่งเล่นนอกบ้าน สนามเด็กเล่น ปั่นจักรยาน

3 - 5 ปี



- ส่งเสริมการเล่นสมมุติที่เป็นเรื่องราว
- เล่นแบบร่วมมือ แก้ปัญหาจากง่ายไปยาก
- ยอมรับ แพ้-ชนะ
- ส่งเสริมให้ลูกได้วิ่งเล่นนอกบ้าน สนามเด็กเล่น ปั่นจักรยาน



## เล่า

0 - 6 เดือน



- ชวนลูกคุย ร้องเพลงให้ฟัง
- อ่านหนังสือเพลงกล่อมเด็ก

6 - 12 เดือน



- เล่านิทานที่มีเสียงคล้องจอง อ่านนิทานที่มีรูปภาพต่างๆ
- มองหน้า สัมผัสลูกระหว่างเล่านิทาน

1 - 2 ปี



- อ่านหนังสือนิทานที่มีสิ่งที่ลูกชอบ เช่น รถสัตว์ หรือนิทานที่มีเนื้อห่าง่าย เรื่องใกล้ตัว
- ตอบคำถาม “ทำไม” “อะไร” ของลูกอย่างใส่ใจ ไม่รำคาญที่ลูกถาม

2 - 3 ปี



- สามารถเล่านิทานได้ หลายรูปแบบ เช่น เล่าจากหนังสือเล่าเรื่องแต่งเอง
- สอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับความรัก ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว
- ชวนลูกคุยเกี่ยวกับตัวละครหรือเนื้อเรื่องที่อ่าน

3 - 5 ปี



- จัดเวลาอ่านหนังสือกับลูกอย่างสม่ำเสมอ
- ให้เด็กได้มีส่วนร่วมในการอ่านนิทาน
- ฟังลูกเล่าเรื่องราวต่างๆ อย่างตั้งใจ

## การบาดเจ็บในเด็ก (Child Injuries)



ไม่วางเด็กไว้บนที่สูง เช่น เตียง โต๊ะ โซฟา โดยลำพัง



รถหัดเดินไม่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ เพราะทำให้เดินช้า และพลิกคว่ำ ตกที่สูงได้ง่าย

### คำแนะนำเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยและป้องกันการพลัดตก หกล้ม



ซี่ราวบันได และซี่กั้นระเบียง ต้องมีช่องห่างไม่เกิน 9 เซนติเมตร เพื่อไม่ให้ลำตัวเด็กและศีรษะเด็กลอดได้



หน้าต่างต้องอยู่สูงจากพื้น ไม่ต่ำกว่า 1 เมตร เพื่อป้องกันการปีนป่าย



โต๊ะ ทีวี ตู้เย็น ชั้นวางของ หากไม่มั่นคงพอ ควรใช้อุปกรณ์ยึดติดกับกำแพง เพื่อป้องกันการล้มคว่ำทับเด็ก เมื่อเด็กโหนหรือปีนป่าย



เครื่องเล่นในสนามเด็กเล่น ต้องปลอดภัย

### คำแนะนำเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยและป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ



ควรให้เด็กนอนหงาย การนอนคว่ำอาจเกิดการกดทับปากและจมูกได้



อย่าปล่อยให้เด็กเล่นสิ่งของชิ้นเล็กตามลำพัง แม้เพียงชั่วขณะ เพื่อไม่ให้นำใส่ปาก จมูก



อย่าให้เด็กเล่นของเล่นที่มีสายยาว เพราะอาจรัดคอเด็กได้



อย่าวางถุงพลาสติกใกล้ตัวเด็ก เพื่อป้องกันเด็กใช้สวมศีรษะ

### คำแนะนำเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยและป้องกันการแข็งกลจากวัตถุสิ่งของ



ห้ามให้เด็กเล่นประทัด พลุ ดอกไม้ไฟ ตามลำพัง



ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด เมื่อใช้บันไดเลื่อนหรือลิฟต์

## การบาดเจ็บในเด็ก (Child Injuries)

### คำแนะนำเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยและป้องกัน การจมน้ำ



ผู้ปกครองต้องดูแลเด็ก  
อย่างใกล้ชิด



ติดตั้งเครื่องกีดขวาง  
หรือรั้วหรือคอกกั้นเด็ก  
ต้องมีช่องห่างไม่เกิน  
6 เซนติเมตร



ควรสวมเสื้อชูชีพ  
ทุกครั้ง



เด็กวัยเรียนควรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดได้  
(ความรู้ความปลอดภัยทางน้ำ  
ทักษะการเอาชีวิตรอดและการช่วยเหลือ)

หมายเหตุ: ระดับน้ำ 1-2 นิ้ว ทำให้เด็กเล็กจมน้ำได้

### คำแนะนำเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยและป้องกัน การบาดเจ็บจากการจราจร



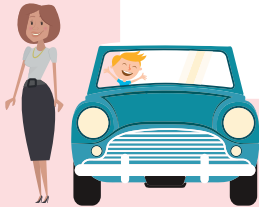
ผู้ขับขี่ต้องสวมหมวกนิรภัย  
และคาดสายรัดคาง



ใช้ที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก  
ในรถยนต์

ไม่ควรให้เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี  
โดยสารรถจักรยานยนต์

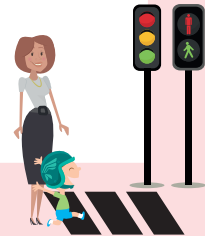
เด็กอายุมากกว่า 2 ปี  
ให้สวมหมวกนิรภัยเด็กทุกครั้ง



อย่าทิ้งเด็กไว้ในรถคนเดียว



ก่อนถอยรถหรือออกรถ  
ให้สำรวจทุกครั้งว่าไม่มีเด็กอยู่ใกล้รถ

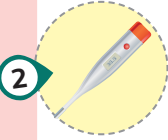


สอนและสาธิตวิธีการเดินถนน  
และข้ามถนนอย่างปลอดภัย

## อาการของการรกแรกเกิดที่ต้องพาเด็กไปพบแพทย์ทันที



3 ดุคนมน้อยลง  
ชัดเจน



2 ไข้ ซึม



1 ตัวเหลืองมากขึ้น



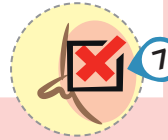
A หอบเหนื่อย หายใจเร็ว  
มากกว่า 60 ครั้ง/นาที



5 ตา ผิวน้ำ หรือ  
สะเก็ดขาวแดง มีหนอง



6 ท้องอืดมาก ถ่ายเป็นน้ำ  
หรืออาเจียน

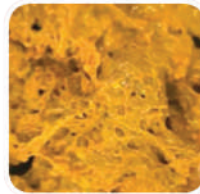
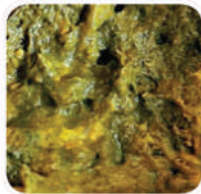


7 ไม่ปัสสาวะใน 6 - 8 ชั่วโมง



## ข้อควรระวัง สีของอุจจาระ

หากลูกของท่านมีอุจจาระสีซีดผิดปกติดังรูป  
จำเป็นต้องพาลูกไปพบกุมารแพทย์โดยเร็ว แม้จะไม่มีอาการผิดปกติอื่น ๆ  
เพราะอาจเป็นโรคตับ หรือท่อน้ำดีตีบตัน ซึ่งต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนก่อนอายุ 2 เดือน



### สีอุจจาระปกติ



### สีอุจจาระผิดปกติ



1

วัคซีนบางชนิดจำเป็นต้องได้รับมากกว่า 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันได้สูงเพียงพอในระดับที่สามารถป้องกันโรคได้ ดังนั้นผู้ปกครองจึงควรพาบุตรหลานไปรับวัคซีนตามกำหนดนัดทุกครั้ง ซึ่งมีบันทึกไว้ในสมุดเล่มนี้



2

เด็กที่เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น หวัด ไอ หรือไข้ต่ำๆ สามารถรับวัคซีนได้

3



หลังได้รับวัคซีนบางชนิด เด็กอาจตัวร้อนเป็นไข้ ซึ่งจะหายได้ในเวลาอันสั้น ให้เช็ดตัว ต้มน้ำมากๆ และให้ยาลดไข้ตามคำแนะนำของแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4



ถ้าเด็กเคยมีประวัติแพ้ยา หรือเคยมีอาการรุนแรงหลังได้รับวัคซีน เช่น ชัก ไข้สูงมาก โปรดแจ้งแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก่อนรับวัคซีนด้วย



คำแนะนำเกี่ยวกับ

การได้รับวัคซีน

5



แผลที่เกิดจากการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค อาจเป็นฝีขนาดเล็กอยู่ได้นาน 3-4 สัปดาห์ ไม่จำเป็นต้องใส่ยา หรือปิดแผล เพียงใช้สำลีสะอาดชุบน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว เช็ดรอบๆ แผล



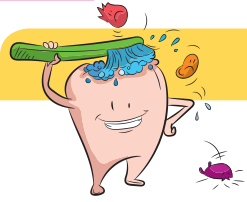
6

โปรดเก็บสมุดบันทึกสุขภาพเล่มนี้ไว้ เพื่อประโยชน์ของบุตรหลานในการติดตามดูว่า บุตรหลานได้รับวัคซีนอะไรบ้าง ครบถ้วนหรือไม่ นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นหลักฐานสำคัญในโอกาสต่างๆ เช่น การมอบตัวบุตรหลานเข้าเรียนต่อในชั้นประถมศึกษาและการเดินทางไปยังต่างประเทศ เป็นต้น

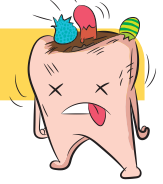
กิจกรรม (โปรดระบุค่าตัวเลขที่ตรวจพบหรือทำเครื่องหมายลงในช่อง)		0 - 7 วัน	1 เดือน	2 เดือน	4
		วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....	วันที่.....
1	ประวัติ/สัมภาษณ์				
2	การตรวจร่างกาย				
3	ประเมินพัฒนาการ (Development)				
	ติดตามเส้นกราฟพัฒนาการ				
	ตรวจคัดกรองพัฒนาการ *				
4	ประเมินปัญหาทางจิตใจ สังคม และพฤติกรรม				
	ประเมินบริบทครอบครัวและสังคม (Family and social determinants of health)				
	ประเมินสุขภาพจิตและพฤติกรรม (Behavior/self-esteem/bully)				
5	การวัดและประเมินผล (Measurement and Assessment)				
	น้ำหนัก ตามเกณฑ์อายุและเพศ				
	ความยาว/ส่วนสูง ตามเกณฑ์อายุและเพศ				
	ความยาวรอบศีรษะ ตามเกณฑ์อายุและเพศ				
	ความดันโลหิต				
6	ตรวจคัดกรองสุขภาพ (Health Screening)				
	การตรวจเลือดคัดกรองเด็กแรกเกิด	IEM			
		TSH			
		Hb/Hct			
	ตรวจระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation)				
	ตรวจการได้ยินด้วยเครื่องมือ				
	ตรวจสีอุจจาระด้วย stool color card				
	ตรวจสุขภาพช่องปาก				
	ตรวจระดับสายตาโดยใช้เครื่องมือ				
7	วัคซีนป้องกันโรค				
8	การให้คำปรึกษา/แนะนำส่งเสริมสุขภาพ				
	การเลี้ยงดูที่เหมาะสม (Positive parenting)				
	จิตใจอารมณ์สังคม การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (EQ)				
	การเรียนรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)				
	โภชนาการที่เหมาะสมเพื่อการเจริญเติบโต				
	การออกกำลังกายและการนอน				
	การดูแลสุขภาพช่องปาก				
	ความปลอดภัยในการใช้ชีวิตในบ้าน โรงเรียน ชุมชน				

หมายเหตุ : \*กรณอนามัย แนะนำคัดกรองพัฒนาการด้วย DSPM ที่ช่วงอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน เป็นช่วงสำคัญที่เด็ก  
อ้างอิงข้อมูลจาก : แนวทางดูแลสุขภาพเด็กวัย 0-5 ปี มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขและราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย





## ประเมินความเสี่ยงฟันผุ



อายุ	6	9	12	18	24	30	36	48
ความเสี่ยง	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน	เดือน
1. กินนมรสหวาน								
2. กินนมม้อติด								
3. ดูดนมขวด/หลับคาขวด								
4. ใส่เครื่องตีนมรสหวานในขวดให้เด็กดูด								
5. กินขนมหวาน/เครื่องตีนมรสหวาน 2 ครั้ง/วัน								
6. เด็กไม่ได้รับการแปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง								
7. ตรวจพบคราบจุลินทรีย์ (ขี้ฟัน)								
8. ตรวจพบผิวฟันมีรอยขาวขุ่น								
9. ตรวจพบฟันผุเป็นรู (ซี่)								
เด็กมีความเสี่ยงฟันผุ (มีข้อใดข้อหนึ่งจาก 1-9)								
ให้คำแนะนำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฝึกแปรงฟัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ทาฟลูออไรด์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บริการอื่นๆ ระบุ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ผู้ให้บริการ								
วันที่ให้บริการ								
นัดครั้งต่อไป								

## คำแนะนำการใช้กราฟแสดงภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก (พ่อ/แม่ หรือผู้ปกครองบันทึกเองได้)

กราฟการเจริญเติบโตของเด็ก ใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักส่วนสูงของเด็กอย่างต่อเนื่อง เพื่อดูแนวโน้มการเจริญเติบโตของเด็กว่าเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่ เด็กทุกคนต้องได้รับประเมินการเจริญเติบโต ครบทั้ง 3 กราฟ คือ

### 1. กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ แบ่งภาวะการเจริญเติบโตเป็น 5 ระดับคือ

#### กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ

น้ำหนักมาก	ยังบอกไม่ได้ว่าเด็กอ้วนหรือไม่ ต้องประเมินโดยใช้กราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง
น้ำหนักค่อนข้างมาก	หมายถึง เสี่ยงต่อน้ำหนักมาก ต้องประเมินโดยใช้กราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง
น้ำหนักตามเกณฑ์	หมายถึง การเจริญเติบโตดี ควรส่งเสริมให้เด็กมีน้ำหนักอยู่ในระดับนี้
น้ำหนักค่อนข้างน้อย	หมายถึง เสี่ยงต่อการขาดอาหาร เป็นการเตือนให้ระวัง หากไม่ได้รับการดูแล เด็กจะมีน้ำหนักน้อย
น้ำหนักน้อย	หมายถึง ขาดอาหาร

### 2. กราฟแสดงส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ แบ่งภาวะการเจริญเติบโตเป็น 5 ระดับ คือ

#### กราฟแสดงส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

สูง	หมายถึง การเจริญเติบโตดีมาก ๆ ทำให้มีระดับสติปัญญาดี เจ็บป่วยน้อย ต้องส่งเสริมให้เด็กอยู่ในระดับนี้
ค่อนข้างสูง	หมายถึง การเจริญเติบโตดีมาก เป็นผลให้มีระดับสติปัญญาดี เจ็บป่วยน้อย ต้องส่งเสริมให้เด็กอยู่ในระดับนี้
สูงตามเกณฑ์	หมายถึง การเจริญเติบโตดี แสดงว่า เด็กได้รับอาหารเพียงพอ ทำให้มีระดับสติปัญญาดี เจ็บป่วยน้อย ต้องส่งเสริมให้เด็กอยู่ในระดับนี้
ค่อนข้างเตี้ย	หมายถึง เสี่ยงต่อการขาดอาหารเรื้อรัง เป็นการเตือนให้ระวัง หากไม่ดูแลส่วนสูงจะเพิ่มน้อยหรือไม่เพิ่ม เป็นเด็กเตี้ยได้
เตี้ย	หมายถึง ขาดอาหารเรื้อรัง แสดงว่า ได้รับอาหารไม่เพียงพอเป็นเวลาานานหรือเจ็บป่วยบ่อย ทำให้ส่วนสูงเพิ่มขึ้นน้อยหรือไม่เพิ่ม ส่งผลให้สติปัญญาต่ำ เจ็บป่วยบ่อยมากยิ่งขึ้น ควรแก้ไขอย่างเร่งด่วน

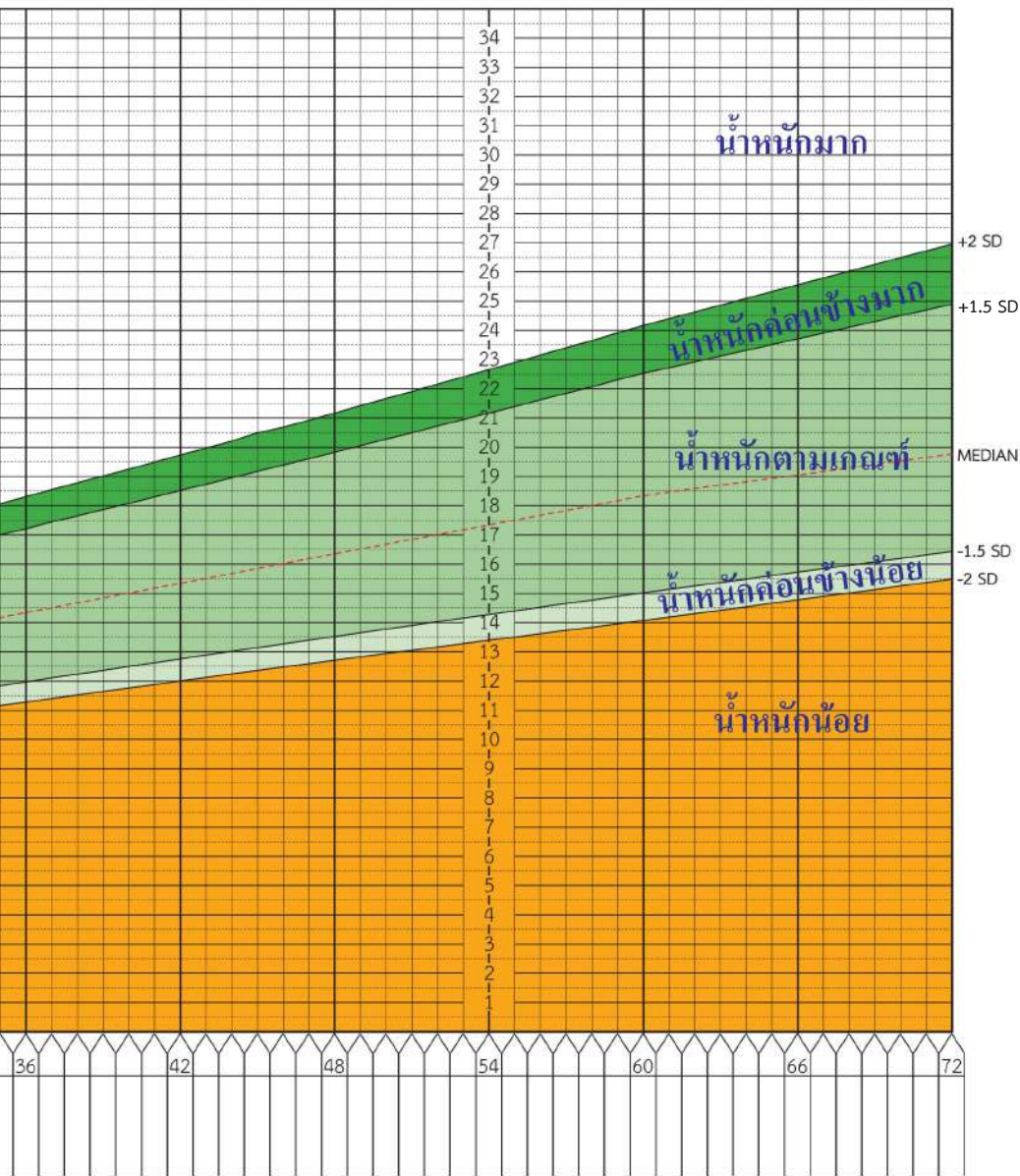
### 3. กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง แบ่งภาวะการเจริญเติบโตเป็น 6 ระดับ คือ

#### กราฟแสดงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

อ้วน	หมายถึง ภาวะอ้วนชัดเจน มีน้ำหนักมากเกินไป ไม่เหมาะสมกับส่วนสูงอย่างมาก เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมัน์ในเลือดสูง ขาดังหยุดหายใจขณะนอนหลับ และเป็นผู้ใหญ่อ้วนมากขึ้นในอนาคต หากไม่ควบคุมน้ำหนัก
เริ่มอ้วน	หมายถึง น้ำหนักมากก่อนเกิดภาวะอ้วนชัดเจน เด็กมีโอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่อ้วนในอนาคต หากไม่ควบคุมน้ำหนัก
กึ่ง	หมายถึง เสี่ยงต่อการมีภาวะอ้วน เป็นการเตือนให้ระวัง หากไม่ดูแลน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นอยู่ในเริ่มอ้วน
สมส่วน	หมายถึง การเจริญเติบโตดี แสดงว่า เด็กมีน้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง ต้องส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตอยู่ในระดับนี้
ค่อนข้างผอม	หมายถึง เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร เป็นการเตือนให้ระวัง หากไม่ดูแล น้ำหนักจะไม่เพิ่มขึ้นหรือลดลงอยู่ในระดับผอม
ผอม	หมายถึง ขาดอาหารระยะสั้น



# ศชาย สำหรับพ่อแม่ใช้ในการติดตามน้ำหนักของลูก

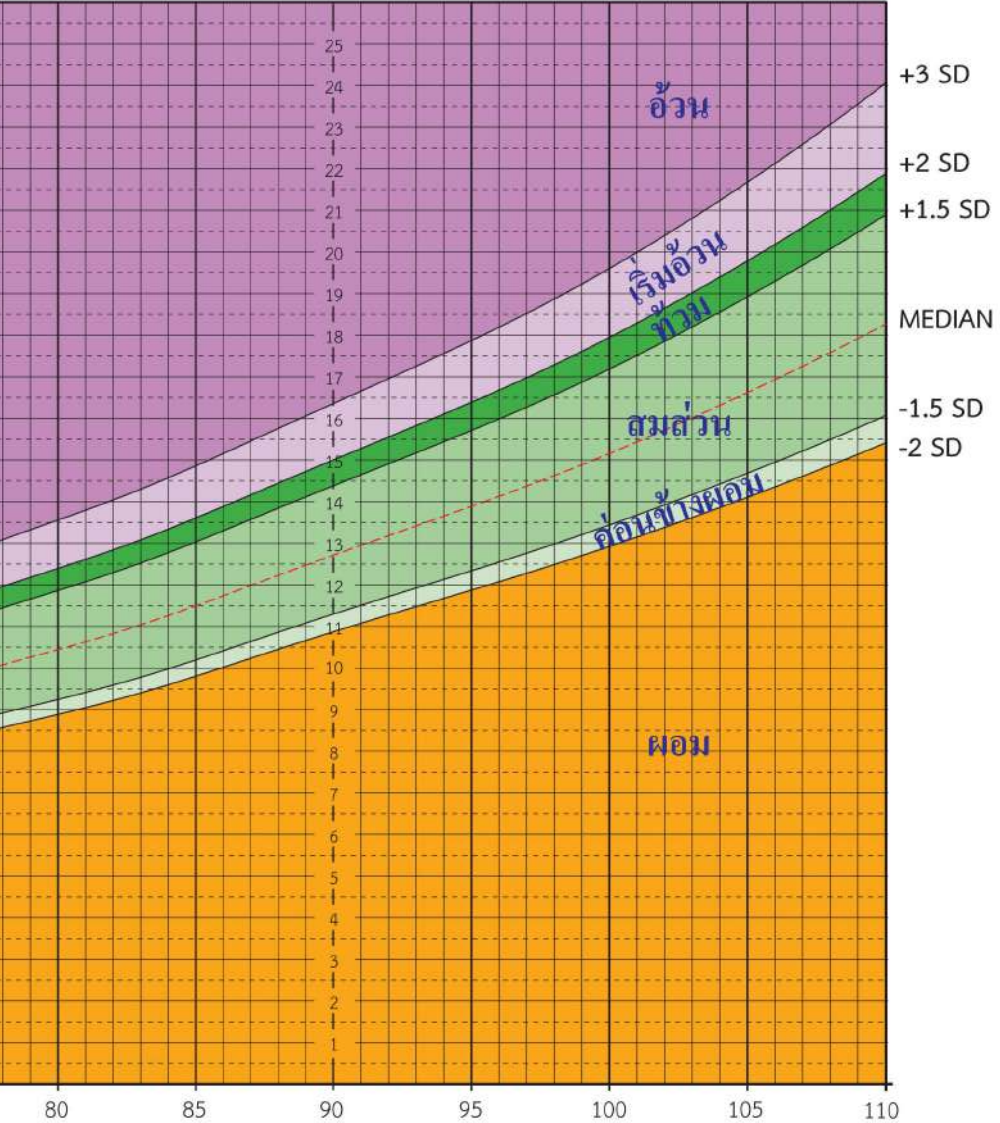








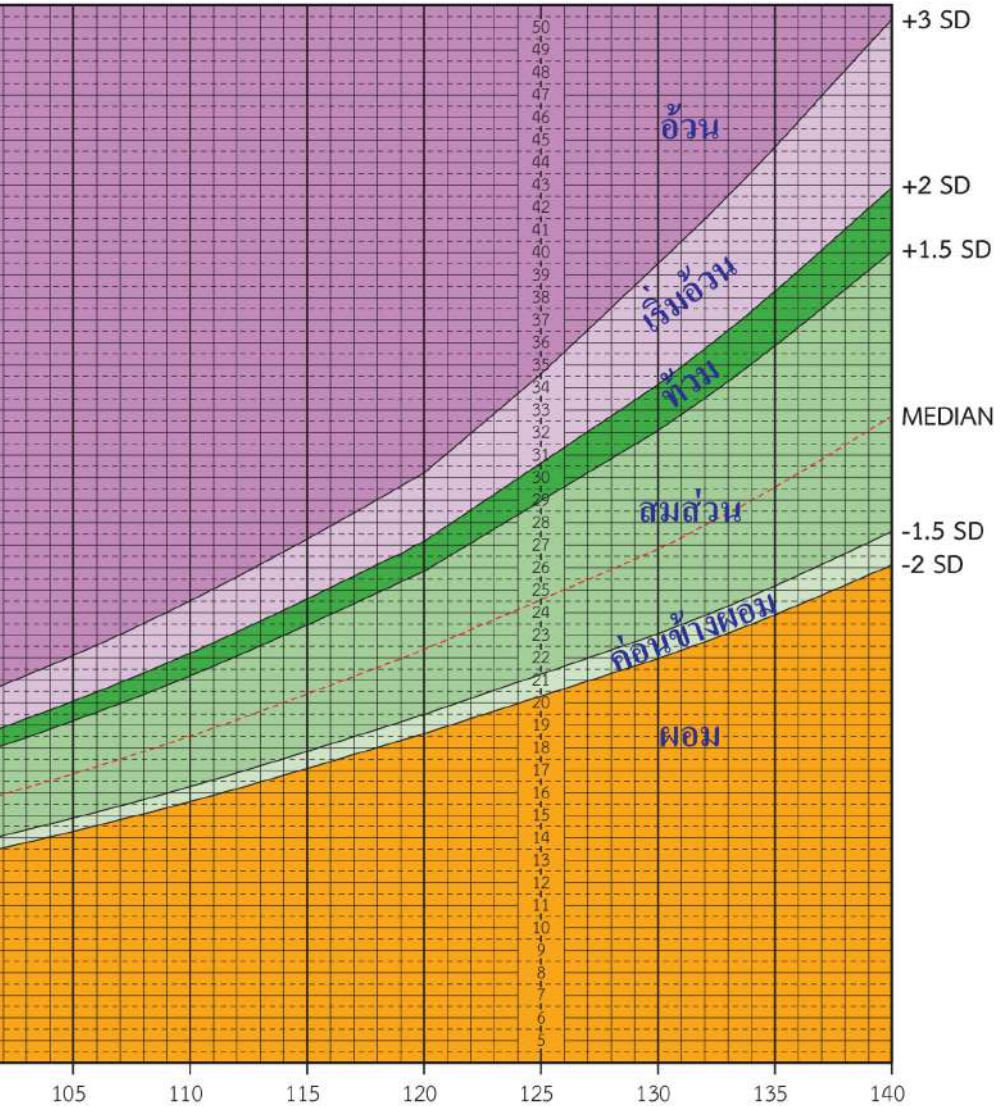
ของเด็กอายุ 0 - 2 ปี เพศชาย  
 านรูปร่างของลูก (อ้วน สมส่วน ผอม)



นติเมตร)



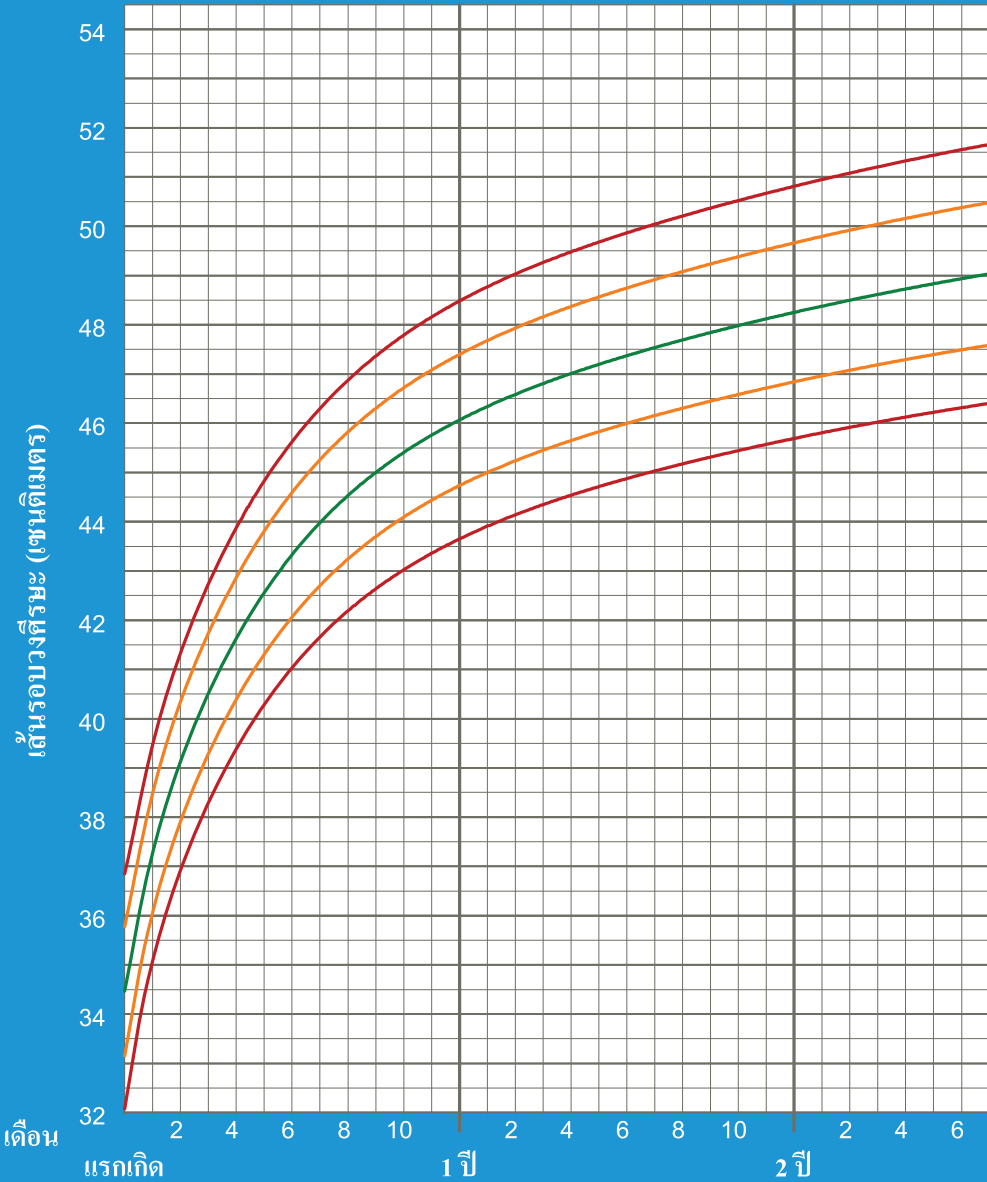
ของเด็กอายุ 2 - 5 ปี เพศชาย  
 ด้านรูปร่างของลูก (อ้วน สมส่วน ผอม)



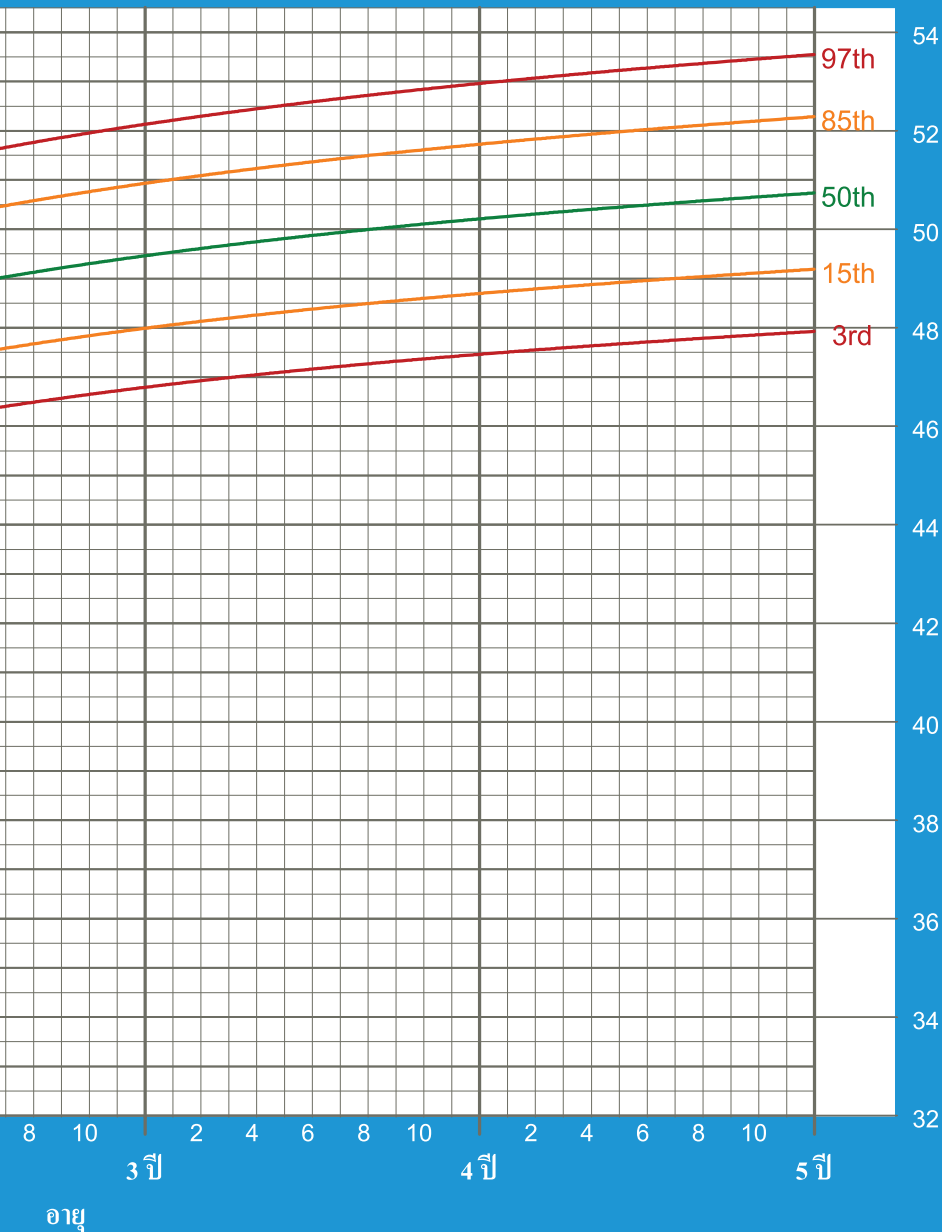
(เซนติเมตร)

จัดทำและเผยแพร่โดย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2564

## เส้นรอบวงศีรษะเด็กแรกเกิด - 5 ปี

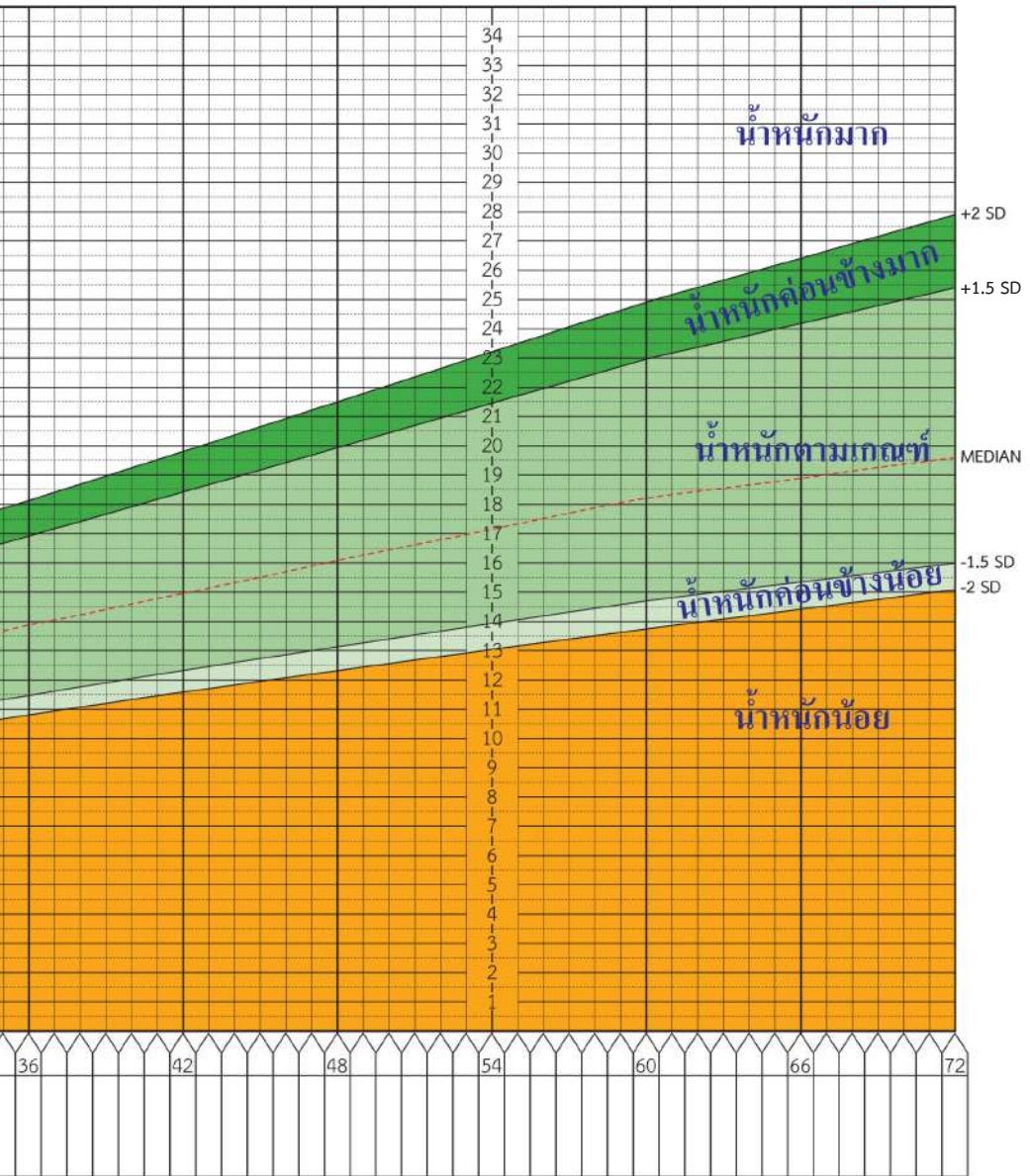


# เพศชาย (ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์)





ศหญิง สำหรับพ่อแม่ใช้ในการติดตามน้ำหนักของลูก





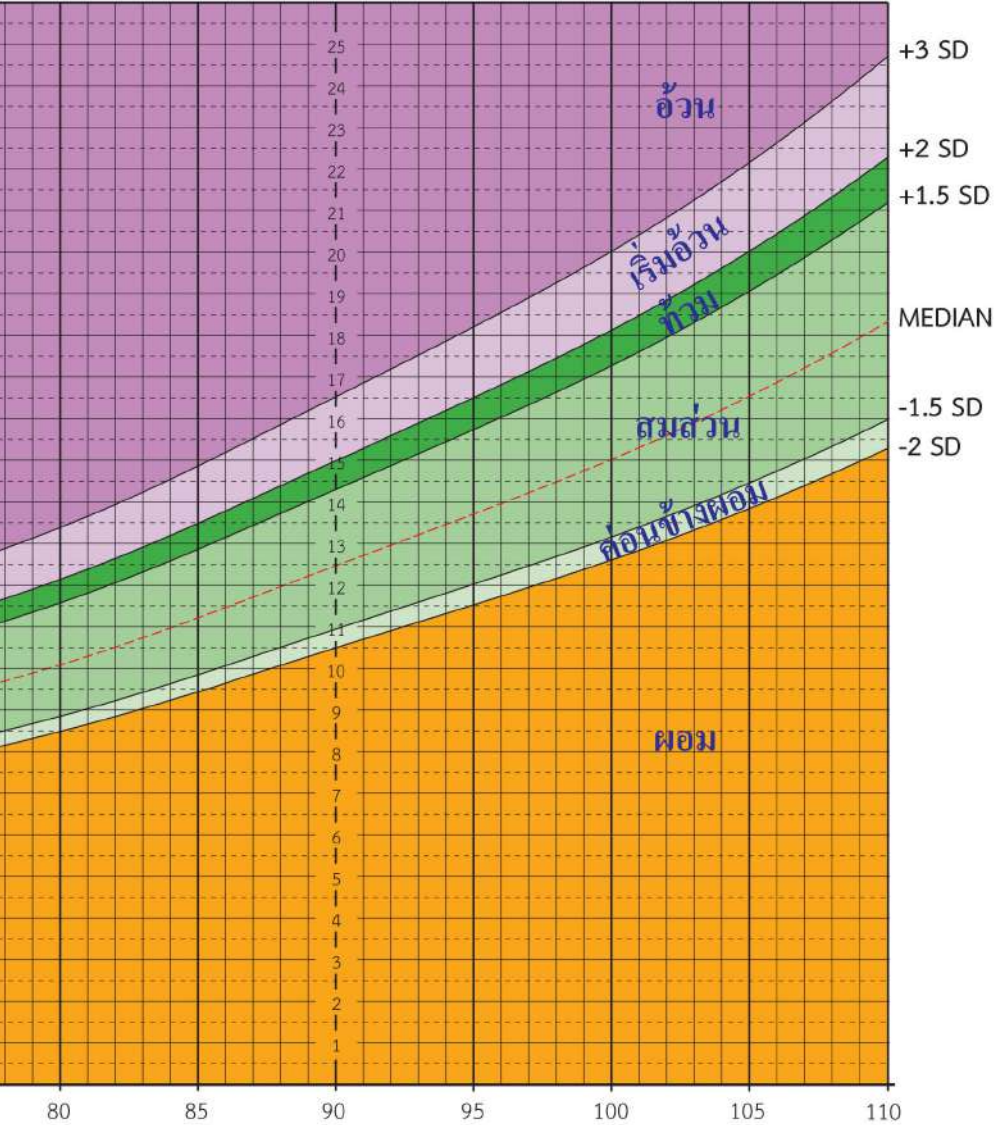




# ของเด็กอายุ 0 - 2 ปี เพศหญิง



## านรูปร่างของลูก (อ้วน สมส่วน ผอม)



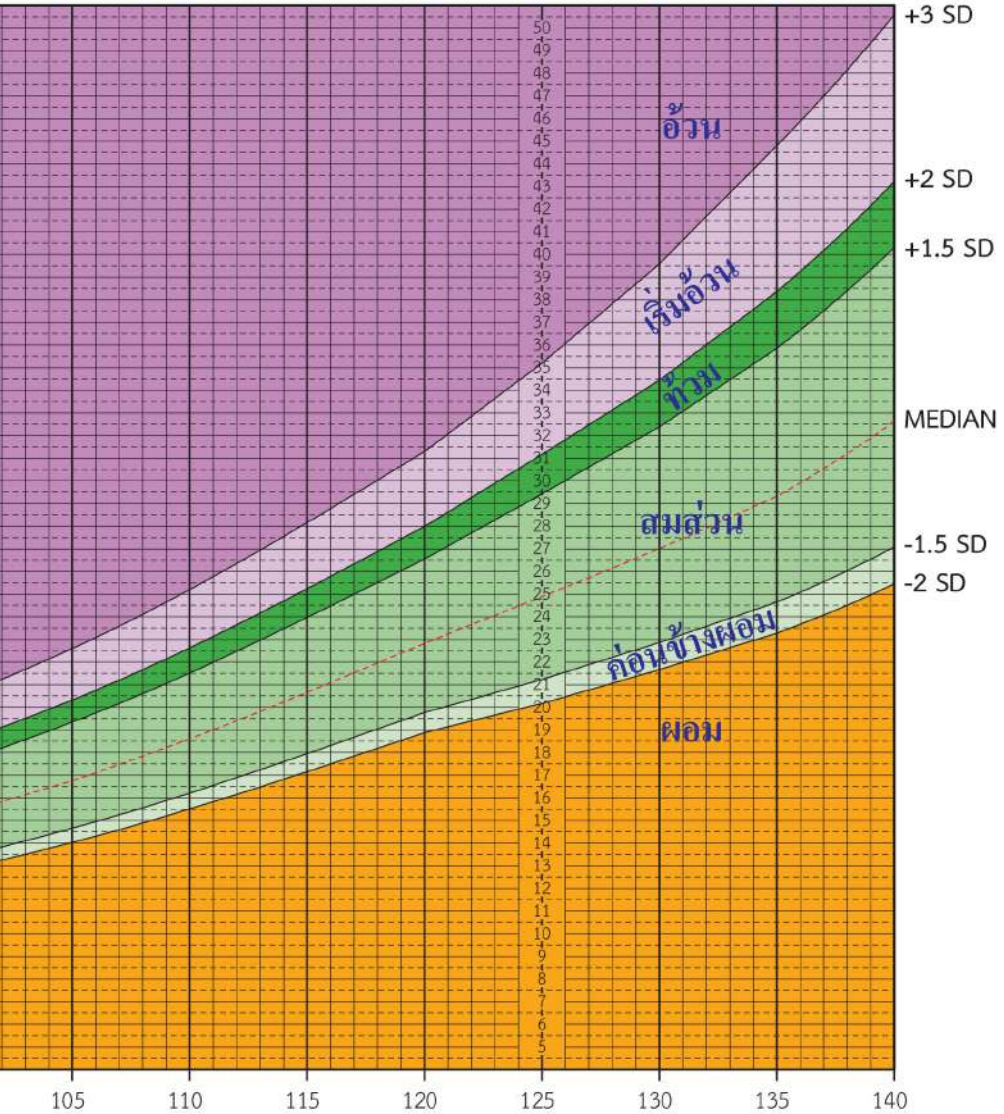
(ในกิโลกรัม)



# ของเด็กอายุ 2 - 5 ปี เพศหญิง



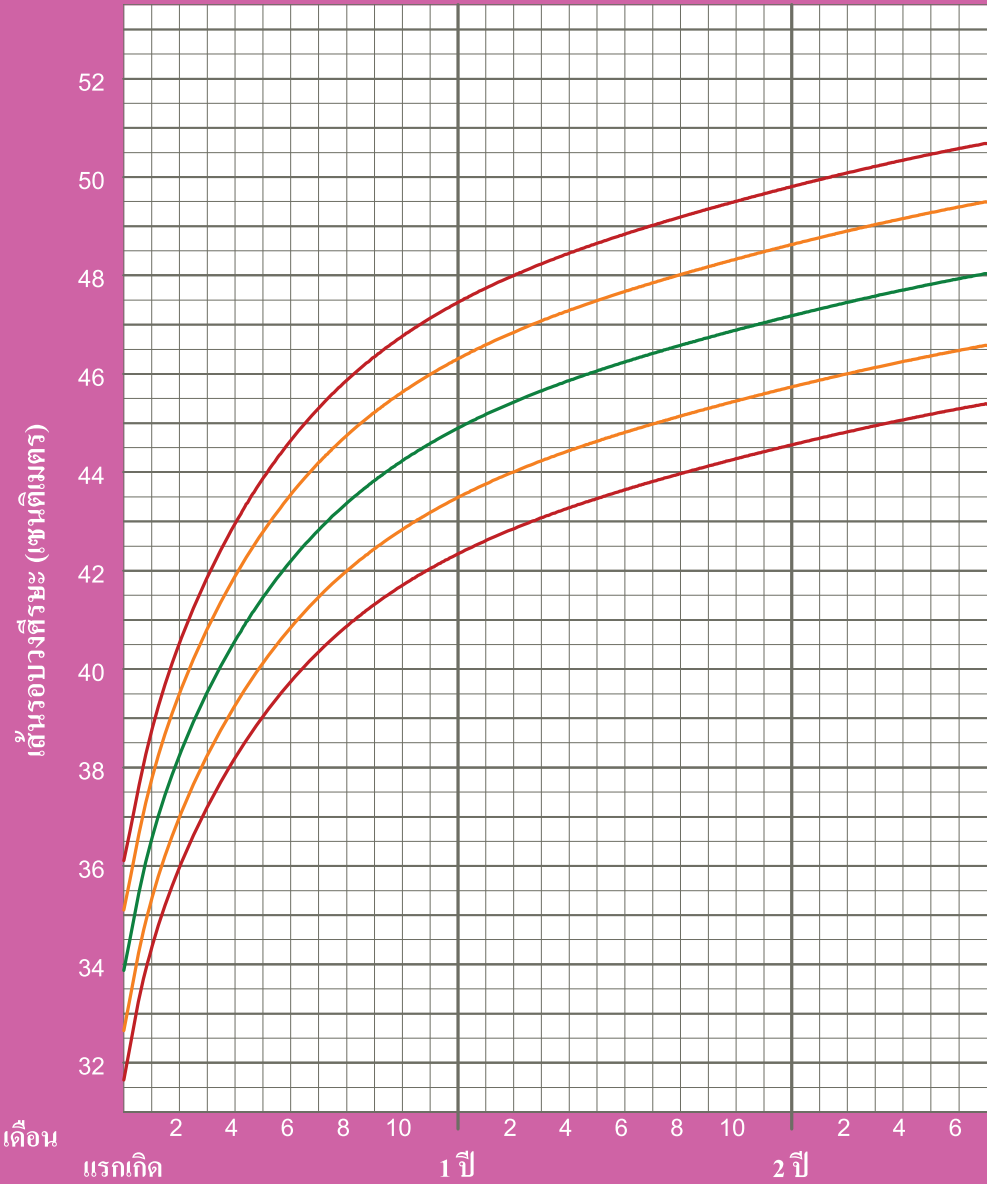
## ด้านรูปร่างของลูก (อ้วน สมส่วน ผอม)



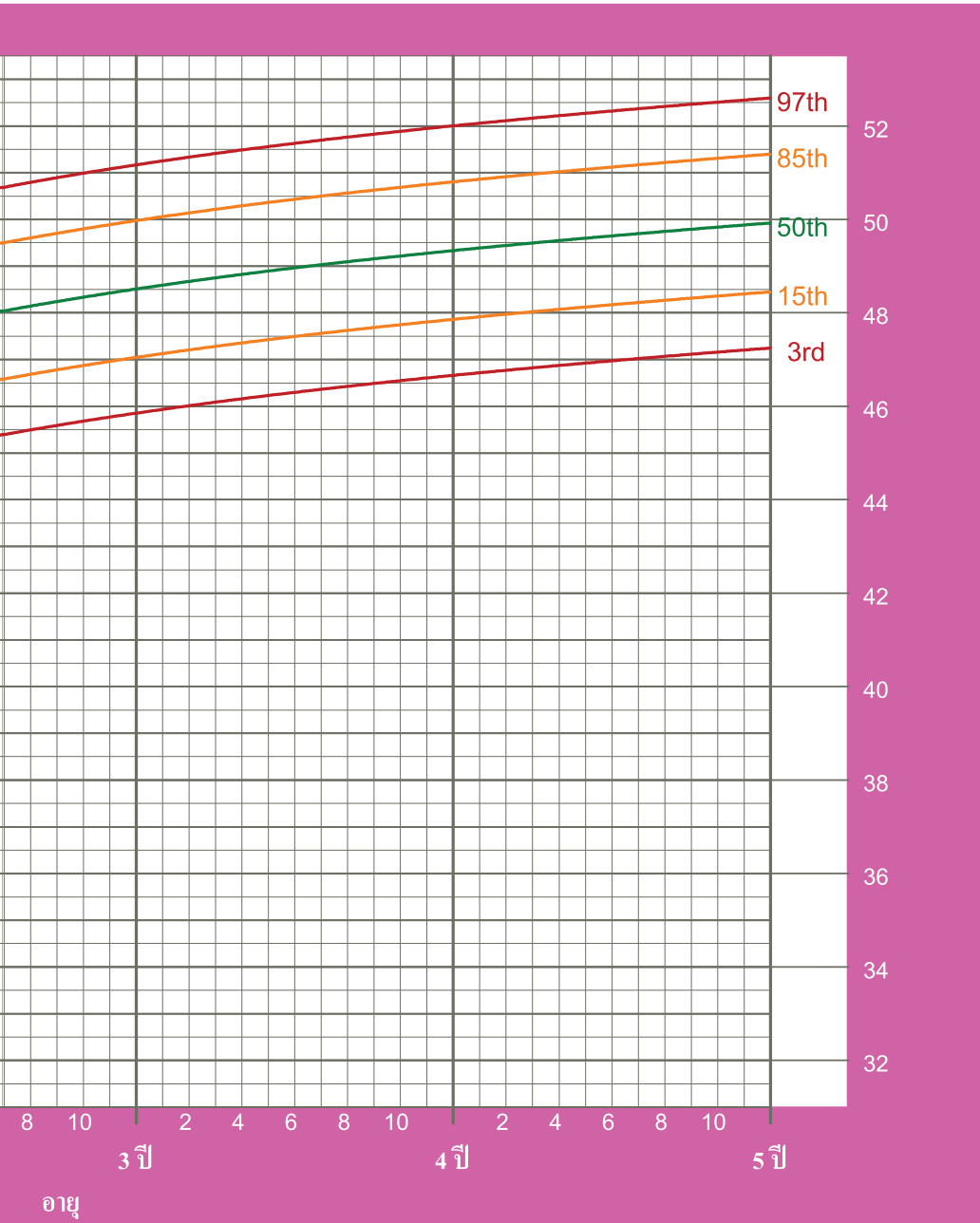
(เซนติเมตร)

จัดทำและเผยแพร่โดย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2564

## เส้นรอบวงศีรษะเด็กแรกเกิด - 5 ปี



# เพศหญิง (ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์)



## อาหารทารกอายุแรกเกิด

อายุ	แรกเกิด จนถึง 6 เดือน	6 เดือน	7 เดือน
อาหาร			
กินนมแม่	ทารกแรกเกิดถึง 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	เด็ก 6 เดือนขึ้นไปให้นมแม่ควบคู่กับอาหาร	เด็ก 6 เดือนขึ้นไปให้นมแม่ควบคู่กับอาหาร
ข้าว	ไม่ต้องให้อาหารอื่น	กินอาหาร 1 มื้อ	กินอาหาร 1 มื้อ
เนื้อสัตว์	เพราะนมแม่มีสารอาหารครบถ้วน	อาหารทารกตามวัยใน 1 มื้อ	
ผัก	และเพียงพอ	ข้าวต้มสุก บดละเอียด 2 ช้อนกินข้าว	ข้าวต้มสุก บดหยาบ 3 ช้อนกินข้าว
ระดับการบดอาหาร		6 เดือน ไข่แดงสุกครึ่งฟอง	7 เดือนขึ้นไป ไข่สุกครึ่งฟอง
น้ำมัน		ใส่กับ	ตี
ผลไม้ (มีอว้าง)		ผักต้มเปื่อย ½ ช้อนกินข้าว	ผักสุก 1 ช้อนกินข้าว
		บดละเอียด	บดหยาบ
		น้ำมันครึ่งช้อน	
		ผลไม้สุกบดละเอียด วันละ 1 ช้อน	ผลไม้สุกบดหยาบ วันละ 2 ช้อน

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

- 12 เดือน

<b>8 เดือน</b>	<b>9-12 เดือน</b>
<b>ทารกตามวัยจนเด็กอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น</b>	<b>ทารกตามวัยจนเด็กอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น</b>
กินอาหาร 2 มื้อ	กินอาหาร 3 มื้อ
<b>ประกอบด้วย</b>	
 ข้าวสวยหุงนิ่มๆ บด หยาบ 4 ช้อนกินข้าว	 ข้าวสวยหุงนิ่มๆ บด หยาบ 4 ช้อนกินข้าว
<b>เนื้อสัตว์ หรือ ไข่ 1 ช้อนกินข้าวต่อมื้อ</b>	
หรือ  ไก่	หรือ  หมู
หรือ  ปลา	
 ผักสุก 1 ช้อนกินข้าว	 ผักสุก 1 ½ ช้อนกินข้าว
 สับละเอียด	 หั่นชิ้นเล็ก
3 มื้อ วันละมื้อ (ใช้คลุกเคล้าผสมกับอาหาร)	
 หรือ  ผลไม้สุก ตัดชิ้นเล็ก วันละ 3 ชิ้น	 หรือ  ผลไม้สุก หั่นชิ้นพอดีคำ วันละ 4 ชิ้น

**คำแนะนำในการจัดอาหารทารก**

1. ทารกอายุ 6 เดือน เริ่มให้อาหารทีละอย่าง ครั้งละ 1-2 ช้อนชา และเว้นระยะ 2-3 วัน ก่อนเริ่มให้อาหารชนิดใหม่ เพื่อดูการยอมรับอาหารและอาการแพ้อาหาร
2. ความหยาบของอาหาร เริ่มจากอาหารบดละเอียด ค่อยๆ เพิ่มความหยาบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น เพื่อฝึกการเคี้ยวและกลืนอาหาร
3. เพิ่มปริมาณอาหารให้ได้ตามปริมาณที่แนะนำ โดยจำนวนมื้ออาหารที่อายุ 6-7 เดือน อาจแบ่งกิน 2-3 มื้อ เพื่อให้ได้ปริมาณรวมตามที่แนะนำ
4. จัดอาหารแต่ละกลุ่มให้มีความหลากหลาย เพื่อให้ได้สารอาหารเพียงพอและสร้างความคุ้นเคย
5. ในแต่ละมื้อ ควรมีกลุ่มเนื้อสัตว์ และผักที่อ่อนนุ่ม กลิ่นไม่แรง
6. ควรให้ได้ดื่บอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 1 มื้อ
7. เมื่อเด็กกินอาหารวันละ 3 มื้อ ควรให้กินไข่ไม่เกินวันละ 1 มื้อ ส่วนอีก 2 มื้อ เป็นเนื้อสัตว์ชนิดอื่นๆ
8. ควรให้เด็กเรียนรู้รสอาหารตามธรรมชาติ ไม่ควรปรุงแต่งรสอาหาร
9. เน้นความสะอาดและปลอดภัยของวัตถุดิบและภาชนะที่ใช้ปรุงและใส่อาหาร
10. ติดตามการเจริญเติบโตทั้งส่วนสูงและน้ำหนักทุก 3 เดือน



AR อาหารแม่ลูก กรมอนามัย

## ความสำคัญของโภชนาการในเด็กอายุ 1-5 ปี



เด็กอายุ 1-5 ปี จำเป็นต้องได้รับพลังงานและสารอาหารครบถ้วน เพียงพอทั้ง ปริมาณและคุณภาพ ซึ่งส่งผลต่อการสร้างเซลล์สมอง ระบบประสาท กล้ามเนื้อ กระดูก และอวัยวะต่างๆ ให้มีความสมบูรณ์ ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เด็กมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ



## ปริมาณอาหารสำหรับเด็กอายุ 1 -5 ปี ควรได้รับใน 1 วัน และอาหารทดแทน

กลุ่มอาหาร	ปริมาณอาหาร	
	เด็กอายุ 1-3 ปี	เด็กอายุ 4-5 ปี
ข้าว – แป้ง	3 ทัพพี	5 ทัพพี
ผัก	2 ทัพพี (6 ช้อนกินข้าว)	3 ทัพพี (9 ช้อนกินข้าว)
ผลไม้	3 ส่วน	3 ส่วน
เนื้อสัตว์	3 ช้อนกินข้าว	3 ช้อนกินข้าว
นม	2 แก้ว	3 แก้ว
น้ำมัน กะทิ	น้อยกว่า 3 ช้อนชา	น้อยกว่า 4 ช้อนชา
น้ำตาล	น้อยกว่า 2 ช้อนชา	น้อยกว่า 3 ช้อนชา

## ข้อปฏิบัติการให้อาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของเด็กอายุ 1-5 ปี

1. ให้อาหารมื้อหลัก 3 มื้อ และอาหารว่างที่มีคุณภาพไม่เกิน 2 มื้อต่อวัน
2. ให้อาหารครบ 5 กลุ่มอาหาร แต่ละกลุ่มให้หลากหลาย เป็นประจำทุกวัน
3. ให้นมแม่ต่อเนื่องถึง 2 ปี เสริมนมรสจืด วันละ 2-3 แก้ว
4. ฝึกให้กินผักและผลไม้รสหวานน้อยจนเป็นนิสัย
5. ฝึกฝนให้กินอาหารรสธรรมชาติ ไม่หวานจัด มันจัด และเค็มจัด
6. ให้อาหารสะอาดและปลอดภัย
7. ให้ดื่มน้ำสะอาด หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มรสหวานและน้ำอัดลม
8. ฝึกฝนวินัยการกินอย่างเหมาะสมตามวัยจนเป็นนิสัย
9. เล่นกับลูก สร้างความผูกพัน หมั่นติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการ



อาหารทดแทน (อาหารที่สามารถเลือกกินได้ภายในกลุ่มอาหาร)		
กลุ่มอาหาร	หน่วย	ชนิดอาหารทดแทน
<b>ข้าว-แป้ง</b> 	ทัพพี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้าวสวย 1 ทัพพี (60 กรัม หรือ 5 ช้อนกินข้าว)</li> <li>- ข้าวเหนียว ½ ทัพพี</li> <li>- ขนมนจีน 1 จับใหญ่</li> <li>- ขนมนปังโฮลวีท 1 แผ่น</li> <li>- ก๋วยเตี๋ยว 1 ทัพพี</li> <li>- มักกะโรนี สปาเกตตี้ลวก 1 ทัพพี</li> <li>- ข้าวโพดสุก 1 ฝัก</li> <li>- เผือก 1 ทัพพี</li> <li>- มันเทศต้มสุก 2 ทัพพี</li> <li>- เส้นหมี่ วุ้นเส้น 2 ทัพพี</li> </ul>
<b>ผัก</b> 	ทัพพี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผักสุกทุกชนิด 1 ทัพพี เช่น ผักกาดขาว กะหล่ำปลี แตงกวา บรอกโคลี ถั่วฝักยาว แครอท ฟักทอง</li> <li>- ผักดิบที่เป็นใบ 2 ทัพพี</li> <li>- ผักดิบที่เป็นหัว เช่น มะเขือเปราะดิบ 1 ทัพพี ถั่วฝักยาวดิบ 1 ทัพพี แตงกวาดิบ 2 ทัพพี มะเขือเทศดิบ 3 ทัพพี</li> </ul>
<b>ผลไม้</b> 	ส่วน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มังคุด 4 ผล</li> <li>- ชมพู 2 ผล ขนาดใหญ่</li> <li>- ส้มเขียวหวาน 2 ผลกลาง</li> <li>- แอปเปิ้ล 1 ผลเล็ก</li> <li>- กัลยน้ำว่า 1 ผลกลาง</li> <li>- กัลยหอม 2/3 ผลใหญ่</li> <li>- ฝรั่ง ½ ผลกลาง</li> <li>- มะม่วงสุก ½ ผลกลาง</li> <li>- มะละกอสุก 6 ชิ้นพอดีคำ</li> </ul>
<b>เนื้อสัตว์</b> 	ช้อนกินข้าว	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เนื้อสัตว์ 1 ช้อนกินข้าว เช่น ไก่ หมู วัว ปลา หอย กุ้ง เป็นต้น</li> <li>- เครื่องในสัตว์ 1 ช้อนกินข้าว เช่น ตับ เลือด เป็นต้น</li> <li>- ไข่ ½ ฟอง</li> <li>- ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว เช่น ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วเขียว เป็นต้น</li> <li>- เต้าหู้แข็ง 2 ช้อนกินข้าว</li> <li>- เต้าหู้อ่อน 6 ช้อนกินข้าว</li> <li>- นมถั่วเหลือง 1 แก้ว</li> </ul>
<b>นม</b> 	แก้ว 200 ซีซี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- นมรสจืด 1 แก้ว (200 ซีซี)</li> <li>- โยเกิร์ต 1 ½ ถ้วย</li> <li>- ปลาเล็กปลาน้อย 2 ช้อนกินข้าว</li> <li>- เต้าหู้แข็ง 1 ก้อน</li> <li>- เต้าหู้อ่อน 7 ช้อนกินข้าว</li> </ul>

**ข้อแนะนำ:** ทั้งนี้ ควรจัดอาหารให้เด็กอายุ 1-5 ปี กินให้มีความหลากหลาย โดยสามารถเลือกอาหารทดแทนในกลุ่มเดียวกันได้ ดังตารางอาหารทดแทน ตัวอย่างเช่น กลุ่มข้าว-แป้ง สามารถจัดอาหาร โดยอาจจะเป็นข้าวสวย ข้าวเหนียว เส้นหมี่ เผือก มัน หรือวุ้นเส้นแทนก็ได้ โดยเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งตามปริมาณที่แนะนำ อาหารในกลุ่มอื่นๆ ก็เช่นเดียวกัน จะส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตที่เหมาะสมเต็มศักยภาพ

## บันทึกการคลอด

สถานที่คลอด .....

ทำคลอดโดย

( ) แพทย์ ( ) พยาบาล

( ) อื่นๆ ระบุ .....

อายุครรภ์ ..... สัปดาห์ วิธีคลอด .....

ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด  ไม่มี  มี (ระบุ) .....

ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด  ไม่มี  มี (ระบุ) .....

## เยี่ยมดูแลหลังคลอด โดยทีมหมอครอบครัว

อาการผิดปกติหลังคลอดที่ต้องมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที  
ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่มีอาการ



อาการผิดปกติหลังคลอด	ครั้งที่1	ครั้งที่2	ครั้งที่3
ตกเลือดหลังคลอด เป็นก้อน ลิ่มเลือด			
ตัวร้อนเป็นไข้ติดต่อกัน 2 วัน			
น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น ชุ่มชื้น หรือมีสีแดงนานเกิน 2 สัปดาห์			
ปัสสาวะแสบ ขัด กะปริบกะปรอย หรือปัสสาวะไม่ออก			
ปวด บวม บริเวณฝีเย็บหรือแผลแยก			
หัวนมแตก หรืออักเสบ			
การคุมกำเนิด			
ผู้ประเมิน วันที่	.....	.....	.....

## บันทึกการรกแรกเกิด (เจ้าหน้าที่บันทึก)

วันเดือนปีเกิด..... เวลา..... เพศ..... น้ำหนักแรกเกิด..... กรัม

ความยาว..... เซนติเมตร เส้นรอบศีรษะ..... เซนติเมตร

Apgar Score (1 นาที)..... (5 นาที).....

ความผิดปกติแต่กำเนิด  มี (ระบุ) ..... ไม่มีภาวะสุขภาพแรกเกิด  แข็งแรงดี  ผิดปกติ ระบุ.....

วันที่จำหน่าย..... น้ำหนักวันที่จำหน่าย.....

วิตามินเค  ฉีด  ไม่ฉีด

การตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด ตรวจวันที่.....

- การตรวจภาวะพร่องไทโรอิดฮอร์โมน  ปกติ  ผิดปกติ- การตรวจ PKU  ปกติ  ผิดปกติ




















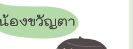













การตรวจคัดกรองการได้ยินด้วยเครื่องมือ

 OAE ข้างขวา  ผ่าน  ไม่ผ่าน ข้างซ้าย  ผ่าน  ไม่ผ่าน วันที่ตรวจ..... ABR ข้างขวา  ผ่าน  ไม่ผ่าน ข้างซ้าย  ผ่าน  ไม่ผ่าน วันที่ตรวจ.....










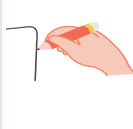





























หากผลตรวจไม่ผ่าน ควรได้รับการตรวจซ้ำภายใน 1 เดือน

ประวัติทารก	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ทราบ
1. เด็กคลอดก่อนกำหนด (มารดาอายุครรภ์ < 37 สัปดาห์)				
2. ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม				
3. Hypoglycemia				
4. Hyperbilirubinemia				
5. Apgar Score ที่ 1 นาที $\leq 7$ 5 นาที $\leq 7$ และมี Complication				
6. Sepsis				
7. ชัก Meningitis				
8. มีปัญหาการดูดกลืน ดูดนมไม่เก่ง				
9. Down syndrome				
10. Congenital anomaly (แล้วแต่แพทย์พิจารณา)				
11. Anemia (central Hct < 40% ที่อายุ < 7 วัน)				
12. เกิดจากแม่ติดเชื้อไวรัสซิกา				

หมายเหตุ ถ้ามีภาวะเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป บ่งชี้ว่า คือ High risk case ให้นัดพบแพทย์เมื่ออายุ 1 เดือน ถ้าไม่พบภาวะเสี่ยงนัด 2 เดือน ที่คลินิกเด็กสุขภาพดี

อายุ พัฒนาการ	แรกเกิด ถึง 1 เดือน	1-2 เดือน	3-4 เดือน	5-6 เดือน	7-8 เดือน	9 เดือน
<b>ด้าน การ เคลื่อนไหว</b>  Gross Motor (GM)	<input type="checkbox"/>  ทำนอนคว่ำ ยกศีรษะ และหันไปข้างใด ข้างหนึ่งได้	<input type="checkbox"/>  ทำนอนคว่ำ ยกศีรษะตั้งขึ้น ได้ 45 องศา นาน 3 วินาที	<input type="checkbox"/>  ทำนอนคว่ำ ยกศีรษะ และออกพินพิ้น	<input type="checkbox"/>  ยันตัวขึ้น จากทำนอนคว่ำ โดยเหยียด แขนตรง ทั้งสองข้างได้	<input type="checkbox"/>  บึ่งได้มั่นคงและ เร็วด้วยมือเส้น ได้อย่างอิสระ  <input type="checkbox"/>  ยืนเกาะเครื่องเรือน สูงระดับอกได้	<input type="checkbox"/>  ลูกขึ้นนั่งได้ จากทำนอน  <input type="checkbox"/>  ยืนอยู่ได้โดยใช้มือ เกาะเครื่องเรือน สูงระดับอก
<b>ด้าน การใช้ กล้ามเนื้อ มัดเล็ก และ สติปัญญา</b>  Fine Motor (FM)	<input type="checkbox"/>  มองตามถึง กึ่งกลางลำตัว	<input type="checkbox"/>  มองตามผ่าน กึ่งกลางลำตัว	<input type="checkbox"/>  มองตามสิ่งของ ที่เคลื่อนที่ ได้เป็นมุม 180 องศา	<input type="checkbox"/>  เอื้อมมือหยิบ และถือวัตถุไว้ ขณะอยู่ในท่า นอนหงาย	<input type="checkbox"/>  จ้องมอง ไปที่หนังสือ พร้อมกับผู้ใหญ่ นาน 2-3 วินาที	<input type="checkbox"/>  หยิบก้อนไม้จากพื้น และถือไว้มีละ-ฮิน  <input type="checkbox"/>  ใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้มา หยิบของขึ้นจากพื้น
<b>ด้าน การเข้าใจ ภาษา</b>  Receptive Language (RL)	<input type="checkbox"/>  สะ-ตั้งหรือ เคลื่อนไหวร่างกาย เมื่อได้ยินเสียงพูด ระดับปกติ	<input type="checkbox"/>  มองหน้าผู้พูดคุย ได้นาน 5 วินาที	<input type="checkbox"/>  หันตาม เสียงได้	<input type="checkbox"/>  หันตาม เสียงเรียก	<input type="checkbox"/>  เด็กหันตาม เสียงเรียกชื่อ	<input type="checkbox"/>  ทำตามคำสั่งง่ายๆ เมื่อใช้ท่าทาง ประกอบ
<b>ด้าน การใช้ภาษา</b>  Expressive Language (EL)	<input type="checkbox"/>  ส่งเสียงอ้อแอ้	<input type="checkbox"/>  ทำเสียงในลำคอ (เสียง "อู" หรือ "อ" หรือ "อ้อ") หรืออย่างชัดเจน	<input type="checkbox"/>  ทำเสียงสูงๆ ต่ำๆ เพื่อแสดง ความรู้สึก	<input type="checkbox"/>  เลียนแบบ การเล่น ทำเสียงได้	<input type="checkbox"/>  เลียนเสียง พูดคุย	<input type="checkbox"/>  เลียนเสียง คำพูดที่คุ้นเคย อย่างน้อย 1 เสียง
<b>ด้านการ ช่วยเหลือ ตัวเอง และสังคม</b>  Personal and Social (PS)	<input type="checkbox"/>  มองจ้องหน้า ได้นาน 1 - 2 วินาที	<input type="checkbox"/>  ยิ้มตอบหรือ ส่งเสียงตอบได้ เมื่อผู้ประ-เม็นยิ้ม และพูดคุยด้วย	<input type="checkbox"/>  ยิ้มทักคน ที่คุ้นเคย	<input type="checkbox"/>  สนใจฟังคนพูด และสามารถ มองไปที่ผู้สนทนา ที่เล่นกับเด็ก	<input type="checkbox"/>  เด็กเล่นจะ-เอ้ได้	<input type="checkbox"/>  ใช้นิ้วหยิบ กินอาหารได้

































10-12 เดือน	13-15 เดือน	16-17 เดือน	18 เดือน	19-24 เดือน	25-29 เดือน	30 เดือน
<input type="checkbox"/>  ยืนนาน 2 วินาที	<input type="checkbox"/>  ยืนอยู่ตามลำพัง ได้นานอย่างน้อย 10 วินาที	<input type="checkbox"/>  เดินลากของเล่น หรือสิ่งของได้	<input type="checkbox"/>  วิ่งได้ เดินถือลูกบอล ได้ได้ไกล 3 เมตร	<input type="checkbox"/>  เหวี่ยงขาเตะลูกบอลได้	<input type="checkbox"/>  กระโดดเก้า ฟันพื้นที่ง 2 ข้าง	<input type="checkbox"/>  กระโดด ข้างเขยิบบนพื้น ไม่ห่างหน้าได้ ขว้างลูกบอล ขนาดเล็กได้ โดยยกมือ ขึ้นเหนือศีรษะ
<input type="checkbox"/>  จับนิ้วมือ เพื่อหยิบของชิ้นเล็ก	<input type="checkbox"/>  ขีดเขียน (เป็นเส้น) บนกระดาษได้	<input type="checkbox"/>  ขีดเขียนได้เอง	<input type="checkbox"/>  เปิดหน้าหนังสือ ทำด้วยกระดาษแข็ง ที่ละแผ่นได้เอง  ต่อก้อนไม้ 2 ชิ้น	<input type="checkbox"/>  ต่อก้อนไม้ 4 ชิ้น	<input type="checkbox"/>  แก้ปัญหาต่างๆ โดยใช้เครื่องมือ ด้วยตนเอง	<input type="checkbox"/>  ต่อก้อนไม้ สี่เหลี่ยมลูกบาศก์ เป็นหอคอยสูงได้ 8 ก้อน  ย่นวัตถุให้ได้ 1 ชิ้น ตามคำสั่ง (จำนวนเท่ากัน 1)
<input type="checkbox"/>  บอกมือหรือตามมือตามคำสั่ง	<input type="checkbox"/>  เลือกวัตถุตามคำสั่ง ได้ถูกต้อง 2 ชนิด	<input type="checkbox"/>  ทำตามคำสั่งง่ายๆ โดยไม่มีท่าทางประกอบ	<input type="checkbox"/>  เลือกวัตถุตามคำสั่ง ได้ถูกต้อง 3 ชนิด  ชื่อวัยยะได้ 1 ส่วน	<input type="checkbox"/>  เลือกวัตถุตามคำสั่ง (ตัวเลือก 4 ชนิด)	<input type="checkbox"/>  ชื่อวัยยะ: 7 ส่วน	<input type="checkbox"/>  วางวัตถุไว้ "ข้างบน" และ "ข้างใต้" ตามคำสั่งได้
<input type="checkbox"/>  แสดงความต้องการ โดยทำท่าทาง หรือเปล่งเสียง	<input type="checkbox"/>  พูดคำ พยางค์เดียว (คำโดด) ได้ 2 คำ	<input type="checkbox"/>  ตอบชื่อวัตถุ ได้ถูกต้อง	<input type="checkbox"/>  พูดเลียนคำที่เด่น หรือคำสุดท้ายของคำพูด  พูดเป็นคำๆ ได้ 4 คำ เรียงข้อส่งของ หรือทักทาย	<input type="checkbox"/>  เลียนคำพูด ที่เป็นวลี ประกอบด้วย คำ 2 คำ	<input type="checkbox"/>  พูดตอบรับ และปฏิเสธได้	<input type="checkbox"/>  พูดติดต่อกัน 2 คำขึ้นไป อย่างมีความหมาย โดยใช้คำกริยา ได้ถูกต้อง อย่างน้อย 4 กริยา
<input type="checkbox"/>  เล่นสิ่งของตามประยชน์ของสิ่งของได้	<input type="checkbox"/>  เลียนแบบท่าทางการทำงานบ้าน	<input type="checkbox"/>  เล่นการขี่สิ่งของตามหน้าที่ ได้มากขึ้น ด้วยความช่วยเหลือของ 2 สิ่งขึ้นไป	<input type="checkbox"/>  สนใจ/มองตามสิ่งที่มีผู้หนียซี่ที่อยู่ไกลออกไป อย่างน้อย 3 เมตร	<input type="checkbox"/>  ใช้ช้อนตักอาหารกินเองได้	<input type="checkbox"/>  ล้างและเช็ดมือได้	<input type="checkbox"/>  แต่งเพลงได้บางคำ หรือร้องเพลงคลอตามทำนอง  แต่งรู้หรือให้หรือบอกของตนเองในการเล่น โดยมีผู้ใหญ่คอยออก

1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  เมื่อเด็กประเมินผ่าน  
2. ใส่เครื่องหมาย X ในช่อง  เมื่อเด็กประเมินไม่ผ่าน

ช่วงอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน เป็นช่วงสำคัญที่เด็กควรได้รับการคัดกรองพัฒนาการ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข



อายุ พัฒนาการ	31-36 เดือน	37-41 เดือน	42 เดือน	43-48 เดือน	49-54 เดือน	55-59 เดือน
<b>ด้าน การ เคลื่อนไหว</b> Gross Motor (GM)	 ยืนขาเดียว 1 วินาที	 ยืนขาเดียว 3 วินาที	 ยืนขาเดียว นาน 5 วินาที ใช้แขนรับลูกบอลได้	 กระโดดขาเดียว ได้อย่างน้อย 2 ครั้ง	 กระโดดสองเท้า พร้อมกัน ไปด้านข้าง และถอยหลังได้	 เดินต่อสันเท้า
<b>ด้าน การ ใช้ กล้ามเนื้อ บิดเล็ก และ สติปัญญา</b> Fine Motor (FM)	 เขียนแบบ ลากเส้น เป็นวง ต่อเนื่องกัน	 เขียนแบบ วาดรูปวงกลม	 แยกรูปทรงเรขาคณิต ได้ 3 แบบ ประกอบชิ้นส่วน ของรูปภาพที่ตัดออก เป็น 3 ชิ้นได้ เขียนรูปร่างตามแบบได้	 ตัดกระดาษรูป สี่เหลี่ยมจัตุรัส 10 ซม. ออกเป็น 2 ชิ้น (โดยใช้กรรไกรปลายมน) เขียนแบบวาดรูป + (กากบาท)	 ประกอบชิ้นส่วน ของรูปภาพ ที่ตัดออกเป็น ส่วนๆ 8 ชิ้นได้	 จับดินสอ ได้ถูกต้อง
<b>ด้าน การ เข้าใจ ภาษา</b> Receptive Language (RL)	 นำวัตถุ 2 ชนิด ในห้องมาให้ ได้ตามคำสั่ง	 ทำตามคำสั่ง ได้ 2 กริยา กับวัตถุ 2 ชนิด	 วางวัตถุเข้าข้างหน้า และข้างหลัง ได้ตามคำสั่ง เลือกจัดกลุ่มวัตถุ ตามประเภท ของเสื้อผ้าได้	 เลือกวัตถุ ที่มีขนาดใหญ่กว่า และเล็กกว่า	 เลือกรูปภาพ ที่แสดงเวลา กลางวัน กลางคืน	 เลือกสีได้ 8 สีตามคำสั่ง
<b>ด้าน การ ใช้ภาษา</b> Expressive Language (EL)	 พูดติดต่อกัน 3-4 คำ อย่างน้อย 4 ความหมาย	 ถามคำถาม ได้ 4 แบบ เช่น ใคร อะไร ที่ไหน ทำไร	 พูดถึงเหตุการณ์ ที่เพิ่งผ่านไปในวัย 4 ปี พูด "ขอ" หรือ "ขอบคุณ" หรือ "ให้" ได้	 พูดเป็นประโยค 3 คำติดต่อกัน โดยมีความหมาย และเหมาะสม กับโอกาสได้	 ตอบคำถาม ได้ถูกต้อง เมื่อถามว่า "ถ้ารู้สึกร้อน ไม่สบาย ศึก" จะทำอย่างไร	 ผลิตกับพูดคุย กับเพื่อนในกลุ่ม
<b>ด้านการ ช่วยเหลือ ตัวเอง และสังคม</b> Personal and Social (PS)	 ใส่กางเกง ได้เอง	 ทำตามกฎ ในการเล่น เป็นกลุ่มได้ โดยมีผู้ใหญ่แนะนำ ช่วยทำงาน ชิ้นตอนเดียวได้เอง	 ใส่เสื้อผ้าหน้าตัวเอง โดยไม่ต้องติดกระดุม บอกเพศ ของตนเองได้	 ใส่กระดุม ขนาดใหญ่ อย่างน้อย 2 เม. ได้เอง 3 เม.	 ทำความสะอาด ตนเอง หลังอุจจาระได้	 เล่นเลียนแบบ บทบาท ของผู้ใหญ่ได้

60 เดือน	61-66 เดือน	67-72 เดือน	73-78 เดือน
 <p>เดินต่อเท้าเป็นเส้นตรงไปข้างหน้าได้</p>	 <p>กระโดดขาเดียวไปข้างหน้า 4 ครั้ง ทีละข้าง</p>	 <p>วิ่งหลบหลีกสิ่งกีดขวางได้</p>	 <p>เคลื่อนไหวร่างกายตามที่ตกลงกัน ใช้สุ่มสัญญาณเสียงที่คุ้นหูทำขึ้น 2 ชนิดต่อกัน</p>
 <p>ลอกรูปวาดรูปคนได้ 6 ส่วน</p>	 <p>ตัดกระดาษตามเส้นตรงต่อเนื่องยาว 15 ซม.</p>	 <p>ลอกรูปสามเหลี่ยม</p>	 <p>เขียนชื่อตัวเองได้ถูกต้อง</p>
 <p>จับข้อความเมื่อฟังนิทานหรือเรื่องเล่าได้ 5 เรื่อง</p>	 <p>บวกเลขเบื้องต้นผลลัพธ์ไม่เกิน 10</p>	 <p>ลบเลข</p>	 <p>อ่านหนังสือที่มีภาพต่อเนื่องจนจบและเล่าได้ว่าเป็นเรื่องอะไร</p>
 <p>อ่านออกเสียงพยัญชนะได้ถูกต้อง 5 ตัว ดังนี้ "ก" "ง" "ด" "บ" "ย"</p>	 <p>เด็กสามารถอธิบายหน้าที่หรือคุณสมบัติของสิ่งของได้อย่างน้อย 6 ชนิด</p>	 <p>เด็กสามารถบอกชื่อสิ่งของได้ 3 หมวด เช่น สัตว์, เสื้อผ้า, อาหาร</p>	 <p>สามารถคิดเชิงเหตุผลและอธิบายได้</p>
 <p>แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอารมณ์เพื่อเร้าหรือไม่สบายใจ</p>	 <p>ช่วยงานบ้าน</p>	 <p>เด็กแปรงฟันได้ทั่วทั้งปาก</p>	 <p>ทำงานที่ได้รับมอบหมายจนสำเร็จด้วยตนเอง เช่น แต่งตัว กินข้าว อาบน้ำ</p>



ดาวน์โหลดคู่มือ DSPM ฉบับสมบูรณ์

- 1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง  เมื่อเด็กประเมินผ่าน
- 2. ใส่เครื่องหมาย X ในช่อง  เมื่อเด็กประเมินไม่ผ่าน

ช่วงอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน เป็นช่วงสำคัญที่เด็กควรได้รับการคัดกรองพัฒนาการ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข



### ส่วนที่ 3 บันทึกหลังคลอดและบริการเด็กแรกเกิด-6 ปี

ด.ช.  ด.ญ. ชื่อ.....นามสกุล.....

วัน เดือน ปี เกิด.....เลขประจำตัวประชาชน.....

#### บันทึกการได้รับวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย (เจ้าหน้าที่บันทึก) 1/3

อายุที่ควรได้รับ	วัคซีนที่ให้	วัน เดือน ปี ที่ได้รับวัคซีน
แรกเกิด	• ฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG)	
	• ฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (HB)	
1 เดือน	• ฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (HB) (เฉพาะรายที่แม่เป็นพาหะ)	
2 เดือน	• กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ครั้งที่ 1 • ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-ฮิบ (DTP-HB-Hib) ครั้งที่ 1 • กินวัคซีนโรต้า (Rota) ครั้งที่ 1	
4 เดือน	• กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ครั้งที่ 2 • ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-ฮิบ (DTP-HB-Hib) ครั้งที่ 2 • กินวัคซีนโรต้า (Rota) ครั้งที่ 2 • ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (IPV)	
6 เดือน	• กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ครั้งที่ 3 • ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-ฮิบ (DTP-HB-Hib) ครั้งที่ 3 • กินวัคซีนโรต้า (Rota) ครั้งที่ 3 (ยกเว้นได้ Rotarix มาแล้ว 2 ครั้ง)	

ด.ช.  ด.ญ. ชื่อ.....นามสกุล.....

วัน เดือน ปี เกิด.....เลขประจำตัวประชาชน.....

**บันทึกการได้รับวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย (เจ้าหน้าที่บันทึก) 2/3**

อายุที่ควรได้รับ	วัคซีนที่ให้	วัน เดือน ปี ที่ได้รับวัคซีน
9 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) ครั้งที่ 1</li> </ul>	
1 ปี	<ul style="list-style-type: none"> <li>ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบเจอี ชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (LAJE) ครั้งที่ 1</li> </ul>	
1 ปี 6 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ครั้งที่ 4</li> <li>ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTP) ครั้งที่ 4</li> <li>ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) ครั้งที่ 2</li> </ul>	
2 ปี 6 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบเจอี ชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (LAJE) ครั้งที่ 2</li> </ul>	
4 ปี	<ul style="list-style-type: none"> <li>กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ครั้งที่ 5</li> <li>ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTP) ครั้งที่ 5</li> </ul>	
11 ปี (นักเรียนหญิง ชั้น ป.5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ฉีดวัคซีนป้องกันเอชพีวี (HPV) ครั้งที่ 1</li> <li>ฉีดวัคซีนป้องกันเอชพีวี (HPV) ครั้งที่ 2 (ห่างจากเข็มแรก 6 - 12 เดือน)</li> </ul>	
12 ปี (ชั้น ป.6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) (แนะนำให้กระตุ้นซ้ำทุก 10 ปี)</li> </ul>	

### ส่วนที่ 3 บันทึกหลังคลอดและบริการเด็กแรกเกิด-6 ปี

ด.ช.  ด.ญ. ชื่อ.....นามสกุล.....

วัน เดือน ปี เกิด.....เลขประจำตัวประชาชน.....

#### บันทึกการได้รับวัคซีนอื่นๆ (ระบุ) (เจ้าหน้าที่บันทึก) 3/3

อายุที่ควรได้รับ	วัคซีนที่ให้	วัน เดือน ปี ที่ได้รับวัคซีน
	วัคซีน.....	
	วัคซีน.....	
	วัคซีน.....	
	วัคซีน.....	
	วัคซีน.....	
	วัคซีน.....	
	วัคซีน.....	
	วัคซีน.....	
	วัคซีน.....	
	วัคซีน.....	
	วัคซีน.....	

#### หมายเหตุ

1. หากไม่สามารถพาเด็กไปรับวัคซีนได้ตามกำหนด โปรดนำเด็กพร้อมสมุดเล่มนี้ ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเร็ว
2. โปรดเก็บรักษาสมุดบันทึกสุขภาพเล่มนี้ไว้ตลอดไปเพื่อประโยชน์ในการป้องกันโรครวมทั้งใช้ประกอบการเข้าเรียนและสมัครงานในอนาคต
3. จำนวนครั้ง ในการให้วัคซีนโรต้า (Rota) อาจเป็นแบบกิน 2 ครั้ง หรือ 3 ครั้ง



ความรู้เรื่องวัคซีน  
และกำหนดการให้วัคซีน

ที่มา: กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

## วันนัดตรวจสุขภาพและรับวัคซีนครั้งต่อไป (1/2)

วัน เดือน ปี อายุ	เวลา	รายการ	สถานที่นัด
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ</li> <li>• .....</li> <li>• ฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (HB) (เฉพาะรายที่แม่เป็นพาหะ)</li> <li>• .....</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ</li> <li>• กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV)</li> <li>• ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-ฮิบ (DTP-HB-Hib)</li> <li>• กินวัคซีนโรต้า (Rota)</li> <li>• .....</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ</li> <li>• กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV)</li> <li>• ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (IPV)</li> <li>• ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-ฮิบ (DTP-HB-Hib)</li> <li>• กินวัคซีนโรต้า (Rota)</li> <li>• .....</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ</li> <li>• กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV)</li> <li>• ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-ฮิบ (DTP-HB-Hib)</li> <li>• กินวัคซีนโรต้า (Rota)</li> <li>• .....</li> </ul>	

## วันนัดตรวจสุขภาพและรับวัคซีนครั้งต่อไป (2/2)

วัน เดือน ปี อายุ	เวลา	รายการ	สถานที่นัด
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ</li> <li>• ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR)</li> <li>• .....</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ</li> <li>• ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบเฉื่อย ชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (LAJE)</li> <li>• .....</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ</li> <li>• กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV)</li> <li>• ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTP)</li> <li>• ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR)</li> <li>• .....</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ</li> <li>• ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบเฉื่อย ชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (LAJE)</li> <li>• .....</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ</li> <li>• กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV)</li> <li>• ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTP)</li> <li>• .....</li> </ul>	

หมายเหตุ : จำนวนครั้งในการให้วัคซีนโรต้า (Rota) ขึ้นอยู่กับชนิดวัคซีนที่จัดหาได้ และให้ยกเว้นการได้รับวัคซีนโรต้า ครั้งที่ 3 ในเด็กที่ได้รับวัคซีน Rotarix มาแล้ว 2 ครั้ง

## แบบส่งต่อข้อมูลเด็กปฐมวัยสู่โรงเรียน

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 25.....

จาก.....

ด.ช.  ด.ญ. ชื่อ-นามสกุล..... เลขประจำตัวประชาชน.....

อายุ..... ปี วันเดือนปี..... เวลาเกิด..... น.

อายุที่คลอด..... สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด..... กรัม วิธีการคลอด.....

ชื่อ-สกุล บิดา..... ชื่อ-สกุล มารดา.....

บาดเจ็บเนื่องจากการคลอด  ไม่มี  มี คือ.....

ร่างกายพิการแต่กำเนิด  ไม่มี  มี คือ.....

การเจ็บป่วยเนื่องจากการคลอด  ไม่มี  มี คือ.....

โรคประจำตัว  ไม่มี  มี คือ.....

แพ้ยา หรืออาหาร  ไม่มี  มี คือ.....

### บันทึกการได้รับวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย (เจ้าหน้าที่บันทึก)

อายุที่ควรได้รับ	วัคซีนที่ให้	วัน เดือน ปี ที่ได้รับวัคซีน
แรกเกิด	<ul style="list-style-type: none"> <li>ฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG)</li> <li>ฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (HB)</li> </ul>	
1 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>ฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (HB) (เฉพาะรายที่แม่เป็นพาหะ)</li> </ul>	
2 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ครั้งที่ 1</li> <li>ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-ฮิบ (DTP-HB-Hib) ครั้งที่ 1</li> <li>กินวัคซีนโรต้า (Rota) ครั้งที่ 1</li> </ul>	
4 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ครั้งที่ 2</li> <li>ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-ฮิบ (DTP-HB-Hib) ครั้งที่ 2</li> <li>กินวัคซีนโรต้า (Rota) ครั้งที่ 2</li> <li>ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (IPV)</li> </ul>	
6 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ครั้งที่ 3</li> <li>ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี-ฮิบ (DTP-HB-Hib) ครั้งที่ 3</li> <li>กินวัคซีนโรต้า (Rota) ครั้งที่ 3 (ยกเว้นได้ Rotarix มาแล้ว 2 ครั้ง)</li> </ul>	
9 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) ครั้งที่ 1</li> </ul>	



บันทึกการได้รับวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย (เจ้าหน้าที่บันทึก)

อายุที่ควรได้รับ	วัคซีนที่ให้	วัน เดือน ปี ที่ได้รับวัคซีน
1 ปี	<ul style="list-style-type: none"> <li>ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบเจือชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (LAJE)</li> </ul>	
1 ปี 6 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ครั้งที่ 4</li> <li>ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTP) ครั้งที่ 4</li> <li>ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) ครั้งที่ 2</li> </ul>	
2 ปี 6 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบเจือชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (LAJE) ครั้งที่ 2</li> </ul>	
4 ปี	<ul style="list-style-type: none"> <li>กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ครั้งที่ 5</li> <li>ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTP) ครั้งที่ 5</li> </ul>	
11 ปี (นักเรียนหญิง ชั้น ป.5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ฉีดวัคซีนป้องกันเอชพีวี (HPV) ครั้งที่ 1</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ฉีดวัคซีนป้องกันเอชพีวี (HPV) ครั้งที่ 2 (ห่างจากเข็มแรก 6 - 12 เดือน)</li> </ul>	
12 ปี (ชั้น ป.6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก (dT) (แนะนำให้กระตุ้นซ้ำทุก 10 ปี)</li> </ul>	
	วัคซีน.....	
	วัคซีน.....	
	วัคซีน.....	
	วัคซีน.....	
	วัคซีน.....	

ประวัติพัฒนาการ     สมวัย     สงสัยล่าช้า  
 ประวัติการเจริญเติบโต     สมส่วน     ผอม     อ้วน     เตี้ย



## คำแนะนำการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

สมุดบันทึกสุขภาพนี้เป็นสมุดประจำตัวของแม่และลูก ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 ปี ใช้สำหรับศึกษา เพื่อการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แม่หลังคลอดและลูก

### ประโยชน์

- ช่วยให้พ่อแม่ดูแลสุขภาพของลูก ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 ปีได้อย่างเหมาะสม
- เป็นที่รวบรวมความรู้และบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของแม่และเด็ก ตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงเด็กอายุ 6 ปี
- เมื่อลูกเข้าโรงเรียน นำสมุดบันทึกสุขภาพนี้ให้คุณครูเพื่อบันทึกประวัติสุขภาพของเด็ก

### วิธีใช้

- อ่านเนื้อหาทำความเข้าใจและบันทึกสุขภาพตนเองและบุตร เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพ
- นำสมุดบันทึกสุขภาพไปด้วยทุกครั้ง เมื่อไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง
- รักษาสมุดบันทึกสุขภาพให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งานอยู่เสมอ



### คำแนะนำเรื่องการแจ้งเกิด

คุณพ่อ คุณแม่ ต้องไปแจ้งการเกิด ณ อำเภอ กิ่งอำเภอ เทศบาล เมืองพัทยา หรือเขตต่างๆ ในกทม. ซึ่งเป็นท้องที่มีเด็กเกิด เพื่อแจ้งการเกิดของเด็กและเพิ่มชื่อในทะเบียนบ้าน ภายใน 15 วัน

### เอกสารที่ควรเตรียมไปใช้ในการแจ้งเกิดเด็ก

1. สำเนาทะเบียนบ้านที่จะนำเด็กเข้า
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบิดา-มารดาเด็กที่เกิด
3. สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีที่เกิดทะเบียนสมรส)
4. ตั้งชื่อบุตร



### สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

จัดพิมพ์โดย: กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1: จำนวน 80 หน้า

ปีที่พิมพ์: เมษายน 2565

จำนวน: 800,000 เล่ม

พิมพ์ที่: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย



# Save mom : แอปพลิเคชันคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

คือ แอปพลิเคชันคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพด้วยตนเอง  
เพื่อการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ทั้งตัวคุณและลูกน้อยในครรภ์



## ดาวน์โหลดแอปพลิเคชันและลงทะเบียนผ่านมือถือฟรี

1. Android ดาวน์โหลดได้ที่ **Play store** ค้นหาคำว่า “save mom”  
iOS ดาวน์โหลดได้ที่ <http://savemom.anamai.moph.go.th/login>
2. กรอกข้อมูลส่วนตัว
3. ประเมินความเสี่ยงและรอรับคำแนะนำ

## วิธีการสมัครแอปสมุดบันทึกสุขภาพ

ขอเชิญชวนหญิงตั้งครรภ์ ดาวน์โหลดแอปพลิเคชันและลงทะเบียนใช้งานผ่านมือถือ **ฟรี!**



1. ระบบ IOS ดาวน์โหลดผ่าน App Store ค้นหาคำว่า “สมุดบันทึกสุขภาพ”
2. ระบบ Android ดาวน์โหลดผ่าน Play Store ค้นหาคำว่า “สมุดบันทึกสุขภาพ”
3. ผ่านเว็บไซต์ <http://healthbook.anamai.moph.go.th/>
4. ผ่าน QR Code
5. เลือกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหรือสมุดสุขภาพ



## วิธีการสมัคร

ขอเชิญชวนหญิงตั้งครรภ์ คุณพ่อคุณแม่  
ลงทะเบียนฟรี ผ่าน LINE



1. เพิ่มเพื่อนในไลน์แอด  
Line: **@9yangth**  
(มี @ นำหน้าด้วยนะคะ)  
หรือสแกน QR Code

2. พิมพ์คำว่า “สมัคร” ส่งมาในแชท และกรอกประวัติส่วนตัว

3. รับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตรงตามอายุครรภ์ หรืออายุลูก

บริการให้ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่ **ตั้งครรรภ์จนลูกอายุครบ 6 ปี** ที่เหมาะสมตรงตาม **ช่วงอายุครรภ์หรืออายุลูก** โดยกรมอนามัยและยูนิเซฟ

ANDROID APP ON  
 Google play  
Download on the  
 App Store

ตัวช่วยบันทึกและประเมินพัฒนาการลูกน้อย  
ทุกอย่างก้าวที่พ่อแม่ยุคใหม่ต้องมี เพียง scan QR code  
แล้วกดดาวน์โหลดกันฟรีๆ ทั้งระบบ iOS และ Android  
หรือพิมพ์คำว่า “Kunlook” หรือ “คุณลูก”  
ใน App Store และ Play Store  
และใช้เว็บไซต์ [www.khunlook.com](http://www.khunlook.com)

