ที่ สร ๐๑๑๘.๕/ ๔๑๒๒

ที่ว่าการอำเภอเมืองสุรินทร์
ถนนกรงศรีนอก สร ๓๒๐๐๐

๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์และรับสมัครผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในการรับมอบ "ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน"

เรียน นายกเทศมนตรีเมืองสุรินทร์

อ้างถึงหนังสือ อำเภอเมืองสุรินทร์ ที่ สร ๐๑๑๘.๕/๒๘๙๖ ลงวันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นประชาสัมพันธ์ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน จำนวน ๑ ชุด
๒. คุณสมบัติผู้ผ่านการคัดเลือกจัดลำดับความสำคัญ จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้รับไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน จำนวน ๑ ชุด
แบบประเมินอาการเดินติด ก้าวขาไม่ออกด้วยตนเอง ฉบับภาษาไทย
และแบบบันทึกติดตามอาการล้มฉบับภาษาไทย

ตามที่อำเภอเมืองสุรินทร์ ได้รับแจ้งจากสภากาชาดไทย ว่าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันฯ ได้จัดทำโครงการไม้เท้าเลเซอร์ช่วยเดินพระราชทาน เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นอุปกรณ์ช่วยเพิ่มความมั่นคงในการ ก้าวเดิน และใช้แสงเลเซอร์ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยก้าวเดินได้ง่ายขึ้น ซึ่งได้รับพระมหากรุณาธิคุณจาก สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี อุปนายิกาผู้อำนวยการ สภากาชาดไทย พระราชทานนามไม้เท้านี้ว่า "ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน" เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๖๓ และมีวัตถุประสงค์ จะมอบ "ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน" ให้แก่ผู้ป่วยโรคดังกล่าวในชุมชนของแต่ละจังหวัด โดยรวบรวมส่งให้ที่ทำการปกครองอำเภอ สำนักงานอำเภอภายในวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓ นั้น

เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงขอความร่วมมือท่านประชาสัมพันธ์และรับสมัครผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ในการรับมอบไม้เท้าเลเซอร์พระราชทานรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๓ และรวบรวมส่งให้ที่ทำการปกครองอำเภอ สำนักงานอำเภอ จากเดิม วันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓ เป็น ในวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๓ เพื่อจักได้ ดำเนินการพิจารณากลั่นกรองต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ

(นายชนกร วนมหิจกุลพัฒน์)
นายอำเภอเมืองสุรินทร์
ปฏิบัติราชการแทน
นายกเทศมนตรีเมืองสุรินทร์

ที่ทำการปกครองอำเภอ
สำนักงานอำเภอ
โทร ๐-๔๔๕๑-๑๒๘๖

เรียน ปลัดเทศบาล
- เพื่อโปรดทราบ/พิจารณา
- เห็นควรดำเนินการตามเสนอ

(นางประณปเรียา สายสมบัติ)
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

เรียน หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข / ผอ.รพ.สุรินทร์
- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นควรมีการประชาสัมพันธ์ ทางเว็บไซต์ และสื่อสังคมออนไลน์ ในกลุ่มเป้าหมายเพื่อทราบ และขอความร่วมมือ ขอรับมอบไม้เท้าเลเซอร์พระราชทานได้ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ทุกอำเภอ-เวลา ราชการ

ขอแสดงความนับถือ
(นายกฤษณุ เหลืองพิบูลกิจ)
นายอำเภอเมืองสุรินทร์

(นางสาวศิลิลล์ บุญยเตชา)
หัวหน้าฝ่ายบริการสาธารณสุข

เรียน นายกเทศมนตรี
เพื่อโปรดทราบ
เห็นควรดำเนินการตามเสนอ

(นายอัครพนธ์ เกตุสังข์พันธ์)
ปลัดเทศบาลเมืองสุรินทร์

เหล่ากาชาดจังหวัดสุรินทร์
รับเลขที่ 612
วันที่ 19 / มิ.ย. / 63
เวลา.....น.

ด่วนที่สุด

ที่ สล.ว. 1309 /2563

สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

สำนักงานบริหารกิจการเหล่ากาชาด
สภากาชาดไทย 1873 ถนนพระรามที่ 4
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

18 มิถุนายน 2563

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์คัดเลือกผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในการรับมอบ "ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน"

เรียน นายกเหล่ากาชาดจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แผ่นประชาสัมพันธ์ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน จำนวน 1 ฉบับ
2. คุณสมบัติผู้ผ่านการคัดเลือกจัดลำดับความสำคัญ จำนวน 1 ฉบับ
3. แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้รับไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน จำนวน 1 ฉบับ
แบบประเมินอาการเดินติด ก้าวขาไม่ออกด้วยตนเอง ฉบับภาษาไทย
และแบบบันทึกติดตามอาการล้มฉบับภาษาไทย (Falls Diary : Thai Version) จำนวน 1 ฉบับ
4. แบบสรุปงบหน้ารายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกได้รับ "ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน" จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย สภากาชาดไทย มีศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสันและกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ แห่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้พัฒนาไม้เท้าเพื่อช่วยแก้ไขอาการเดินติดขัด ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันหรือโรคทางระบบประสาท ที่มีการเดินซอยเท้าถี่เป็นช่วง ๆ ก้าวเท้าไม่ออก มีการเดินที่ผิดปกติหรือสูญเสียการทรงตัว ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย โดยศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ โรคพาร์กินสันฯ ได้จัดทำโครงการไม้เท้าเลเซอร์ช่วยเดินพระราชทาน เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนี พันปีหลวง เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นอุปกรณ์ช่วยเพิ่มความมั่นคงในการก้าวเดิน และใช้แสงเลเซอร์ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยก้าวเดินได้ง่ายขึ้น ซึ่งได้รับพระมหากรุณาธิคุณจาก สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี อุปนายิกาผู้อำนวยการสภากาชาดไทย พระราชทานนามไม้เท้านี้ว่า "ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน" เมื่อปี พ.ศ. 2563 และมีวัตถุประสงค์จะมอบ "ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน" ให้แก่ผู้ป่วยโรคดังกล่าวในชุมชนของแต่ละจังหวัด รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1

ดังนั้น เพื่อให้เกิดความรอบคอบ เป็นธรรม โปร่งใส สำนักงานบริหารกิจการเหล่ากาชาด จึงขอความร่วมมือเหล่ากาชาดจังหวัด ประกาศรับสมัครผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีอาการเดินติด ก้าวขาไม่ออก (รับสมัครไม่น้อยกว่า 10 วันทำการ) พร้อมทั้ง ขอความอนุเคราะห์ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการเหล่ากาชาดจังหวัด (ผู้ว่าราชการจังหวัด) พิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการในระดับจังหวัด ประกอบด้วย นายกเหล่ากาชาดจังหวัด เป็นประธานคณะกรรมการพิจารณากลั่นกรอง คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ที่มีความต้องการไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ตามที่เห็นสมควร) เป็นกรรมการ โดยมีปลัดจังหวัด เป็นกรรมการและเลขานุการ เพื่อพิจารณาคัดเลือก

/กลุ่มเป้าหมาย...

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1

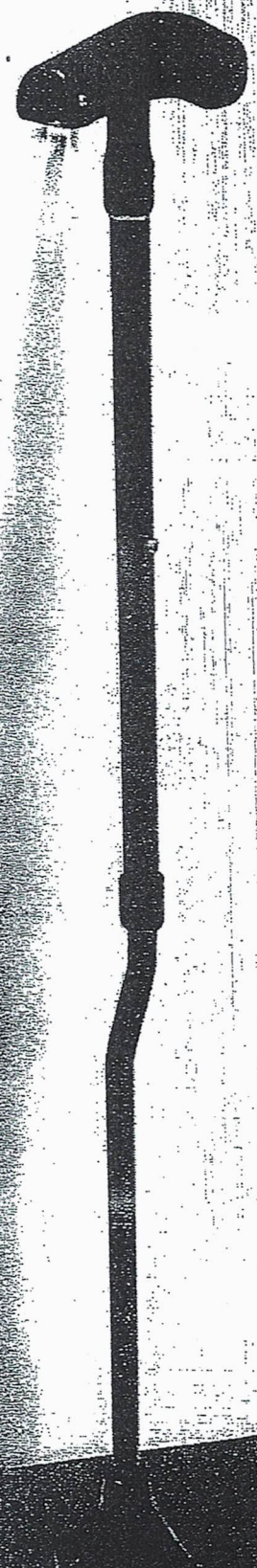
Laser Cane

ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน

ก้าวเดินอย่างมั่นใจ แก้ไขการติดขัด ด้วยไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน

เพื่อช่วยแก้ อาการเดินติด

ศาสตราจารย์ นายแพทย์รุ่งโรจน์ พิทยศิริ และทีมผู้วิจัย ได้ประดิษฐ์และพัฒนา ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน Laser Cane โดยอาศัยหลักการของสิ่งกระตุ้นทางสายตา (Visual Cues) เพื่อใช้เป็นอุปกรณ์ลดปัญหาการเดินติดและเพิ่มความมั่นคงในการก้าวเดิน โดยใช้แสงเลเซอร์เป็นสิ่งชี้นำภายนอกเพื่อช่วยกระตุ้นให้ก้าวเดิน



ลักษณะพิเศษ

1. จุดกำเนิดแสงเลเซอร์

2. ตำแหน่งปรับระยะแสง

3. แสงเลเซอร์สีเขียว

4. ส่วนโค้งของไม้เท้า

5. ส่วนฐาน

08 1107 9999

Parkinson Chula Fanpage www.chulapd.org info@chulapd.org

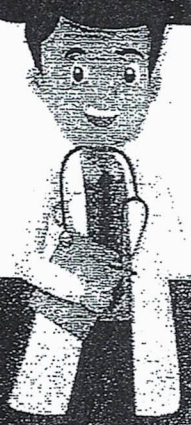
หลักเกณฑ์การคัดเลือก
ผู้ขอรับไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน

แจก **ฟรี**

1. มีใบรับรองแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ที่แพทย์ออกให้ภายใน ระยะเวลา 1 ปี

2. ยินดีให้ความร่วมมือกับศูนย์พาร์กินสันฯ ในการประเมินอาการเดินติด ก้าวขาไม่ออก

(ข้อมูลของท่านจะได้รับการปกปิด และจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน)



Laser Cane

ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน

เพื่อช่วยแก้ อาการเดินติด ก้าวขาไม่ออก

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชุ่งโรจน์ พิทยศิริ และทีมผู้ใจเย็นประดิษฐ์และพัฒนาไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน Laser Cane โดยอาศัยหลักการของสิ่งกระตุ้นทางสายตา (Visual Cues) เพื่อใช้เป็นอุปกรณ์ลดปัญหาการเดินติดและเป็นความมั่นคงในการก้าวเดิน โดยใช้แสงเลเซอร์เป็นสิ่งนำภายนอกเพื่อช่วยกระตุ้นให้ก้าวเดิน

ลงทะเบียนรับ
ไม้เท้าพระราชทาน

LINE @Lasercane

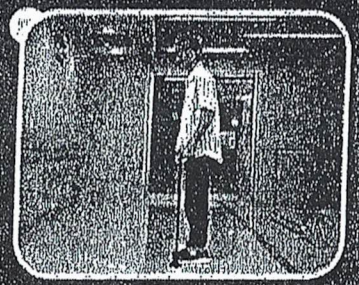
www.chulapd.org

info@chulapd.org

Parkinson Chula Fanpage

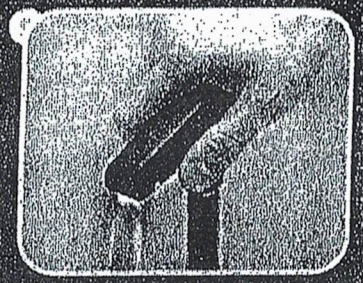
081-107-9999

วิธีการใช้งาน



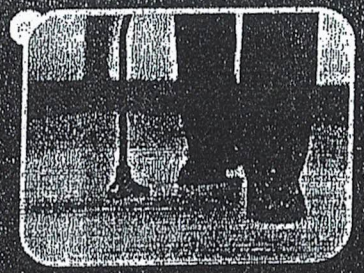
ขั้นตอนที่ 1

ผู้ใช้ถือไม้เท้าเลเซอร์ไว้ด้านข้าง ให้มีระยะห่างจากด้านข้างเท้าประมาณ 4-6 นิ้ว



ขั้นตอนที่ 2

ให้ผู้ใช้กดด้ามจับของไม้เท้าเลเซอร์ แสงเลเซอร์ จะปรากฏลงที่พื้น



ขั้นตอนที่ 3

ให้ผู้ใช้มองแสงเลเซอร์และก้าวให้ถึงจุดที่แสงเลเซอร์ปรากฏ และเมื่อเดินได้ ให้เดินตามปกติ เมื่อมีการเดินติดให้กดด้ามจับเพื่อฉายแสงเลเซอร์และให้ก้าวเดินตามเส้นแสงเลเซอร์ดังเดิม

ข้อควรระวัง

1. ห้ามนำแสงเลเซอร์ มาส่องบริเวณดวงตา
2. ห้ามใช้ไม้เท้าเลเซอร์ ขณะเดินขึ้น-ลงบันได
3. ห้ามใช้ไม้เท้าเลเซอร์ ขณะเดินขึ้น-ลงบนทางลาดชัน
4. ไม่ควรให้ไม้เท้าตกจากที่สูง หรือได้รับการกระแทกอย่างแรง
5. ห้ามใช้ไม้เท้าเลเซอร์ในบริเวณที่มีน้ำขัง
6. ผู้ป่วยที่มีปัญหาการทรงตัวไม่ดี ขณะใช้ไม้เท้าเลเซอร์ต้องมีญาติหรือผู้ดูแลอยู่ด้วย
7. การใช้ไม้เท้าเลเซอร์ ควรใช้กับผู้ป่วยที่มีการทรงตัวดี
8. บริเวณด้ามจับ ไม่ควรเปียกน้ำ อาจทำให้ไม้เท้าเสียหายได้

ติดต่อสอบถาม

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสัน
และกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ
แห่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

อาคาร สธ. (ผู้สูงวัย) ชั้น 7
1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน
กทม. 10330

08 1107 9999

0 2256 4000 ต่อ 70704

www.chulapd.org

info@chulapd.org

Parkinson Chula Fanpage

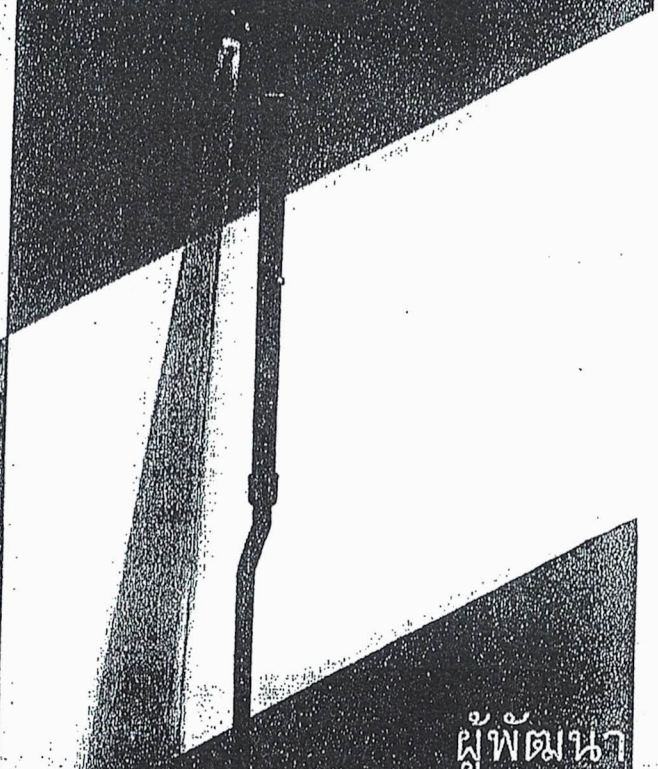
FACEBOOK WEBSITE

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุน จาก
สำนักงานรัดหารายได้ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
และความร่วมมือกับกรมกิจการผู้สูงอายุภายใต้แผนบูรณาการ การสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2563

Laser Cane

ไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน

« ก้าวเดินอย่างมั่นใจ แก้ไขการติดขัด ด้วยไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน »



ผู้พัฒนา

ศ.นพ.รุ่งโรจน์ พิทยศิริ

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสัน
และกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแห่ง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

0 2256 4000 ต่อ 70704 หรือ 08 1107 9999, info@chulapd.org, www.chulapd.org

แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ขอรับไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้รับไม้เท้าเลเซอร์พระราชทาน

1. มีใบรับรองแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคพาร์กินสัน ที่แพทย์ออกให้ภายในระยะเวลา 1 ปี
2. ยินดีให้ความร่วมมือกับศูนย์พาร์กินสันฯ ในการประเมินอาการเดินติด ก้าวขาไม่ออก (ข้อมูลของท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน)

	ข้อมูลส่วนตัว	
1.	ชื่อ.....นามสกุล.....	
2.	อายุ.....ปี	
3.	เพศ	☐ ชาย ☐ หญิง
4.	เบอร์โทรติดต่อ (ควรเป็นโทรศัพท์เคลื่อนที่)	
5.	e-mail: ..... Line ID:..... (ถ้ามีข้อมูล)	
6.	ที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่..... อาคาร/หมู่บ้าน..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
7.	ท่านเป็นโรคพาร์กินสันหรือไม่	☐ เป็น ☐ ไม่เป็น
	ท่านเป็นโรคพาร์กินสันมาแล้วกี่ปี	☐ น้อยกว่า 2 ปี ☐ 2-5 ปี ☐ 5-10 ปี ☐ มากกว่า 10 ปี
8.	โรงพยาบาลที่ท่านรับการรักษาโรคพาร์กินสันในปัจจุบัน	

แบบบันทึกติดตามอาการล้มฉบับภาษาไทย (Falls Diary: Thai Version)

แบบบันทึกติดตามอาการล้มฉบับภาษาไทยนี้มีจุดประสงค์เพื่อติดตามลักษณะ ปริมาณ และความถี่ของอาการล้มใน 1 เดือนที่ผ่านมา

คำถามทั้งหมด 6 ข้อ กรุณาตอบทุกข้อ

สำหรับ 1-2 กากบาทเลือกข้อที่ตรงกับคำตอบของท่าน

ข้อที่ 2.1-6 ให้ตอบคำถามลงในช่องว่าง

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีประวัติการล้มหรือไม่?

☐ ใช่ (ตอบคำถามข้อต่อไป) ☐ ไม่ใช่ (ขอบคุณสำหรับความร่วมมือ ท่านทำแบบสอบถามสำเร็จแล้ว)

2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ความถี่และจำนวนของการล้มเป็นเท่าใด?

☐ เพียง 1 ครั้ง

☐ มีปัญหาบ้าง – ประมาณ 1 ครั้งต่อสัปดาห์

☐ มีปัญหาบ่อยครั้ง – ประมาณ 1 ครั้งต่อวัน

☐ มีปัญหาเป็นประจำ – เกือบทุกครั้งที่เดิน

2.1 จำนวนครั้งทั้งหมดที่ล้มใน 1 เดือนที่ผ่านมา .....

3. โดยส่วนใหญ่ คุณล้มที่บริเวณใด?
(เช่น ห้องน้ำ ทางเข้าประตูบ้าน เป็นต้น)

.....

4. โดยส่วนใหญ่ คุณกำลังทำอะไรอยู่ขณะล้ม?
(เช่น เอี้ยวตัวเพื่อหยิบของที่วางอยู่บนโต๊ะ คุยโทรศัพท์ เป็นต้น)

.....

5. โดยส่วนใหญ่ ขณะล้ม อวัยวะส่วนใดของคุณลงพื้นก่อน? (เช่น ข้อศอก เข่า เป็นต้น)

.....

6. เมื่อล้มแล้ว คุณลุกขึ้นจากพื้นได้อย่างไร ต้องมีผู้ช่วยเหลือหรือลุกจากพื้นได้เอง?

.....