

ชื่อ	นามสกุล	เพศ	อายุ	วันที่
------	---------	-----	------	--------

วัตถุประสงค์

แบบประเมิน EAT-10 ใช้ประเมินภาวะกลืนลำบาก ซึ่งคุณอาจจำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อปรึกษาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วิธีทำแบบประเมิน

ตอบคำถามแต่ละข้อ โดยเขียนคะแนนลงในกรอบสี่เหลี่ยม คุณมีปัญหาการกลืนตามหัวข้อต่อไปนี้ในระดับใด

1 ปัญหาการกลืนทำให้น้ำหนักตัวของฉันลดลง

0 = ไม่มีปัญหา

1

2

3

4 = มีปัญหารุนแรง

6 ฉันรู้สึกเจ็บขณะกลืน

0 = ไม่มีปัญหา

1

2

3

4 = มีปัญหารุนแรง

2 ปัญหาการกลืนของฉันรบกวนการออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน

0 = ไม่มีปัญหา

1

2

3

4 = มีปัญหารุนแรง

7 การกลืนของฉันส่งผลต่อความพึงพอใจในการรับประทานอาหาร

0 = ไม่มีปัญหา

1

2

3

4 = มีปัญหารุนแรง

3 ฉันต้องใช้ความพยายามมากกว่าปกติเพื่อกลืนของเหลว

0 = ไม่มีปัญหา

1

2

3

4 = มีปัญหารุนแรง

8 เมื่อฉันกลืนอาหาร ฉันรู้สึกเหมือนมีอาหารติดค้างในลำคอ

0 = ไม่มีปัญหา

1

2

3

4 = มีปัญหารุนแรง

4 ฉันต้องใช้ความพยายามมากกว่าปกติเพื่อกลืนอาหาร

0 = ไม่มีปัญหา

1

2

3

4 = มีปัญหารุนแรง

9 ฉันไอเมื่อรับประทานอาหาร

0 = ไม่มีปัญหา

1

2

3

4 = มีปัญหารุนแรง

5 ฉันต้องใช้ความพยายามมากกว่าปกติเพื่อกลืนยาเม็ด

0 = ไม่มีปัญหา

1

2

3

4 = มีปัญหารุนแรง

10 การกลืนทำให้ฉันรู้สึกเครียด

0 = ไม่มีปัญหา

1

2

3

4 = มีปัญหารุนแรง

การคิดคะแนน

รวมคะแนนทั้งหมดและเขียนผลลงในกรอบสี่เหลี่ยม
คะแนนรวม (สูงสุด 40 คะแนน)

สิ่งที่ต้องทำในลำดับถัดไป

หากได้คะแนนรวมของแบบประเมิน EAT-10 ตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป คุณอาจมีปัญหาการกลืนที่ไม่มีประสิทธิภาพและไม่ปลอดภัย แนะนำให้คุณนำผลการประเมิน EAT-10 ไปปรึกษาแพทย์