

ภาคผนวก ก

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ที่ ๒/๒๕๕๖



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย
เรื่อง การพัฒนาแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (ปีที่ ๓)

หัวหน้าโครงการวิจัย นายแพทย์สมชาย ยงศิริ
หน่วยงานที่สังกัด คณะแพทยศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า
โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรี
ในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่อลวงหรือลิดรอนสิทธิเสรีภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยส่วนบุคคล
และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่วันที่ออกเอกสาร
รับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๓ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

ออกให้ ณ วันที่ ๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมคิด จริทพร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ข

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย/ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

INFORMED CONSENT FORM

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

อาศัยอยู่ที่.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอให้ความยินยอมของตนเอง ที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (Developing a model for nutritional improvement in the elderly)

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยนี้แล้ว ข้าพเจ้าได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับการวิจัยนี้และได้รับคำตอบเป็นที่พอใจแล้ว ข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอในการอ่านและทำความเข้าใจกับข้อมูลในเอกสารนี้อย่างถี่ถ้วน และได้รับเวลาเพียงพอในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมการศึกษานี้หรือไม่

ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะให้คำตอบต่อคำถามประการใดที่ข้าพเจ้าอาจจะมีได้ ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะ ในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถที่จะถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ทั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับถ้าหากข้าพเจ้าเป็นผู้ป่วย และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ หากท่านมีคำถามหรือมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยนี้ กรุณาติดต่อนายแพทย์ สมชาย ยงศิริ โทรศัพท์ 038-394850 (ในเวลาราชการ) 083-7710003 (นอกเวลาราชการ)

ลายมือชื่ออาสาสมัคร.....วัน-เดือน-ปี.....
(.....)

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูลการวิจัย.....วัน-เดือน-ปี.....
(.....)

พยาน.....วัน-เดือน-ปี.....
(.....)

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยหรืออาสาสมัคร

ชื่อโครงการศึกษาวิจัย : การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

(Developing a model for nutritional improvement in the elderly)

ผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555-2557

แพทย์ผู้วิจัยหลัก : นายแพทย์ สมชาย ยงศิริ

ท่านได้รับการเชิญให้เข้าร่วมการศึกษานี้เนื่องจากท่าน อยู่ในกลุ่มผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในพื้นที่เทศบาลเมืองแสนสุขหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการหรือภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มผู้สูงอายุ ท่านกรุณาอ่านข้อมูลข้างล่างก่อน (หรือผู้วิจัยได้อ่านให้ท่านรับทราบ) หากท่านมีข้อข้องใจสงสัยใดๆ เกี่ยวกับการศึกษานี้ และสิทธิของท่าน กรุณาซักถามจากแพทย์ผู้ทำการศึกษานี้ หรือ ผู้ช่วยแพทย์ที่ทำการศึกษานี้ ซึ่งจะเป็นผู้สามารถให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและสำเนาใบยินยอมที่ท่านเซ็นชื่อกำกับเก็บไว้ 1 ฉบับ

การศึกษานี้เกี่ยวกับเรื่องอะไร

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้สูงอายุ เพื่อทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ และวางแผนพัฒนารูปแบบการปรับปรุงภาวะโภชนาการให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีสมมุติฐานว่าการปรับให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดีจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ การศึกษานี้จะรวบรวมผู้สูงอายุประมาณ 400 ราย จากศูนย์การแพทย์ปฐมภูมิ เทศบาลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ท่านจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษานี้ท่านจะถูกขอร้องให้เซ็นชื่อลงในใบยินยอม ท่านจะได้รับการติดตามอาการ จำนวน 5 ครั้ง ในระยะเวลา 3 ปี

ครั้งที่ 1 คือ หลังจากที่ท่านได้เซ็นชื่อลงในใบยินยอม

ครั้งที่ 2 คือ หลังจากเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นเวลา 6 เดือน

ครั้งที่ 3 คือ หลังจากเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นเวลา 12 เดือน

ครั้งที่ 4 คือ หลังจากเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นเวลา 18 เดือน

ครั้งที่ 5 คือ หลังจากเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นเวลา 24 เดือน

โดยในครั้งที่ 1 และ 5 ท่านจะได้รับการประเมิน ดังนี้คือ

1. ตรวจร่างกาย การซักประวัติความเจ็บป่วย ประวัติโรคร่วมต่างๆ ผลการตรวจพื้นฐานทางห้องปฏิบัติการ
 2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบประเมินการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการ
 3. การตรวจภาวะโภชนาการโดยเครื่อง Bioimpedance spectroscopy (BIS) เครื่องวัดสัดส่วนของร่างกาย
- ในครั้งที่ 2,3,4 ท่านจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับภาวะโภชนาการ และติดตามการปฏิบัติ

ดังกล่าว

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้

- ความเสี่ยงทางด้านร่างกาย

- ท่านจะได้รับการตรวจ BIS ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ต้องใช้กระแสไฟฟ้าระดับอ่อนๆผ่านเข้าสู่ร่างกาย หากท่านใช้เครื่องมือแพทย์ที่ฝังในร่างกายอันไวต่อกระแสไฟฟ้า เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ อาจทำให้การทำงานของอุปกรณ์ดังกล่าวผิดปกติได้ ซึ่งกรณีดังกล่าวถือเป็นข้อห้ามทำการตรวจ BIS และผู้วิจัยจะไม่รับเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่แรก
- ความเสี่ยงทางด้านจิตใจ การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นเพียงคำถามเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันของท่าน หากมีคำถามใดส่งผลกระทบต่อจิตใจของท่าน ท่านสามารถเลี่ยงคำถามนั้นๆได้

ท่านจะได้ประโยชน์อะไรจากการศึกษานี้

1. ทราบถึงภาวะโภชนาการ ส่วนประกอบ และปริมาณสารน้ำในร่างกายจากการตรวจ BIS เครื่องวัดสัดส่วนของร่างกาย
2. ได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตและการรับประทานอาหารจากแบบสอบถามงานวิจัย ทำให้เข้าใจตัวเองมากขึ้น
3. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับปรุงพฤติกรรมเพื่อปรับภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ
4. ผลสรุปที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อท่านและผู้ป่วยรายอื่นในอนาคต
- 5.

ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมวิจัย ; ท่านไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วมงานวิจัย
ค่าตอบแทน ; ท่านจะได้รับค่าเดินทางเป็นเงินจำนวน 100 บาท ในครั้งที่1 ครั้งที่3 และครั้งที่5

ท่านจะทำอย่างไรหากท่านไม่ต้องการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย หรือเปลี่ยนใจระหว่างร่วมศึกษาวิจัย

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้หากท่านไม่สมัครใจ หลังจากท่านตัดสินใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถจะถอนตัวได้ตลอดเวลา การตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลต่อการรักษาในอนาคต หรือการดูแลอื่นใดหากท่านไม่ต้องการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยหรือต้องการหยุดการศึกษา ท่านหรือผู้แทนตามกฎหมายจะได้รับการแจ้งโดยทันทั่วทั้งทีในกรณีที่มิข้อมูลใหม่ซึ่งอาจใช้ประกอบการตัดสินใจของท่านว่าจะยังคงเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่

ใครบ้างที่สามารถตรวจสอบข้อมูลของท่านได้

ข้อมูลของท่านและข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแฟ้มเวชระเบียนของโรงพยาบาล ที่ถูกบันทึกไว้ระหว่างการศึกษานี้ จะถูกเก็บไว้เป็นความลับตลอดเวลา คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและเจ้าหน้าที่วิจัยจากมหาวิทยาลัยบูรพาสามารถที่จะขอตรวจสอบข้อมูลเหล่านี้ได้ โดยข้อมูลเหล่านี้จะยังเก็บรักษาไว้เป็นเรื่องลับเฉพาะ นอกจากนี้ ท่านหรือผู้แทนตามกฎหมายมีสิทธิตรวจสอบข้อมูลการวิจัยได้เช่นกัน

การปกป้องรักษาข้อมูล : ข้อมูลใดบ้างที่จะถูกเก็บรวบรวมไว้จากการศึกษานี้

ข้อมูลส่วนตัวของท่านเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา จะถูกเก็บรวบรวมไว้และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยทางการแพทย์ โดยจะไม่มีการอ้างถึงชื่อท่านในรายงานหรือวารสารใดๆ

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษานี้ท่านสามารถติดต่อใครได้บ้าง

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่านในฐานะผู้เข้าร่วมวิจัย ท่านสามารถติดต่อเลขาคณะกรรมการพิจารณาการวิจัย และจริยธรรมของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาโทรศัพท์ 038-394850 ต่อ (2304) ได้ทุกวันในเวลาราชการ หรือ ติดต่อผู้วิจัย นายแพทย์ สมชาย ยงศิริ โทรศัพท์ 038-394850 (ในเวลาราชการ) 086-3997639 (นอกเวลาราชการ)

ภาคผนวก ค

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อ	ชื่อตัวแปร	ตัวแปร	รหัสตัวแปร
1.	เพศ	Sex	0 = ชาย 1 = หญิง
2.	อายุ	Age	
3.	วัน เดือน ปี เกิด	BD	
4.	สถานภาพสมรส	Mar	0 = โสด 1 = คู่ 2 = หม้าย / หย่า / แยก
5.	สิทธิการรักษา		1 = บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2 = ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ 3 = บัตรประกันสังคม 4 = อื่นๆ
6.	น้ำหนัก	Wei	 กิโลกรัม
7.	ส่วนสูง	Hie	 เซนติเมตร
8.	ความดันโลหิต	PB	ตัวบนmmHg ตัวล่างmmHg
9.	ระดับการศึกษา	Edu	1 = ไม่ได้เรียน 2 = ประถมศึกษา 3 = มัธยมศึกษาตอนต้น 4 = มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช 5 = อนุปริญญาหรือเทียบเท่า/ปวส 6 = ปริญญาตรี 7 = ปริญญาโท 8 = ปริญญาเอก
10.	อาชีพ	Occ	1 = รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ 2 = เกษตรกรรม / กสิกรรม 3 = รับจ้าง 4 = ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว 5 = แม่บ้าน / ทำงานบ้าน / ไม่ได้ประกอบอาชีพ 6 = อื่นๆ
11.	รายได้	Income	

12.	ผู้ดูแลในยามเจ็บป่วย		0 = อยู่ลำพังขาดผู้ดูแล 1 = ได้รับการดูแลจากลูกหลาน 2 = ได้รับการดูแลจากเพื่อน คนรู้จัก 3 = อื่นๆ
13.	โรคประจำตัว		1 = ความดันโลหิตสูง 2 = เบาหวาน 3 = หัวใจและหลอดเลือด 4 = ไขมันในเส้นเลือดสูง 5 = อื่นๆ
14.	ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่/ ยาสูบหรือไม่		0 = ไม่สูบเลย 1 = สูบ 1.1 สูบมานานเท่าไร.....ปี 1.2 สูบวันละ.....ซอง 2 = เคยสูบ 2.1 สูบมานานเท่าไร.....ปี 2.2 สูบวันละ.....ซอง 2.3 ระยะเวลาที่เลิกสูบ.....ปี
15.	ปัจจุบันท่านดื่ม แอลกอฮอล์หรือไม่		0 = ไม่ดื่มเลย 1 = ดื่มบ้างเป็นบางครั้ง 2 = ดื่มทุกวันเป็นประจำ
16.	ในแต่ละวันท่านออกกำลังกายบ้างหรือไม่		จำนวน วัน/สัปดาห์

ภาคผนวก ง
แบบประเมินคุณภาพชีวิต

ข้อ	แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	1	2	3	4	5
2	ท่านคิดว่า ท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) ในระดับใด	1	2	3	4	5
3	การเจ็บป่วยตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5
4	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันไหม	1	2	3	4	5
5	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5
6	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆผ่านไปได้ในแต่ละวัน	1	2	3	4	5
7	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	1	2	3	4	5
8	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมานานน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5
9	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	1	2	3	4	5
10	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต มีความสุข ความสงบ มีความหวัง มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5
11	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดีเพียงใด	1	2	3	4	5
12	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักน้อยแค่ไหน	1	2	3	4	5
13	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองได้ไหม	1	2	3	4	5
14	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวังวิตกกังวลบ่อยแค่ไหน	1	2	3	4	5
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากนักน้อยแค่ไหน	1	2	3	4	5
16	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	1	2	3	4	5
17	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆแค่ไหน	1	2	3	4	5
18	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน คือ เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการให้ผ่อนคลายลงได้	1	2	3	4	5
19	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	1	2	3	4	5
20	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากนักน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5
21	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากนักน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5
22	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	1	2	3	4	5
23	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากนักน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5
24	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากนักน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5
25	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากนักน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5
26	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่านมากนักน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5

ภาคผนวก จ

แบบประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น (Mini Nutrition Assessment, MNA)

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร วันที่.....

ตอบคำถามการคัดกรอง หากคะแนนรวมเท่ากับหรือน้อยกว่า 11 ให้ตอบคำถามต่อในส่วนประเมินภาวะโภชนาการ

การคัดกรองผู้ที่เสี่ยงขาดอาหาร (Screening) จำนวน 6 ข้อ	คะแนนที่ได้
1. ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาได้รับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืนหรือไม่ 0 = ความอยากอาหารลดลงอย่างมาก 1 = ความอยากอาหารลดลงปานกลาง 2 = ความอยากอาหารไม่ลดลง	
2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงหรือไม่ 0 = น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม 1 = ไม่ทราบ 2 = น้ำหนักลดลงระหว่าง 1 ถึง 3 กิโลกรัม 3 = น้ำหนักปกติ	
3. สามารถเคลื่อนไหวได้เองหรือไม่ 0 = เดินไม่ได้เลย 1 = สามารถลุกจากเตียง/เก้าอี้ได้แต่ไม่ออกจากบ้าน 2 = เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ	
4. ใน 3 เดือนที่ผ่านมามีปัญหาทุขเศรษหรือเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือไม่ 0 = มี 2 = ไม่มี	
5. มีปัญหาทางประสาท/จิตใจ หรือไม่ 0 = ความจำเสื่อมหรือซึมเศร้าอย่างมาก 1 = ความจำเสื่อมเล็กน้อย 2 = ไม่มีปัญหา	
6. ดัชนีมวลกาย $\{BMI = \text{น้ำหนัก(กก.)} / \text{ส่วนสูง(ม.)}^2\}$ 0 = BMI น้อยกว่า 19 1 = BMI ตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21 2 = BMI ตั้งแต่ 21 แต่น้อยกว่า 23 3 = BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป	
รวมคะแนนการคัดกรอง (เต็ม 14 คะแนน) ○ ≥ 12 คะแนน มีภาวะโภชนาการปกติ/ไม่เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ไม่จำเป็นต้องถามต่อส่วนที่ 2 ○ ≤ 11 คะแนน มีความเสี่ยงต่ำภาวะขาดสารอาหารให้ถามต่อส่วนที่ 2	

การประเมินภาวะโภชนาการ (Assessment) จำนวน 12 ข้อ	คะแนนที่ได้
7. ผู้ป่วยอาศัยอยู่ลำพัง (ไม่อยู่ในการดูแลของ Nursing Home หรือโรงพยาบาล) 0 = ไม่ใช่ 1 = ใช่	
8. รับประทานยามากกว่า 3 ชนิดต่อวัน 0 = ใช่ 1 = ไม่ใช่	
9. มีแผลกดทับหรือแผลที่ผิวหนัง 0 = ใช่ 1 = ไม่ใช่	
10. ผู้ป่วยรับประทานอาหารเต็มมือ ได้กี่มื้อต่อวัน 0 = 1 มื้อ 1 = 2 มื้อ 2 = 3 มื้อ	
11. ปริมาณอาหารจำพวกโปรตีนที่ได้รับ - นมหรือผลิตภัณฑ์จากนม (เช่น ชีส โยเกิร์ต) อย่างน้อย 1 แก้ว/วัน ○ ใช่ ○ ไม่ใช่ - ถั่วหรือเต้าหู้ อย่างน้อย 2 ครั้ง//สัปดาห์ หรือไข่ อย่างน้อย 2 ฟอง//สัปดาห์ ○ ใช่ ○ ไม่ใช่ - เนื้อสัตว์/ ปลา/เปิด,ไก่ ทุกวัน ○ ใช่ ○ไม่ใช่ 0.0 = ถ้าตอบไม่ใช่ทุกข้อหรือใช่เพียง 1 ข้อ 0.5 = ถ้าตอบใช่ 2 ข้อ 1.0 = ถ้าตอบใช่ 3 ข้อ	
12. ผู้ป่วยรับประทานผักหรือผลไม้อย่างน้อย 2 ส่วนต่อวัน 0 = ไม่ใช่ 1 = ใช่	
13. ปริมาณเครื่องดื่มรวม น้ำ น้ำผลไม้ กาแฟ ชา นม ที่ได้รับต่อวัน 0.0 = น้อยกว่า 3 แก้ว 0.5 = 3 – 5 แก้ว 1.0 = มากกว่า 5 แก้ว	
14. ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองขณะรับประทานอาหาร 0 = ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง 1 = รับประทานอาหารได้เองแต่ค่อนข้างลำบาก 2 = รับประทานอาหารได้เอง/ไม่มีปัญหา	
15. ผู้ป่วยคิดว่าตนเองมีภาวะโภชนาการเป็นอย่างไร 0 = ขาดสารอาหาร 1 = ไม่แน่ใจว่ามีภาวะโภชนาการเป็นอย่างไร 2 = ไม่ขาดสารอาหาร	
16. เมื่อเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ผู้ป่วยคิดว่าสุขภาพของตนเป็นอย่างไร 0 = ด้อยกว่า 1 = ไม่ทราบ 2 = พอกัน 3 = ดีกว่า	
17. เส้นรอบแขน (Mid-arm circumference; MAC) หน่วยเป็นเซนติเมตร.....ซม. 0.0 = MAC น้อยกว่า 21 0.5 = MAC 21 ถึง 22 1.0 = MAC มากกว่า 22	
18. เส้นรอบวงกึ่งกลางน่องซม. 0 = CC น้อยกว่า 31 1 = CC เท่ากับ 31 หรือมากกว่า 31	
เกณฑ์ประเมินผล Malnutrition Indicator Score ○ คะแนน 24-30 คะแนน มีภาวะโภชนาการปกติ (normal nutritional status) ○ คะแนน 17-23.5 คะแนน มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (at risk of malnutrition) ○ คะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน มีภาวะทุพโภชนาการ (malnourished)	