

ແບບຟອມລາຍງານ ປະຕິກິລິຍາການແພ້ຕໍ່ຢາປິ່ນປົວວັນນະໂລກ (ການປິ່ນປົວເຊື້ອຕີ້ຕໍ່ຢາ ລະບອບ 9 ເດືອນ)

(ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃຫ້ຄົບຖ້ອນເທົ່າທີ່ເປັນໄປໄດ້)

I ລາຍລະອຽດຂອງຄົນເຈັບ

ເລກະຫັດຄົນເຈັບ: _____; ວັນເດືອນປີເກີດ / / ; ອາຍຸ: _____, ເພດ: ຍິງ / ຊາຍ, ນ້ຳໜັກ: _____ Kg,

ລວງສູງ: _____ ທີ່ຢູ່ປະຈຸບັນ ບ້ານ: _____ ເມືອງ: _____ ແຂວງ: _____

ກວດການຖືພາ ຜົນບວກ ຜົນລົບ ກວດ HIV ຜົນບວກ ຜົນລົບ ກວດ Hepatitis B ຜົນບວກ ຜົນລົບ

ຊະນິດພະຍາດວັນນະໂລກ _____, ວັນທີກວດ:/...../....., ໄດ້ກວດ ບໍ່ໄດ້ກວດ

II ລາຍລະອຽດຂອງຢາທີ່ສົ່ງໃສ

ຢາປິ່ນປົວວັນນະໂລກ: ຊື່ຢາ/ຄວາມແຮງ/ຮູບແບບ	ປະລິມານໃຊ້	ວັນເລີ່ມຕົ້ນໃຊ້ຢາ	ວັນຢຸດຢາ

ຢາອື່ນທີ່ໃຊ້ຮ່ວມ ໄດ້ໃຊ້ ບໍ່ໄດ້ໃຊ້

III ລາຍລະອຽດຜົນສະທ້ອນຈາກການນຳໃຊ້ຢາ

ວັນທີເດືອນປີ ຂອງການເກີດຜົນສະທ້ອນ : ____/____/____; ຜົນໄດ້ຮັບ: ອາການຕີຂຶ້ນ (ວັນ, ເດືອນ, ປີ): ____/____/____ ບໍ່ຕີຂຶ້ນເທື່ອ:

ເສຍຊີວິດ (ວັນ, ເດືອນ, ປີ): ____/____/____ ບໍ່ຮູ້ຈັກ:

ປະຕິກິລິຍາການແພ້ (ເບິ່ງລາຍລະອຽດແຕ່ລະຂັ້ນຂອງການແພ້ຢູ່ໜ້າຕໍ່ໄປ)

<input type="checkbox"/> Anaemia /ເລືອດຈາງ ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□ > ລະດັບ Hemoglobin: _____ <input type="checkbox"/> Leucopenia /ເມັດເລືອດໃນເລືອດຂາວຕ່ຳ: ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□	<input type="checkbox"/> Loss of platelets /ສູນເສຍເມັດເລືອດນ້ອຍ ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□ <input type="checkbox"/> Hepatotoxicity /ຕັບຊຶມເບື້ອ ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□ > ລະດັບSGPT _____
<input type="checkbox"/> Hyperglycaemia /ທາດນ້ຳຕານໃນເລືອດສູງ ຂັ້ນທີ 1□ 2□ 3□ 4□ <input type="checkbox"/> Hypocalcaemia /ທາດແຄັລຊຽມໃນເລືອດຕ່ຳ ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□	<input type="checkbox"/> Hypokalaemia /ທາດໂປຕັດຊຽມໃນເລືອດຕ່ຳ ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□ <input type="checkbox"/> Hyperuricaemia /ທາດອຸຍຣິກໃນເລືອດສູງ; ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□
<input type="checkbox"/> Nausea /ຮາກ ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□ <input type="checkbox"/> Hearing loss /ສູນເສຍການໄດ້ຍິນ ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□ <input type="checkbox"/> Loss of vision /ສູນເສຍການເບິ່ງເຫັນ ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□ <input type="checkbox"/> Hypothyroidism /ພະຍາດປົກຜ່ອງຂອງຕ່ອມໄທລອຍ ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□ <input type="checkbox"/> Hypersensitivity / ຄວາມຮູ້ສຶກໄວຕໍ່ການກະຕຸ້ນ; ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□ <input type="checkbox"/> Arthrosis / ຂໍ້ອັກເສບ; ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□ <input type="checkbox"/> Peripheral neuropathy /ພະຍາດກ່ຽວກັບເສັ້ນປະສາດຮອບນອກ;	<input type="checkbox"/> Vomiting /ຮາກ ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□ <input type="checkbox"/> Length QT increase /ການແກ່ຍາວຂອງໄລຍະ Q-T ຂອງຄື້ນກະແສໄຟຟ້າຫົວໃຈ ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□ <input type="checkbox"/> Skin reaction /ປະຕິກິລິຍາແພ້ຕໍ່ຜິວໜັງ; ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□ <input type="checkbox"/> Psychosis /ພະຍາດໂລກຈິດ; ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□ <input type="checkbox"/> Uncontrolled movements (Ataxia) /ບໍ່ສາມາດຄວບຄຸມການຊົງຕົວ; ຂັ້ນທີ: 1□ 2□ 3□ 4□

IV ການປິ່ນປົວອາການເກີດຜົນສະທ້ອນ :

ນອນປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍ (ຕິດຕາມຜົນສະທ້ອນຈາກຢາ): ນອນ ບໍ່ນອນ ໄດ້ນອນປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍກ່ອນໜ້າຜົນສະທ້ອນເກີດຂຶ້ນ
ທ່ານເຫັນວ່າຜົນສະທ້ອນດັ່ງກ່າວຮ້າຍແຮງບໍ່? ຮ້າຍແຮງ ບໍ່ຮ້າຍແຮງ
ຖ້າຮ້າຍແຮງ, ຈຶ່ງລະບຸໃຫ້ເຫັນເປັນຍ້ອນຫຍັງຈຶ່ງຖືວ່າເປັນຜົນສະທ້ອນອັນຮ້າຍແຮງ
 ຄົນເຈັບເສຍຊີວິດ ມີສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ຄົນເຈັບນອນປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍແກ່ຍາວ
 ເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ຊີວິດ ພິການ/ເກີດຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງພັນທຸກຳ
 ພິການຊົ່ວຄາວ/ສູນເສຍຄວາມສາມາດໃນຊົ່ວຄະນະໃດໜຶ່ງ ມີອາການທາງການແພດ ຢ່າງມີຄວາມສຳຄັນອື່ນໆ, ຈຶ່ງໃຫ້ລາຍລະອຽດ:
ຈຶ່ງໃຫ້ຄຳເຫັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງເຊັ່ນ: ປະຫວັດການໃຊ້ຢາ, ການແພ້, ຖືກພາ, ສຸບຢາ, ຕິດເຫລົ້າ, ຖ້າໄດ້ມີການກວດຜ່ານຫ້ອງ Lab ກະລຸນາຕິດຄັດຜົນຈາກຫ້ອງທົດ
ລອງມາພ້ອມ :

V. ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ລາຍງານ ທ່ານໝໍ ເພຊັດສະກອນ ພະຍານບານ ຜູ້ອື່ນໆ

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ: _____ ທີ່ໂຮງໝໍ _____ ວັນທີ / / _____
ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບ Position: _____ ລາຍເຊັນ _____
ຊື່ໂຮງໝໍ/ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວອາການເກີດຜົນສະທ້ອນ: _____
ທີ່ຢູ່: _____
ຕິດຕໍ່ພົວພັນໂທ: _____ Email address _____

ຄຳອະທິບາຍເພີ່ມເຕີມ

ການຮັກສາຄວາມລັບ

ຂໍ້ມູນທີ່ພົວພັນເຖິງຜູ້ລາຍງານ ແລະ ຄົນເຈັບ ຈະຖືກຮັກສາເປັນຄວາມລັບ.

ສິ່ງທີ່ຈະລາຍງານ

ຜົນສະທ້ອນທີ່ບໍ່ເພິ່ງປາດຖະໜາ ແມ່ນໝາຍເຖິງຜົນສະທ້ອນທີ່ເປັນ
ອັນຕະລາຍ ແລະ ບໍ່ຕັ້ງໃຈ, ແລະ ຜົນສະທ້ອນທີ່ເກີດຂຶ້ນໃນປະລິມານຢາທີ່
ໃຊ້ປົກກະຕິໃນຄົນ ສຳລັບ ປ້ອງກັນ, ປິ່ນປົວ ແລະ ປິ່ນປົວ ພະຍາດ, ຫຼື
ສຳລັບດັດແກ້ໜ້າທີ່ການຂອງຮ່າງກາຍ.

ກົມອາຫານ ແລະ ຢາ ສິ່ງເສີມໃຫ້ມີການລາຍງານ ກ່ຽວກັບ ຜົນສະທ້ອນທີ່ບໍ່
ເພິ່ງປາດຖະໜາທີ່ສິ່ງໄສຈາກຢາ ແລະ ສານເຄມີທີ່ເປັນຢາ (ລວມເຖິງ ການ
ປິ່ນປົວດ້ວຍຕົ້ນໄມ້ທີ່ເປັນຢາ, ຢາພື້ນເພືອງ ຫຼື ວິທີການຮັກສາຈາກວິທີການ
ຕ່າງໆ):

- 1. ຜົນສະທ້ອນບໍ່ເພິ່ງປາດຖະໜາທີ່ຮ້າຍແຮງຕ່າງໆ ເຊິ່ງ:
- ກ. ຂົ່ມຄູ່ຕໍ່ຊີວິດການເປັນຢູ່ ຫຼື ເກີດເສຍຊີວິດ,
- ຂ. ຄົນເຈັບເຂົ້າປິ່ນປົວຢູ່ໂຮງໝໍ ຫຼື ເຮັດໃຫ້ຄົນເຈັບນອນປິ່ນປົວໃນໂຮງ
ໝໍແກ່ຍາວ
- ຄ. ພິການຊົ່ວຄາວ/ສູນເສຍຄວາມສາມາດໃນຊົ່ວຄະນະໃດໜຶ່ງ
- ງ. ເປັນສາຍເຫດໃຫ້ເດັກເກີດຜິດປົກກະຕິ
- ຈ. ມີຄວາມສຳພັນທາງການແພດ

ວິທີການລາຍງານ

ທ່ານສາມາດສົ່ງ ໜ່ວຍງານເຝົ້າລະວັງຄວາມປອດ
ໄພກົມອາຫານ ແລະ ຢາ, ກະຊວງສາທາລະນະ
ສຸກ ໂດຍ ຜ່ານທາງ:



ໂທລະສານ: (+856 21 214015/213495)



ໂທລະສັບ: (+856 21 214013 - 4)



ອີເມລ: soulyvanhk@gmail.com
oulaysithfdd@gmail.com
soulyvanh@fdd.gov.la,
oulaysith@fdd.gov.la

2. ທຸກຜົນສະທ້ອນທີ່ເກີດຈາກຢາທີ່ຈໍລະຈອນຈໍາໜ່າຍ ໃນ ສປປ ລາວ ໃນ 5 ປີຜ່ານມາ, ໂດຍບໍ່ຄານຶ່ງເຖິງລັກສະນະທາມະຊາດ ແລະ ຄວາມແຮງຂອງມັນ

3. ຢ່າລັງເລທີ່ຈະລາຍງານ ຍ້ອນຂໍ້ມູນບາງຢ່າງທີ່ບໍ່ຮູ້. ທ່ານສາມາດຕື່ມແບບຟອມລາຍງານ ກ່ຽວກັບ ຜົນສະທ້ອນຂອງຢາຜ່ານພະແນກການຢາໂຮງໝໍຂອງທ່ານ ຫຼືຕາມລາຍລະອຽດໃນຫົວຂໍ້ **“ວິທີການລາຍງານ”** ຂອງຟອມລາຍງານນີ້



ເອກະສານຄັດຕິດ:

ຄັດຕິດເອກະສານທີ່ຈໍາເປັນທີ່ກ່ຽວກັບການກວດທາງການແພດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຕ່າງໆ (ຕົວຢ່າງ: ຊ່ອງລັງສີ ແລະ ຜົນກວດຕ່າງໆ,...)



ໜ່ວຍງານຄຸ້ມຄອງຜົນສະທ້ອນຂອງຢາ ພະແນກຄຸ້ມຄອງການຢາລັດ ກົມອາຫານ ແລະ ຢາ, ຖະໜົນສີເມືອງ, ບ້ານທາດຂາວ, ເມືອງສີສັດຕະນາກ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສ ປປ ລາວ.

ໂທ: +856 21 214013 – 4, ໂທລະສານ: +856 21 214015

<http://www.fdd.gov.la>

ຂັ້ນຕ່າງຂອງປະຕິກິລິຍາການແພ້

ປະຕິກິລິຍາແພ້ຍາ	ເບົາບາງ (ຂັ້ນທີ 1)	ປານກາງ (ຂັ້ນທີ 2)	ຮ້າຍແຮງ (ຂັ້ນທີ 3)	ຮ້າຍແຮງທີ່ສຸດ ແລະ ການຄຸກຄາມ ຊີວິດ (ຂັ້ນທີ 4)
Anaemia/ ເລືອດຈາງ ຍ້ອນ ການຜິດປົກກະຕິຂອງເມັດເລືອດ ແດງ (ເດັກນ້ອຍອາຍຸ >60 ວັນ)	8.5–10.0 g/dl 1.32–1.55 mmol/l	7.5–<8.5 g/dl 1.16–<1.32 mmol/l	6.5–<7.5 g/dl 1.01–<1.16 mmol/l	<6.5 g/dl <1.01 mmol/l ຫຼືອາການຮ້າຍແຮງ ຍ້ອນເລືອດຈາງ (ເຊັ່ນ: ຫົວໃຈລົ້ມ ເຫຼວ).
Leucopenia/ເມັດເລືອດໃນ ເລືອດຂາວຕ່ຳ/Leucocytes (/mm ³)	3000-3900	2000- 2999	1000-1999	<1000
Neutropenia: NeutrophileS (/mm ³)	1000-1500	750-999	500-749	<500
Platelets/ເມັດເລືອດນ້ອຍ (/mm ³)	75000-99000	50000-74999	20000-40999	<20000 ຫຼືເປັນຈຸດກະແຈກກະຈາຍ ເລືອດແດງ
Serum bilirubine / (μ mol/l)	1.25-2.50 x N	> 2.50 - 5.00 x N	> 5.00 - 10.00 x N	> 10.00 x N
Transaminases SGOT (IU/l)	1.25-2.50 x N	> 2.50 - 5.00 x N	> 5.00 - 10.00 x N	> 10.00 x N
Transaminases SGPT	1.25-2.50 x N	> 2.50 - 5.00 x N	> 5.00 - 10.00 x N	> 10.00 x N
Alkaline phosphatase	1.25-2.50 x N	> 2.50 - 5.00 x N	> 5.00 - 10.00 x N	> 10.00 x N
Gamma GT	1.25-2.50 x N	> 2.50 - 5.00 x N	> 5.00 - 10.00 x N	> 10.00 x N
Serum creatinine (μ mol/l)	1.25-2.50 x N	> 2.50 - 5.00 x N	> 5.00 - 10.00 x N	> 10.00 x N
Glycemia, fasting (mmol/l)	6.1 - 7.0	> 7.0 - 16.5	> 16.5 ແຕ່ບໍ່ມີ acidoketosis	Acidoketosis or hyperosmolarity (or > 27.8 mmol/l ແຕ່ບໍ່ມີ acidoketosis)
Serum potassium (mEq/l)	3.2 - 3.4	2.8 - 3.1	2.5 - 2.7	< 2.5
Serum Calcium (mmol/l)	1.95 - 2.10	1.75 - 1.94	1.50 - 1.74	< 1.50
Uric acid (IU/l)	1.25-2.50 x N	> 2.50 - 5.00 x N	> 5.00 - 10.00 x N	> 10.00 x N
Nausea/ປວດຮາກ	ເກີດຂຶ້ນໄລຍະສັ້ນ, ອາຫານ ປົກກະຕິທີ່ກິນເຂົ້າໄປ	ອາຫານທີ່ກິນເຂົ້າໄປຕ່ຳກວ່າ 3 ວັນລົງມາ	ອາຫານທີ່ກິນເຂົ້າໄປຫຼາຍກວ່າ 3 ວັນລົງມາ	ອາຫານທີ່ຮັບເຂົ້າມີແຕ່ເປັນນ້ຳ, ໃຫ້ ຮັບເຂົ້ານອນໂຮງໝໍ
Vomiting/ຮາກ	ເກີດຂຶ້ນໄລຍະສັ້ນ, 2 - 3 ຄັ້ງ/ມື້ ຫຼື ໄລຍະ 1 ອາທິດ ລົງມາ	ກັບມາເປັນຄືນ; 4 -5 ຄັ້ງຕໍ່ມື້ ຫຼື ໄລຍະຫຼາຍກວ່າ 1 ອາທິດ	ຮາກຕໍ່ເນື່ອງ/ເປັນນ້ຳ ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ; ວິນ, ຄວາມດັນເລືອດ ຕົກຕ່ຳ; ໃຫ້ສິ່ງນ້ຳ	ນອນໂຮງໝໍເມື່ອມີຊັອກຍ້ອນການ ຂາດນ້ຳ
Hearing problems/ບັນຫາ ການໄດ້ຍິນ	ສູນເສຍການໄດ້ຍິນລະດັບ ເບົາບາງ; 20 - 40 dB ຂອງການໄດ້ຍິນ; ລຳບາກຕໍ່ ໃນການໄດ້ຍິນສຽງຕ່ຳ, ສຽງທີ່ສະລັບສັບຊ້ອນ ແລະ ສຽງຕ່ຳທີ່ຢູ່ຫ່າງໄກ	ສູນເສຍການໄດ້ຍິນລະດັບປານ ກາງ : 40-70 dB ຂອງການໄດ້ ຍິນ; ໄດ້ຍິນສຽງ ແຕ່ບໍ່ເຂົ້າໃຈວ່າ ແມ່ນສຽງຫຍັງ ຫຼື ຟັງບໍ່ອອກ	ສູນເສຍການໄດ້ຍິນລະດັບຮ້າຍແຮງ 70-90 dB ຂອງການໄດ້ຍິນ, ໄດ້ ຍິນແຕ່ເວລາທີ່ເວົ້າດັງໆໃກ້ໆຫຼືເທົ່າ ນັ້ນ	ສູນເສຍການໄດ້ຍິນໜັດ: > 90 dB ຂອງການສູນເສຍ, ບໍ່ໄດ້ຍິນສຽງຫຍັງ ເລີຍ
Lengthening of the QT interval/ການແຕ່ຍາວຂອງ ໄລຍະ Q-T ຂອງຄື້ນກະແສ ໄຟຟ້າຫົວໃຈ	ບໍ່ມີ	ຊາຍ: 450 < <500 ms ຍິງ: 470 < < 500 ms	> 500ms	> 500 ms ພ້ອມມີອາການສະແດງ (ventricular arrhythmia, syncope, torsade de pointe)
Hypothyroidism/ ພະຍາດ ປົກຜ່ອງຂອງຕ່ອມໄທລອຍ	ບໍ່ມີອາການສະແດງພະຍາດ hypothyroidism; ແຕ່ TSH ເພີ່ມຂຶ້ນ < 12 mU/l	ມີອາການສະແດງຂອງພະຍາດ hypothyroidism ໂດຍບໍ່ມີ ອາການສິນ, ແຕ່ໃຫ້ປິ່ນປົວ	ມີອາການສະແດງຮຸນແຮງຂອງ ພະຍາດ ພ້ອມມີຫຼາຍອາການທີ່ ຄວນຖືກປິ່ນປົວຢ່າງຮີບດ່ວນ, ອາດຮັບຄືນເຈັບເຂົ້ານອນໂຮງໝໍ	Myxoedematous coma
Skin reaction/ປະຕິກິລິຍາຕໍ່	ຜິ່ນເກີດຂຶ້ນເປັນບາງຈຸດ,	ຕຸ່ມ macular ຂະຫຍາຍຫຼື	ຕຸ່ມ macularຂະຫຍາຍອອກ, maculopapular, ຫຼືຜິ່ນ	ທຸກບາດແຜ bullous ຂອງຜິວໜັງ ຫຼື mucosa (ປະເພດ Lyell ຫຼື

ຜິວໜັງ	ເປັນຜິວແບບແປ້ງບາງ ແລະ ຄັນ	Macula papular, ຫຼື ຜິວ morbilliform ຢູ່ບໍລິເວນ ບາດແຜ ອາດຈະຄັນ ຫຼືບໍ່ຄັນ	morbilliform ກັບ vesicles ຫຼືຈຳນວນຈຳກັດຂອງ bullae ຫຼື ແຜຢູ່ເທິງຂອງເຍື່ອ mucous ຈຳ ກັດຢູ່ບ່ອນດຽວ	ພະຍາດ Stevens Johnson); ການແຜ່ກະຈາຍ erythema ມີ ອາການໄຂ້ມີຫຼືບໍ່ມີອາການໄວດໍາການ ກະຕຸ້ນ, necrosis ຂອງຜິວໜັງ ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການຜ່າຕັດ (necrolysis epidermal ເປັນ ພຶດຕິ TEN) ໄດ້
ຄວາມຮູ້ສຶກໄວດໍາການກະຕຸ້ນ ແບບກະທັນຫັນ ຫຼື ປະສະຈາກ ອາການທາງດ້ານຜິວໜັງ	ບໍ່ມີ	ມີ urticarial ເກີດຂຶ້ນກັບທີ່ແບບ ກະທັນຫັນ	Giant urticarial ຜິວໜັງ ອັກເສບເປັນເວີງໃຫຍ່; Quincke oedema.	ຊ້ອກ Anaphylactic
Psychosis/ພະຍາດກ່ຽວກັບ ໂລກຈິດ	ມີອາການກັງວົນເລັກນ້ອຍ	ມີຄວາມກັງວົນ ຫຼື ອາການຊຶມເສົ້າ ຂຶ້ນປານກາງ	ມີຄວາມກັງວົນ ຫຼື ອາການຊຶມເສົ້າ ຫຼາຍ ທີ່ຕ້ອງໄດ້ປິ່ນປົວ	ພະຍາດໂລກຈິດແບບກະທັນຫັນ ທີ່ມີ ແນວໂນ້ມຂ້າໂຕຕາຍ, ຂຶ້ນປາ ເສຍສະຕິ, ເຫັນພາບຫຼອນ ຕ້ອງໄດ້ ນອນໂຮງໝໍ
Arthritis/ຂໍ້ອັກເສບ	ເຈັບຂໍ້	ມີ ຫຼືບໍ່ມີອາການເຈັບຂໍ້ຫຼືອາດ ສະແດງມີການສູນເສຍໜ້າທີ່ການ ຂຶ້ນປານກາງ	ມີ ຫຼືບໍ່ມີອາການພະຍາດຂໍ້ອັກເສບ ຫຼືອາດສະແດງການສູນເສຍໜ້າທີ່ ການທີ່ສຳຄັນ	ບໍ່ມີ
Loss of vision/ສູນເສຍການ ເບິ່ງເຫັນ	ມີບັນຫາໃນການເບິ່ງເຫັນ, ສາມາດນັບນິ້ວມືໄດ້ໃນ ໄລຍະ 6 ແມັດ	ສາມາດນັບນິ້ວມືໄດ້ໃນໄລຍະ 3 ແມັດ	ບໍ່ສາມາດນັບນິ້ວມືໄດ້ໃນໄລຍະ 3 ແມັດ	ຕາບອດ
Uncontrolled /movements ຄວບຄຸມການຊິງໂຕບໍ່ໄດ້	ມືນຶງເປັນບາງຄັ້ງ, ມີ ບັນຫາໃນປະສານການງານ	ການສັ່ນ / Tremor ຫຼື ການ ເຄື່ອນໜັງຊັກຊ້າ /dyskinesia ຫຼື ຂາດຄວາມສາມາດໃນການກະ ໄລຍະ/dysmetria ຫຼື ການເວົ້າບໍ່ ຊັດເຈນ /dysarthria; ມີຜົນ ກະທົບຕໍ່ກິດຈະກຳໃນຊີວິດປະຈຳ ວັນ	ອາການໜັງຜິດປົກກະຕິຂອງແຂນ ຫຼືຂາ ຫຼື ການເຄື່ອນໜັງທີ່ຜິດ ປົກກະຕິ ມີຜົນກະທົບຕໍ່ກິດຈະກຳ ໃນຊີວິດປະຈຳວັນ	ບໍ່ສາມາດຍືນໄດ້, ຕ້ອງໄດ້ອາໄສວັດຖຸ ອື່ນ