

แบบฟอร์มโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
 สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ  
 แห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ที่องถัน

ส่วนที่ ๑ : โครงการ

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มี  
 ภาวะพึ่งพิงองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง อำเภอ ปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำแดง อำเภอ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา มีความประสงค์จะ  
 จัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนอง  
 น้ำแดง โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะ  
 พึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศฯ โดยเป็นค่าบริการฯ (เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี จำนวน ๓๔ คน รวมเป็นเงิน  
 ทั้งสิ้น จำนวน ๑๙๙,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนเก้าหมื่นเก้าพันบาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมี ภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/ การขับถ่ายหรือเจ็บป่วย รุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของ ชีวิต		จำนวน	ค่าบริการ
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
๗	๓๗,๐๐๐	๐	๐	๑๖	๘๗,๐๐๐	๑๑	๗๕,๐๐๐	๓๔	๑๙๙,๐๐๐

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี เพื่อเสนอต่อ  
 คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณา  
 สนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุตามวันเริ่มต้น และวันสิ้นสุดการให้บริการตามแผนการดูแลรายบุคคล).....

ลงชื่อ ..... สุธาสินี ..... ผู้จัดทำโครงการ

(นางสาวสุธาสินี ดวยกระโทก)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ๒ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ส่วนที่ ๒

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่ม ตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข

ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ลำดับ	ชื่อ - สกุล	เลขที่บัตรประชาชน
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง	๑	นางบุญช่วย ทาจันทิก	๓๓๐๒๑๐๐๒๑๑๘๔๘
	๒	นางโปย จงกลาง	๓๓๐๒๑๐๐๕๐๒๘๗๗
	๓	นาง มนัส อ้วนสอาด	๓๑๖๐๖๐๐๗๖๙๔๑๔
	๔	นางสมพิศ เข้มศรี	๓๔๘๐๔๐๐๓๗๓๔๒๕
	๕	นายเหลียง สำเภาทอง	๓๓๐๒๑๐๐๒๑๓๐๕๑
	๖	นางละออง นามกลาง	๓๓๐๒๑๐๐๙๕๕๐๗๗
	๗	น.ส.ล้อม แซ่มทะเลียว	๓๓๐๒๑๐๐๘๖๓๓๑๔
กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	๘	นาง ศิริกัญญา แสงสว่าง	๓๑๕๐๓๐๐๑๓๑๘๖๔
	๙	นายชาติ กรรณ	๓๓๑๐๔๐๑๒๖๔๘๙๒
	๑๐	นาย สมรวย พลแก้ว	๓๑๙๐๑๐๐๕๑๔๐๔๒
	๑๑	นาย ทิม นวลจันทริต	๓๓๐๑๔๐๐๓๗๑๔๑๖
	๑๒	นางช้อน ชิตมะเริง	๓๓๐๒๑๐๐๒๒๔๖๓๐
	๑๓	นาง สายพัน ไชยลาภ	๓๑๖๐๗๐๐๐๙๖๕๖๐
	๑๔	นาง เฉลียว สิงห์โตทอง	๓๖๐๐๕๐๐๔๑๑๙๕๕
	๑๕	นาย ชัน เกษวงษ์	๓๓๐๙๘๐๐๑๘๙๑๔๑
	๑๖	นาง ไบ แข็งกลาง	๓๑๐๑๗๐๑๘๐๕๖๓๘

<p>กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่ม ๓ และมีอาการ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของ ชีวิต</p>	๑๗	นาย สำเร็จ สมยศ	๕๑๐๑๘๙๙๐๒๔๓๕๒
	๑๘	นาง ปุ้ย เจ็กมะตัน	๓๓๐๒๑๐๐๕๐๓๙๐๓
	๑๙	นาย บุญเกิด แสนกรุง	๓๓๐๒๑๐๐๒๔๘๑๔๘
	๒๐	นาง เขียน บุญทาทอง	๓๓๐๒๑๐๐๒๑๑๘๙๙
	๒๑	นาย ธนกร กรรณาวร	๑๓๐๙๘๐๑๓๐๒๐๓๓
	๒๒	นาย วรชาติ สร้อยศรีทอง	๓๖๐๐๘๐๐๔๙๕๙๙๒
	๒๓	นายเปลี่ยน แซ่มโนนไทย	๓๓๐๐๙๐๑๐๐๘๓๑๐๒
	๒๔	นาย ฟุ้ง ฤทธิจื่อหอ	๓๓๐๒๑๐๐๐๒๖๘๓๘
	๒๕	นายบุญมา บุญถูก	๓๓๐๒๑๐๐๕๐๑๔๕๕
	๒๖	นายสมยศ ปิ่นพิมาย	๓๓๐๒๑๐๐๐๒๖๑๖๕
	๒๗	นางเหมือน ขอเหนียวกลาง	๕๓๐๒๑๑๙๐๐๑๘๗๖๓
	๒๘	นาง บัวสี ไกรสนธิ์	๓๓๐๐๑๐๐๖๐๑๕๔๗
	๒๙	นาง พิภูน บุตรวงษ์	๓๗๒๐๙๐๐๑๔๓๕๑๕
	๓๐	นาง ระเปียบ วรรัตน์	๓๓๐๙๘๐๐๑๘๗๘๒๒
๓๑	นาง พิงค์ วงษ์จักษ์	๓๓๐๒๑๐๐๘๖๘๓๔๑	
๓๒	นาง สาลี ยงโย	๓๑๖๐๒๐๐๒๓๔๘๐๗	
๓๓	นาง เกลี้ยง กองโพธิ์	๓๓๐๒๑๐๐๒๒๓๙๖๐	
๓๔	นาย บุญสม ชูศรี	๓๓๐๒๑๐๐๘๗๒๗๖๓	

**ส่วนที่ ๓ : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการฯ ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง**  
(สำหรับเจ้าหน้าที่ อบท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๒ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้พิจารณาโครงการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำแดง เขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง อำเภอ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา ตามโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯท้องถิ่นโดยที่ประชุมมีมติ ดังนี้

อนุมัติ โครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำแดง จำนวน ๓๔ คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน ๑๙๙,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนเก้าหมื่นเก้าพันบาทถ้วน) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑๙๙,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนเก้าหมื่นเก้าพันบาทถ้วน) รายละเอียดตามตาราง

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑		กลุ่มที่ ๒		กลุ่มที่ ๓		กลุ่มที่ ๔			
เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมี ภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย หรือเจ็บป่วย รุนแรง		กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของ ชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
๗	๓๗,๐๐๐	๐	๐	๑๖	๘๗,๐๐๐	๑๑	๗๕,๐๐๐	๓๔	๑๙๙,๐๐๐

ไม่อนุมัติ

เนื่องจาก.....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ..... (ระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการอนุมัติ).....

ลงชื่อ.....

(..... นายคำรัมย์ กนกชัยวัฒน์ .....) )

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง  
ประธานอนุกรรมการ

หมายเหตุ

สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
อบต.หนองน้ำแดง อำเภอ ปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางละออง นามกลาง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3302100954077	ที่อยู่ 241 หมู่ 7 ตำบลหนองน้ำแดง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0892377149	วันที่จัดทำ 08 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2505 (อายุ 59 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอายุ 59 ปี ติดเตียงเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง อ่อนแรงแขนขาข้างขวา ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อยบนเตียง ผู้ป่วยไม่มีอาการสับสน โรคประจำตัวคือโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพนเพิส	- กลืนπισสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(πισสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ  การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - สะโพก (hip)
ชื่อ...ระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การปลดตกหมก้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว  การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ผู้...ทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ด้วยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[.....]

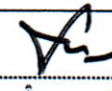
ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
[.....]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายเหลือง สำเภทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3302100213051	ที่อยู่ 14/5 หมู่ 8 ตำบลหนองน้ำแดง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0819667971	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 03 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2481 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอายุ 83 ปี ติดบ้านเนื่องจากสูงอายุทำให้ขา 2 ข้างอ่อนแรงเอง ผู้ป่วยสามารถรับรู้ วัน เวลา สถานที่ได้ เคลื่อนที่โดยการใช้อุปกรณ์เสริม โรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพมเพิส	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สะโพก (hip)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul>
ข้อ วัตถุประสงค์ในการให้บริการ	<b>เป้าหมายการดูแล</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สลักอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> </ul>	<b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุราสินี ดวยกะโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....สุราสินี.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 ([.....นางสาวสุราสินี ดวยกะโทก.....])


ลงชื่อ..........อปท.  
 ([.....นายคำรณ กนกชัชวาล.....])  
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าทางการเงิน  
 ([.....])

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางบุญช่วย ทาจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3302100211848	ที่อยู่ 12/1 หมู่8 ตำบลหนองน้ำแดง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2493 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอายุ 72 ปี ตีตบ้านเนื่องจากความชรภาพทำให้ขา 2 ข้างอ่อนแรงเอง ผู้ป่วยสามารถรับรู้ วัน เวลา สถานที่ได้ โรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพนเพิส	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- รับประทานอาหาร/สำคัญอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - พินฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	- ช่องปาก (oral) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสิณี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....สุธาสิณี.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 ([.....นางสุธาสิณี ดวยกระโทก.....])

ลงชื่อ..........อปท.  
 ([.....นายคำรณ กนกขีชาวดี.....])  
 นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

ลงชื่อ.....  
 ([.....])  
 .....เจ้าหน้าที่การเงิน

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางสาวสมพิศ เข้มศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480400373425	ที่อยู่ 995 หมู่ 3 ตำบลหนองน้ำแดง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0874457325	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2506 (อายุ 58 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอายุ 58 ปี ติดบ้านเนื่องจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกทำให้ข้างขวาอ่อนแรง ผู้ป่วยสามารถรับรู้ วัน เวลา สถานที่ได้ ช่วยเหลือตัวเองโดยการถักกัน โรคประจำตัว: โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แหม่เพิส	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน  ระยะเวลา - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	- ช่องปาก (oral) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุรสาสินี ดวดยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....<sup>ดูที่ใต้</sup> ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [นางสาวสุรสาสินี ดวดยกระโทก]

ลงชื่อ.....<sup>ดูที่ใต้</sup> อปท.  
 [นายคำจอม กนกขั้ววา]  
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง


ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]



**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางล้อม แซ่มทะเพียว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3302100863314	ที่อยู่ 80 หมู่ 5 ตำบลหนองน้ำแดง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0892860481	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2495 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอายุ 70 ปี ติดเตียงจากขาอ่อนแรงจากโรคโปลิโอช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เคลื่อนไหวโดยการถัดกัน ผู้ป่วยสามารถรับรู้ วัน เวลา สถานที่ได้ โรคประจำตัว คือ หอบหืด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพมเพิส , อาหารเสริม	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบับขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> </ul>	<p><b>ระยะสั้น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p><b>ระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สะโพก (hip)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....สุกสิณี.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[.....นางสาว สุกสิณี ดวยกระโทก.....]

ลงชื่อ..........อปท.  
[.....นายคำรัมย์ กนกขั้วชาวล.....]  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

ลงชื่อ.....  
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางปิย จงกลาง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3302100502877	ที่อยู่ 105 ม.3 ต.หนองน้ำแดง อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0862457591	วันที่จัดทำ 20 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2476 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ อายุ 88 ปี ตีตบ้านจากอุบัติเหตุล้มเข้ากระแทกพื้น ทำให้ต้องผ่าตัดเข้า ขาอ่อนแรง 2 ข้าง โรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพนเพิส	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือก ปากแห้ง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
<p>○ ผลิตตกหล่อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ขอดัด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</li> </ul>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน</li> <li>- ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- สะโพก (hip)</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[.....นางสาวสุธาสินี ดวยกระโทก.....]


ลงชื่อ.....อปท.  
[.....นายคำรณ กนกขั้วवाल.....]  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
[.....]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางมนัส อ้วนสอาด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160600769414	ที่อยู่ 49 หมู่1 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0895193048	วันที่จัดทำ 05 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 17 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2487 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1) TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ อายุ 78 ปี คิดบ้านเนื่องจากล้มต้องผ่าตัดตามเหล็กที่ขา หลังจากนั้นมีอาการขาอ่อนแรง ผู้ป่วยสามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ โรคประจำตัวคือ เบาหวาน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพมเพิส	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบับขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สะโพก (hip) - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
รับประทานอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ดวดยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....สุธาสินี.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 ([นาง สุธาสินี ดวดยกระโทก])

ลงชื่อ..........อปท.  
 (นายคำรณ กนกขั้วवाल)  
 นายปลัดกองบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าทางการเงิน  
 ([.....])



**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นางเฉลียว สิงห์โตทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3600500411955</p>	<p>ที่อยู่ 90/4 หมู่1 ตำบลหนองน้ำแดง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0818699259</p>	<p>วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488 (อายุ 76 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=3, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอายุ 77 ปี ติดเตียงจากจากโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย อยู่บนเตียง ผู้ป่วยสามารถรับรู้ วัน เวลา สถานที่ได้ โรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด สมอง</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพนเพิส</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul>	<p><b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบขยับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบขยับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- รับประทานอาหาร/สลักอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<p><b>ระยะสั้น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p><b>ระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขยับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ท้ายอาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> <li>- สะโพก (hip)</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสิณี ดวยกระโทก</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

ลงชื่อ.....<sup>สุกสิณี</sup> ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(<sup>นางสาวสุกสิณี ดวยกระโทก</sup>)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....<sup>นายคำรณ กนกชัชวาล</sup> อปท.

(<sup>นายคำรณ กนกชัชวาล</sup>)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง









แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมรวย พลแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3190100514042	ที่อยู่ 62 ม.5 ต.หนองน้ำแดง อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 085-8432-0	วันที่จัดทำ 20 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2497 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กลุ่มติดเตียงเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้แขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย ผู้ป่วย รับรู้วัน เวลา สถานที่ ช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อยบนเตียง โรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิต สูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน ๘,๐๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แอมเฟลิส	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<p><b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p><b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ข้อระวางในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สลักอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา</li> </ul>	<p><b>ระยะสั้น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ได้รับความช่วยเหลือด้านร่างกายและครอบครัว ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน</li> </ul> <p><b>ระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดผลกดทับ</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> </ul>	
ผู้ทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 ([.....นางสาวสุธาสินี ดวยกระโทก.....])

ลงชื่อ.....อ.ปท.  
 ([.....นายคำรอม กนกษ์ชัชวาล.....])  
 นายกองค้ำภักดีบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 ([.....])







แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาะสม/ราย/ปี)

ชื่อ นางใบ แข็งกลาง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3101701805638	ที่อยู่ 98/9 ม.7 ต.หนองน้ำแดง อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0925798782	วันที่จัดทำ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2469 (อายุ 95 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอายุ 94 ปี ชาวอเมริกัน 2 ช้าง ตาพร่ามัว 2 ช้าง ปวดกล้ามเนื้อบริเวณหลัง นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย โรคประจำตัวคือโรคความโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพมเพิส อาหารเสริม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> </ul>	<p><b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p><b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- ตา (eyes)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ  - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล  <b>ระยะสั้น</b> - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์  <b>ระยะยาว</b> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	<p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....สุธาสินี.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 ([.....นางสาวสุธาสินี ดวยกระโทก.....])

ลงชื่อ.....[ลายเซ็น].....อ.พ.  
 ([.....นายคำวณ กนกขจรवाल.....])  
 นายกองค้ำการบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าทางการเงิน  
 ([.....])

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางเขียน บุญทาทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3302100211899	ที่อยู่ 16 ม.8 ต.หนองน้ำแดง อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0850232219	วันที่จัดทำ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2476 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ อายุ 88 ปี มีอาการอ่อนแรงของ ขาจากโรคชราช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เคลื่อนไหวร่างกายโดยการถักกัน ไม่มีอาการสับสน ตาพร่ามัว 2 ข้าง โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพมเพิส อาหารเสริม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- กลับปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> </ul>	<p><b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> </ul> <p><b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- ตา (eyes)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> </ul>	<p><b>ระยะสั้น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับความช่วยเหลือและดูแลครบถ้วน ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน</li> </ul> <p><b>ระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	<p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (.....นางสาวสุภาวดี ชาญกะโทก.....)  
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 (.....)

ลงชื่อ.....อ.ปท.  
 (.....นายคำรณ กนกชัชวาล.....)  
 นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเปลี่ยน แซ่มโนนไทย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3300901083102	ที่อยู่ 95/1 หมู่ 10 ตำบลหนองน้ำแดง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0887821264	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอายุ 77 ปี ติดเตียงด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ทำให้อ่อนแรงข้างขวา ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อยบนเตียง มีอาการสับสนบางครั้ง โรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 7,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพมเพิส , อาหารเสริม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<p><b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p><b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- สะโพก (hip)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<p><b>ระยะสั้น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p><b>ระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	<p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ตวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 ([.....นางสาว สุธาสินี ตวยกระโทก.....])

ลงชื่อ.....อ.ปท.  
 ([.....นายคำวรม กนกซ์ชวัล.....])  
 นายกองจัดการบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 ([.....])

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายวรชาติ สร้อยศรีทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3600800495992	ที่อยู่ 167/40 หมู่ 1 ตำบลหนองน้ำแดง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 09 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2510 (อายุ 54 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ติดเตียงจากขา 2 ข้างอ่อนแรงเอง ผู้ป่วยสามารถรับรู้ วัน เวลา สถานที่ได้ ช่วยเหลือตนเองโดยการถัดกัน ไม่มีโรคประจำตัว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพนเพิส	- กลับปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ปรับปรุงภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์  ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 ([.....นางสาวสุกัญญา ช่างกระโทก.....])

ลงชื่อ.....อปท.  
 ([.....นายคำรณ กนกชัชวาล.....])  
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 ([.....])



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางปุย เล็กมะดัน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3302100503903	ที่อยู่ 127 ม.9 ต.หนองน้ำแดง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0968805183	วันที่จัดทำ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 23 เดือน เมษายน พ.ศ. 2476 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ อายุ 88 ปี ตามองไม่เห็น 2 ข้าง ร่วมกับขาอ่อนแรง 2 ข้าง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไม่สืบสน เคลื่อนไหวโดยถัดกัน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ อาหารเสริม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> </ul>	<p><b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> </ul> <p><b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- ตา (eyes)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพลดตกหล่น</li> <li>- การกินอาหาร/สลักอาหาร</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<p><b>ระยะสั้น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 1 เดือน</li> </ul> <p><b>ระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(..... นอ.สุธาสินี ดวยกระโทก )

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....อปท.

(..... นายคำรณ กนกขี้ขาว )

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุญเกิด แสนกรุง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3302100248148	ที่อยู่ 50/6 ม.1 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0634618878	วันที่จัดทำ 20 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 25 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2513 (อายุ 51 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอายุ 50 ปี อัมพาตท่อนล่างจากอุบัติเหตุ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีแผลกดทับบริเวณสะโพกระดับ 3 ใส่สายสวนปัสสาวะ โรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แผลเพ็ส , ที่นอนลม, อุปกรณ์ทำแผล ,สายสวนปัสสาวะ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> </ul>	<p><b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบขยับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p><b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- สะโพก (hip)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> <li>- อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- การกินอาหาร/สลักอาหาร</li> </ul>	<p><b>ระยะสั้น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน</li> <li>- รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน</li> <li>- แผลหาย ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน</li> </ul> <p><b>ระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวสุภาวดี ช่างกระโทก)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....อ.พ.

(นายคำรณ กนกขั้วชาติ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางศิริกัญญา แสงสว่าง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3150300131864	ที่อยู่ 18 หมู่ 4 ตำบลหนองน้ำแดง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0912625206	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2504 (อายุ 60 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอายุ 60 ปี ติดเตียงจากจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยสามารถรับรู้ วัน เวลา สถานที่ได้ เคลื่อนไหวโดยการถัดกัน โรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แผ่นรองขับ , แพมเพิส	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบขยับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - รพลดตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	- ช่องปาก (oral) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[.....นางสาวสุธาสินี ดวยกระโทก.....]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....นายคำรณ กนกขั้วवाल.....]  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายฟุ้ง ฤทธิจจอหอ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3302100026838	ที่อยู่ 326/7 หมู่ 1 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 05 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ อายุ 86 ปี ติดเตียงเนื่องจากขาอ่อนแรงเอง ไม่มีโรคประจำตัว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ D  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แผ่นรองขับ อาหารเสริม แพมเพิส	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สลักอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ทุติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- ท้อง (stomach)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ตวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ล.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
[.....]

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)

ชื่อ นายบุญสม ชูศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3302100872763	ที่อยู่ 168/1 ม.6 ต.หนองน้ำแดง อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0933291454	วันที่จัดทำ 20 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2521 (อายุ 43 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอายุ 42 ปี ติดเตียงจากอุบัติเหตุทำให้สมองตายจากการขาดออกซิเจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ใส่สายให้อาหารทางจมูก เจาะคอ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 7,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพมเพิส อุปกรณ์ทำแผล สายดูดเสมหะ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ (throat)</li> <li>- จมูก (nose)</li> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- ท้อง (stomach)</li> <li>- สมอง (Brain)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ช้) ระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลิกอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....นางสาวสุวิไลย์ ชาญกระโทก.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....นายคำรณ กนกชัชวาล.....]

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราค่าดูแลค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางเกลี้ยง กองโพธิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3302100223960	ที่อยู่ 205 ม.7 ต.หนองน้ำแดง อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0862641117	วันที่จัดทำ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=I1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ อายุ 83 ปี ติดเตียงจากโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการหลงลืมสับสน แขนขาอ่อนแรง 2 ข้าง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ใส่สายให้อาหาร โรคประจำตัว เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือดสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 7,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพมเพิส , สายให้อาหาร(NG tube)	- กลับปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ได้รับความช่วยเหลือและดูแลครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ไม่มีผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสนี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [.....นางสาวสุภาวดี ดวยกระโทก.....]  
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....นายคำรณ กนกขันธ์ขาว.....]  
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุญมา บุญอุก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3302100501455	ที่อยู่ 459 หมู่ 9 ตำบลหนองน้ำแดง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0968932407	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอายุ 86 ปี กลุ่มติดเตียงเนื่องจากหลังติดเชือกในกระแสเลือดทำให้ผู้ป่วยอ่อน แรงแล้วยึดติดเตียง โรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเก๊าท์	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพมเพิส , อาหารเสริม	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ  การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม  การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ดวยกะโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	


ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (.....นางสาวสุกัญญา ดวยกะโทก.....)

ลงชื่อ.....อปท.  
 (.....นายคำรณ กนกขั้วชาล.....)  
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพิงค์ วงษ์จักษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3302100868341	ที่อยู่ 134 ม.10 ต.หนองน้ำแดง อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา 30130 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0980359672	วันที่จัดทำ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2475 (อายุ 89 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=I2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ อายุ 90 ปี เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเคยเป็นโรคหลอดเลือด สมอง ตีบตันจากขาอ่อนแรงหลังเกิดอุบัติเหตุไฟไหม้ที่ขาหนีบและอวัยวะเพศ มีอาการหลังล้ม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 7,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพมเพิส อาหารเสริม อุปกรณ์ทำแผล	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
รับประทานอาหาร/สำคัญอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 6 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.......... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [.....นางสาวสุธาสินี ดวยกระโทก.....]

ลงชื่อ.......... อปท.  
 [.....นายคำรณ กนกขั้วवाल.....]  
 นายกองบังคับการบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
บบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการที่เหมาะสม/ราย/ปี)

ชื่อ นางเหมื่อน ขอเหนี่ยวกลาง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5302190018763	ที่อยู่ 178 หมู่3 ตำบลหนองน้ำแดง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0962697871	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 22 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2471 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=I2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอายุ 93 ปี ติดเตียงเนื่องจากสูงอายุทำให้ขา 2 ข้างอ่อนแรงเอง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย โรคประจำตัวคือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพมเพิส อาหารเสริม	<ul style="list-style-type: none"><li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li><li>- กลืนลำบาก</li><li>- ความสามารถในการได้ยิน</li><li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li><li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li><li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li><li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li><li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li></ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- การช่วยในระบับขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li><li>- การช่วยในระบับขับถ่าย(อุจจาระ)</li><li>- การอาบน้ำ</li><li>- การเคลื่อนย้าย</li><li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li><li>- โภชนาการ</li></ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- ช่องปาก (oral)</li><li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li></ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li><li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li><li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li></ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย</li></ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"><li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li><li>- การพลัดตกหกล้ม</li><li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์</li><li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li><li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li></ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน</li><li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li><li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน</li><li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li><li>- ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน</li><li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน</li><li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน</li></ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li><li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li><li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li><li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li><li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li></ul>	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสิณี ดวงทะนงโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
(นางสาวสุธาสิณี ดวงทะนงโทก)

ลงชื่อ..... อปท.  
(นายคำรณ กนกขันธ์वास)

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพิกุน บุตรวงษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3720900143515	ที่อยู่ 92/1 หมู่ 8 ตำบลหนองน้ำแดง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2490 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=, TAI=I1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอายุ 75 ปี ติดเตียงโดยสมบูรณ์เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้แขนขาอ่อนแรง ผู้ป่วยซึมหลับตลอด ซ้ำข้างขวาที่อ่อนแรงบวม กดบวม 2+ มีเสมหะ ผู้ป่วยใส่สายให้อาหาร โรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 7,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพนเพิส , สายให้อาหาร, สายให้ออกซิเจน	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบับขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบับขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral)
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 ([นางสาวสุธาสินี ดวยกระโทก])

ลงชื่อ.....อปท.  
 (นายคารม กนกชวาล)  
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 ([.....])

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางระเบียบ วรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3309800187822	ที่อยู่ 72/2 หมู่ 7 ตำบลหนองน้ำแดง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0800113567	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2495 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=I1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอายุ 70 ปี ติดเตียงจากโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับขาเป็นโปลิโอตั้งแต่เกิด ทำให้แขนขาอ่อนแรง อุปกรณ์ติดตัว ใส่ NG (สายให้อาหารทางจมูก) โรคประจำตัว: ความดันโลหิตสูง,โรค หลอดเลือดสมอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 7,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพนเพิส	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul>	<p><b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p><b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จมูก (nose)</li> <li>- คอ (throat)</li> <li>- ท้อง (stomach)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สลักอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<p><b>ระยะสั้น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p><b>ระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาสินี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[.....นางสาวสุธาสินี ดวยกระโทก.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....นายคำรณ กนกชัยวาท.....]  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคสค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางสาว ชัยโย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160200234807	ที่อยู่ 247 หมู่ 1 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0657259008	วันที่จัดทำ 05 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2493 (อายุ 71 ปี)	วิจัย : ADL=3, TAI=I2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ อายุ 72 ปี ติดเตียงจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ติดเตียงโดยสมบูรณ์ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยสามารถรับรู้ วัน เวลา สถานที่ได้ โรคประจำตัวคือ เบาหวาน มีอุปกรณ์ติดตัว คือ สายสวนปัสสาวะ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหน่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหน่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 7,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ แพมเพิส แผ่นรอง สายสวน ปัสสาวะ	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ  การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)  การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว  การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
วัตถุประสงค์ในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลัอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะเวลา - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุธาณี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....สุธาณี ดวยกระโทก.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 ([.....นางสาวสุธาณี ดวยกระโทก.....])

ลงชื่อ..........อปท.  
 ([.....นายคำรณ กมลชัยवास.....])

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าทีการเงิน  
 ([.....])

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะค่าบริการ เหมายจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายสมยศ บินพิมาย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1302100026165	ที่อยู่ 134/5 หมู่10 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0930928700	วันที่จัดทำ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 25 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2529 (อายุ 35 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอายุ 36 ปี ติดเตียงโดยสมบูรณ์จากอุบัติเหตุทางรถยนต์	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 7,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ต้องการใช้แพมเพิส	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สลักอาหาร</li> <li>- ปรลัดตกหล่น</li> <li>- อยัด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ (throat)</li> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุรสาสินี ดวยกระโทก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[.....นางสาวสุรสาสินี ดวยกระโทก.....]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....นายคำรณ กนดพิงกุล.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
[.....]

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำแดง