

๙' ๕๖/๑๐๓๗ ๓๓.

๒

**โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง
ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่าย LTC จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ปี ๒๕๖๗**

.....

๑. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ กล่าวคือ มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มเป็นร้อยละ ๑๕ ของประชากรทั้งประเทศ เมื่อสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ผ่านมา คาดว่าประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ ๒๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๕ กลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) จากการสำรวจของกรมอนามัย (๒๕๖๔) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ ๙๕ เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและพึ่งพิง และมีผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ ๑ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงแต่ต้องดูแลตนเอง หรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ ๑๓ ในกลุ่มเดียวกัน รัฐบาลจึงให้ความสำคัญในการดำเนินการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ มีเป้าหมายสำคัญที่จะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และหากผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงอื่น โดยใช้ท้องถิ่นและชุมชนเป็นฐานในการจัดการดูแล ซึ่ง สปสช. ได้สนับสนุนค่าใช้จ่ายผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม ประกอบด้วย ๕ หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ ๕ บ้านหนองเต่าใหญ่ หมู่ที่ ๖ บ้านโนนพะยอม หมู่ที่ ๗ บ้านหนองเต่าน้อย หมู่ที่ ๘ บ้านโนนพะยอมน้อย และหมู่ที่ ๑๐ บ้านโนนพะยอมใต้ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีประชากรทั้งหมด ๓,๒๖๙ คน พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน ๕๒๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๙๔ ของประชากร จากการตรวจประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอลโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม พบกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนนเอดีแอลเท่ากับหรือน้อยกว่า ๑๑ คะแนน (ติดบ้าน ติดเตียง) จำนวน ๑๗ คน เป็นกลุ่มที่ ๑ (เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน) จำนวน ๗ คน กลุ่มที่ ๒ (เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสนและอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย) จำนวน ๖ คน กลุ่มที่ ๓ (เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง) จำนวน ๔ คน และกลุ่มที่ ๔ (เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต) จำนวน ๐ คน ผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านบริการสาธารณสุขและด้านสังคม โดยเฉพาะกลุ่มติดเตียง (กลุ่มที่ ๓ และ ๔) ถึงแม้จะมีคนในครอบครัวดูแล แต่ก็เป็นภาระของผู้ดูแลไม่น้อย

หน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม ในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง จึงได้จัดทำโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ สำหรับผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ไปบริการดูแลด้านสาธารณสุขที่ครัวเรือน/ชุมชน

๒. วัตถุประสงค์ของโครงการ

๒.๑ เพื่อให้ผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม ได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขตามแผนการดูแลรายบุคคล (CP) โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ณ ที่ครัวเรือน

๓. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ๔ กลุ่ม จำนวน....๑๘....คน

๓.๑ กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน จำนวน....๗....คน

๓.๒ กลุ่มที่ ๒ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่ายจำนวน...๖...คน

๓.๓ กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง

จำนวน...๔...คน

๓.๔ กลุ่มที่ ๔ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต จำนวน....๑....คน

๔. ระยะเวลา

ตั้งแต่วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗

๕. วิธีดำเนินการ

๕.๑ ขั้นเตรียมการ

๕.๑.๑ สํารวจผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ รพ.สต.และประเมินการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และสรุปข้อมูลผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมิน เอดีแอล เท่ากับหรือน้อยกว่า ๑๑ โดยจำแนกเป็น ๔ กลุ่ม ตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้ที่ศูนย์ฯ และส่งเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้กองการบริการส่วนตำบลโนนพะยอม เพื่อดำเนินการต่อไป

๕.๑.๒ CM จัดทำ CP และปรึกษาปัญหาหารือกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (care conference) เพื่อประกอบการจัดทำข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาว

๕.๑.๓ หน่วยบริการจัดทำโครงการและข้อเสนอโครงการพร้อมสรุปแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบริการดูแลระยะยาวต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลโนนพะยอม

๕.๒ ขั้นดำเนินงาน

๕.๒.๑ CM จัดแบ่งผู้สูงอายุให้ CG แต่ละคนรับผิดชอบดูแล พร้อมจัดทำ CP รายสัปดาห์ และตารางการปฏิบัติงานมอบหมายให้ CG ปฏิบัติงาน ทั้งนี้ CG ๑ คน ดูแลผู้สูงอายุไม่เกิน ๖ คนต่อวัน CG ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้น การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การจัดการสภาพแวดล้อม/บ้าน ตาม CP

๕.๒.๒ CM และกรรมการ กำกับ ติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำการดำเนินงานของ CG ทุกสัปดาห์

๕.๒.๓ CM ประเมินและทบทวน CP ร่วมกับ CG ญาติ และอาจปรึกษาปัญหาหารือกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

๕.๒.๔ CM ประสานกับหน่วยบริการจัดบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) ทำหน้าที่บริการดูแลด้านการพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านเภสัชกรรมและด้านอื่นๆตามความจำเป็น อาทิ สุขภาพช่องปาก สุขภาพจิต แก่ผู้สูงอายุที่บ้าน พร้อมให้คำแนะนำและฝึกสอนญาติและหรือ CG ในการดูแลช่วยเหลือ

๕.๒.๕ หน่วยบริการจัดหาวัด อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น (หรือประสานขอสนับสนุนจากหน่วยบริการ) จ้างเหมาบริการหรือจ่ายค่าตอบแทน CG จ่ายค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาหรือค่าเบี้ยเลี้ยงแก่ CM และหรือบุคลากรสาธารณสุขที่มาช่วยปฏิบัติงาน

๕.๒.๖ CM และ CG สรุปผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน และรายงานที่ประชุมคณะกรรมการ

๕.๒.๗ จัดทำรายงานและสรุปผลการดำเนินงานส่งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลโนนพะยอม

๕.๓ สรุปและรายงานผล

๖. สถานที่ดำเนินการ

หมู่ที่ ๕ , ๖ , ๗ , ๘ และ ๑๐ ในเขตตำบลโนนพะยอม

๗. งบประมาณ

ขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้เปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) ชื่อบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ รพ.สต.โนนพะยอม เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑๘ ราย โดยลักษณะเหมาะสมตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ (care plan) ที่แนบมาพร้อมโครงการนี้ รวมเหมาะจ่ายเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๘๗,๕๖๐ บาท (เก้าหมื่นห้าพันบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณ ดังนี้

๗.๑ ค่าจ้างเหมาบริการ (หรือค่าตอบแทน) CG จำนวน ๖ คน ไปบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ครัวเรือนรายละเอียดดังนี้

- จำนวน Care Giver ดูแลตามแผนการดูแล ๑ คน : จำนวนผู้สูงอายุไม่เกิน ๕ คน อัตราจ้างเหมาะจ่าย ๖๐๐ บาทต่อเดือน จำนวน ๖ คน / เดือน x ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๔๓,๒๐๐ บาท

๗.๒ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น (ตาม care plan)

๗.๒.๑ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่ จำนวน ๑๘ คนๆละ ๓๖๕ ชิ้นๆละ ๒๐ บาท เป็นเงิน ๑๓๑,๔๐๐ บาท

๗.๒.๒ แผ่นรองกันเปื้อน ๔๐ ห่อๆละ ๑๐๐ บาท เป็นเงิน ๔,๐๐๐ บาท

๗.๒.๓ ถุงมือใช้ทำความสะอาด ๔๐ กล่องๆละ ๑๐๐ บาท เป็นเงิน ๔,๐๐๐ บาท

๗.๒.๔ ผ้าปิดจมูก ๔๐ กล่องๆละ ๑๐๐ บาท เป็นเงิน ๔,๐๐๐ บาท

๗.๓.๕ ค่าถ่ายเอกสารสำหรับบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เป็นเงิน ๙๖๐ บาท

(ค่าใช้จ่ายสามารถถัวเฉลี่ยกันได้)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๘๗,๕๖๐ บาท

ขอรับงบประมาณ ๑๘๗,๕๖๐ บาท (หนึ่งแสนแปดหมื่นเจ็ดพันห้าร้อยหกสิบบาทถ้วน)

หมายเหตุ ขออนุมัติค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวจ่ายได้ และหากมีเหลือสามารถใช้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องในปีงบประมาณถัดๆ ไปได้

๘. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนพะยอม จะได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นการให้บริการในครัวเรือน โดยบุคลากรสาธารณสุขและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๙. การส่งมอบงาน

ส่งมอบสรุปผลสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมบริการ ชุดสิทธิประโยชน์ ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล ตามแบบที่แนบมาพร้อมนี้

๑๐. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น

๑๑. ผู้รับผิดชอบโครงการ

นายธัชพล อิงคประเสริฐ ผู้จัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้เขียนโครงการ

ลงชื่อ.....จิรัฐพล

(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)

ผู้จัดการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้เสนอโครงการ

ลงชื่อ.....จิรัฐพล

(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

ผู้เห็นชอบโครงการ

ลงชื่อ.....

(นายพิเชษฐศักดิ์ สุระประจิต)

เลขานุการคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้อนุมัติโครงการ

ลงชื่อ.....

(นายสมพร กองกะมุด)

ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ ด.ช.สุรเดช ผมเพชร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1407500000752	ที่อยู่ 232 หมู่ 6 ต.โนนพะยอม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0621108624	วันที่จัดทำ 02 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 26 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2544 (อายุ 23 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พุดจาสื่อสารถ้านน้อย พุดไม่ได้ เดินได้ กำล้งกล้ามเนื้ออ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลั้นลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชี้ ระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การพลัดตกหกล้ม	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 12 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายธัชพล อิงคประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ **พว.ธัชพล อิงคประเสริฐ** ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ**)
5411226783
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ ด.ช.ปิยะบุตร ผมเพชร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1407500044326	ที่อยู่ 232 หมู่ 6 ต.โนนพะยอม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0621108624	วันที่จัดทำ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2556 (อายุ 11 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดทางการเคลื่อนไหว เดินช้า กำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - จมูก (nose) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 12 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 12 เดือน - พึงฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 12 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายรัชพล อิงคประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

พว.รัชพล อิงคประเสริฐ 

ลงชื่อ.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(.....5411226783.....)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าใช้จ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ ด.ช.ชิวานนท์ แก้วมณี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1407500049417	ที่อยู่ 232 ม.6 ต.โนนพะยอม อ.ชนบท จ.ขอนแก่น 40180 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0621108624	วันที่จัดทำ 02 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559 (อายุ 8 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ตามัวสองข้าง กำลังกล้ามเนื้อแขน ระดับ 4,4 ขา 4,4	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - จมูก (nose) - ตา (eyes) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การหลงทาง	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 เดือน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 12 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นายธัชพล อิงคประเสริฐ		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....**พว.ธัชพล อิงคประเสริฐ**.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ**.....)
 ลงชื่อ.....**5411226783**.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ.....**.....**.....อปท.
 (.....)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางอุษา แก้วพรม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3100503989049	ที่อยู่ 44/1 ม.5 ต.โนนพะยอม อ.ชนบท จ.ขอนแก่น 40180 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0899422451	วันที่จัดทำ 02 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 05 เดือน เมษายน พ.ศ. 2499 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ยืนไม่ได้มีภาวะสับสน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 12 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 เดือน - ประสานพันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 12 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำแผน นางอุษา แก้วพรม อิงคประสงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....5411226783.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(.....)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายประเวช มีบ้านแท่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800082712	ที่อยู่ 45 ม.6 ต.โนนพะยอม อ.ชนบท จ.ขอนแก่น 40180 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0918433349	วันที่จัดทำ 02 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2500 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ยืนไม่ได้ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีภาวะสับสน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 12 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan นายธัชพล อิงคประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

พว.ธัชพล อิงคประเสริฐ

ลงชื่อ.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....5411226783.....]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสำหรับผู้ที่มีความพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายสำเนียง ไชยศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800209011	ที่อยู่ 105 ม.5 ต.โนนพะยอม อ.ชนบท จ.ขอนแก่น 40180 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0899422451	วันที่จัดทำ 02 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 06 เดือน มกราคม พ.ศ. 2498 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแฉะล่อ้มทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - จมูก (nose) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 12 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 12 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 12 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan นายธัชพล อิงคประเสริฐ		
ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)		

พว.ธัชพล อิงคประเสริฐ 

ลงชื่อ.....พยานมูลนิธิสงเคราะห์เด็ก.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(.....5411226783.....)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางสาวโสภา พรหมแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800209691	ที่อยู่ 69 หมู่5 ต.โนนพะยอม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0844030400	วันที่จัดทำ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 11 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2505 (อายุ 62 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดทางการเคลื่อนไหว พุดไม่ได้ เดินไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อ แขน 1/4 ขา 2/4และโรคความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาต่อเนื่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - บริการพิเศษอื่นๆ - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - หน้าอก (chest) และหัวใจ (heart) - จมูก (nose) - หู (ears) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - คอ (throat)
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - รหลทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - แผลหาย ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายธัชพล อิงคประเสริฐ		
ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)		

ลงชื่อ.....**พว.รัชพล อังคประเสริฐ** ^{ใช้พว?}.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ**.....]
5411226783
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคสค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)**

ชื่อ นายณวน กลางนอก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800211431	ที่อยู่ 32 หมู่ที่ 5 ต.โนนพะยอม อ.ชนบท จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0899422451	วันที่จัดทำ 02 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาอ่อนแรง ยืนไม่ได้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่อกปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่อกปาก (oral) - จมูก (nose) - คอ (throat) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง - การกินอาหาร/สาลักอาหาร - พฤติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 12 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นายธัชพล อิงคประเสริฐ		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

พว.ธัชพล อิงคประเสริฐ

ลงชื่อ..... **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ**.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ..........อปท.

[.....**5411226783**.....]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
บบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเวชภัณฑ์บริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางวงศ์ คำหอม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800213272	ที่อยู่ 75 ม.5 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0899422451	วันที่จัดทำ 02 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2490 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ยืนไม่ได้ โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีภาวะสับสน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือก ปากแห้ง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - บริการพิเศษอื่นๆ - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - หน้าอก (chest) และหัวใจ (heart) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - หู (ears) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 สัปดาห์ - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 สัปดาห์ - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 1 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	

รพ

ลงชื่อ.....**พร.รัชพล อิงคประเสริฐ**.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ**.....]

ลงชื่อ.....**5411226783**.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ น.ส.หวัน ประจันตะเสน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800215992	ที่อยู่ 45 หมู่ 6 ต.โนนพะยอม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0918433349	วันที่จัดทำ 02 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 27 เดือน มกราคม พ.ศ. 2504 (อายุ 63 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ยืนไม่ได้ โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีภาวะสับสน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 12 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายแพทย์หญิงประเสริฐ พงษ์พิบูลย์ อิงค์ประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

9(พ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 ลงชื่อ..... 5411226783ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ลงชื่อ.....อปท.
 (.....) (.....)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายสมควร พิลาดู เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800217171	ที่อยู่ 26 ม.10 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2470 (อายุ 97 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ยืนไม่ได้ โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีภาวะสับสน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - บริการพิเศษอื่นๆ - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - หน้าอก (chest) และหัวใจ (heart) - จมูก (nose) - หู (ears) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - คอ (throat) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - วิต/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	

ผู้จัดทำ Care plan นายสมควร พิลาดู อิงคประสงค์ริ

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ**.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

5411226783

(.....)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหมาราย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายพนพร เทลี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800221330	ที่อยู่ 233 หมู่ที่ 06 ต.โนนพะยอม อ.ชนบท จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0918433349	วันที่จัดทำ 02 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 22 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2515 (อายุ 52 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดทางการเคลื่อนไหว พุดไม่ได้ เดินไม่ได้ กำลึงกล้ามเนื้อ แขน 1/4 ขา 2/4 และโรคความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาต่อเนื่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมารายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมารายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลึงมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแฉดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - จมูก (nose) - ตา (eyes) - สมอง (Brain)
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ไข้หวัด เช่น ไข้หวัดใหญ่ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นายรัชพล อิงคประเสริฐ  พร.รัชพล อิงคประเสริฐ		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**
 5411226783
 (.....)

ลงชื่อ..... **อปท.**
 (.....)

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ประมวล พรหมมา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800263130	ที่อยู่ 34 หมู่ 7 ต.โนนพะยอม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0825078871	วันที่จัดทำ 02 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 19 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2517 (อายุ 50 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ยืนไม่ได้ โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีภาวะสับสน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - จมูก (nose) - ท้อง (stomach) - บริการพิเศษอื่นๆ - หน้าอก (chest) และหัวใจ (heart) - สะโพก (hip) - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ผู้กระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 12 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้	
ผู้จัดทำ Care plan นายธวัชพล อิงคประเสริฐ ทว.ธวัชพล อิงคประเสริฐ		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[..... 5411226783] (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายลัว พรหมงาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800264284	ที่อยู่ 13/1 ม.10 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801599086	วันที่จัดทำ 02 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 18 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2486 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เข่นขาข้างขวาอ่อนแรง ยืนไม่ได้ โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีภาวะสับสน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล

เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - คอ (throat) - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - บริการพิเศษอื่นๆ - หู (ears) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - หน้าอก (chest) และหัวใจ (heart) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
โรคกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การหลงทาง	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ประสานพันธุศัลยกรรมในพื้นที่ ภายใน 1 สัปดาห์ - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 สัปดาห์ - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 1 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 สัปดาห์ - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 สัปดาห์ - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 สัปดาห์ - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอเพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	

ผู้จัดทำ Care plan นายธวัชพล อังคประเสริฐ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....5411226783.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางปี ประจันตะเสน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800265051	ที่อยู่ 22/1 ม.8 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 11 เดือน กันยายน พ.ศ. 2492 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ยืนไม่ได้ โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีภาวะสับสน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - บริการพิเศษอื่นๆ - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - คอ (throat) - หน้าอก (chest) และหัวใจ (heart) - หู (ears) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - วิต/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/หลักอาหาร - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 30 วัน - ประสานพันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 30 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 30 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	

ผู้จัดทำ พว.อึ้งพล อึ้งประเสริฐ Care plan นายอึ้งพล อึ้งประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)
--	---

ลงชื่อ..... 5411226783.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 ลงชื่อ.....อปท.

(.....)
 (.....)

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหมาะจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.พิศมัย แสงเหม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800269308	ที่อยู่ 315 ม.10 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2512 (อายุ 55 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะสมรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะสมรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลั้นลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - บริการพิเศษอื่นๆ - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) - หน้าอก (chest) และหัวใจ (heart) - หู (ears) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - จมูก (nose) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - คอ (throat) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ไม่มีผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายรังพล สิงห์ประเสริฐ ทพ.รังพล สิงห์ประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM).....ลงชื่อ.....อปท.

5411226783

.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

.....

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเรวัต ประจันตะเสน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800403993	ที่อยู่ 211 หมู่ที่ 08 ต.โนนพะยอม อ.ชนบท จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0892740543	วันที่จัดทำ 02 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 14 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2514 (อายุ 53 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ยืนไม่ได้ โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีภาวะสับสน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการไต่ยืน - ช่องปากไม่สะอาด - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ความสามารถในการมองเห็น - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - สะโพก (hip) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - เหนื่อยทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan โดย อังค์พร สิงห์ศรี	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 ลงชื่อ..... 5411226783 ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ลงชื่อ..... อ.บ.ท.
 (.....)
 (.....)
 ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหมาะจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางน้อย ทาโพธิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3410200284852	ที่อยู่ 58 ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0825078871	วันที่จัดทำ 02 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 18 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2498 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการทางการเคลื่อนไหว เดินช้า กำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะสมรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะสมรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่องปากไม่สะอาด - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - บริการพิเศษอื่นๆ - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - หน้าอก (chest) และหัวใจ (heart) - หู (ears) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีผลกดทับ ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 สัปดาห์ - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 สัปดาห์ - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	

ผู้จัดทำ Care plan นี้ คือ **นางสาว อิงคนิ ธีระวิ**
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....5411226783.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)