

กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม

วันที่จัดทำ. ๓๐/๐๘/๒๕๖๖

ในการนี้ รพ.สต.บ้านโนนพยอม มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน จำนวน ๘๘,๐๐๐.๐๐ บาท (แปดหมื่นสี่พันบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการและ แผนการดูแลรายบุคคลดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน ...๒... ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน(ระบุชื่อ) ...นายธัชพล อิงคประเสริฐ.....จะเป็นผู้รับเงิน

ตำแหน่ง....เลขานุการคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่....

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน	
ได้รับเงินจำนวน ๘๔,๐๐๐.๐๐ บาท (แปดหมื่นสี่พันบาทถ้วน) ลงชื่อ..... <u>วิภา</u>.....ผู้รับเงิน (๑) (...นายธัชพล อิงคประเสริฐ...) ตำแหน่ง..ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลโนนพะยอม.. วันที่.....	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้วจำนวน ๘๔,๐๐๐.๐๐ บาท (แปดหมื่นสี่พันบาทถ้วน) ลงชื่อ..... <u>กช</u>.....ผู้จ่ายเงิน (...นางพรณี คำระกาย...) ตำแหน่ง.....ผู้อำนวยการกองคลัง..... วันที่.....

หมายเหตุ(๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงิน / ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



เล่มที่ 0613

ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ 039

ในราชการ ท.ศ. ๖๖๖๖๖๖

องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

วันที่ 4 เดือน กรกฎาคม

พ.ศ. ๒๕๕๖

ได้รับเงินจาก กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบลโนนศิลา ตามรายละเอียดดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน
เงินอุดหนุนจาก อบจ.ขอนแก่น	84,000 -
เงินอุดหนุนจาก อบต.โนนศิลา	
เงินอุดหนุนจาก อบต.โนนศิลา	
เงินอุดหนุนจาก อบต.โนนศิลา	
เงินอุดหนุนจาก อบต.โนนศิลา	
รวมบาท	84,000

จำนวนเงิน = หนึ่งแสนสี่หมื่นบาทถ้วน

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ

ตำแหน่ง นายก อบจ.ขอนแก่น

ผู้รับเงิน

โลโก้ (ถ้ามี)

ข้อตกลงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

ระหว่าง

องค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม กับ รพ.สต.บ้านโนนพะยอม

ข้อตกลงเลขที่ ๐๐๒ /๒๕๖๖

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ องค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม ตั้งอยู่ที่ อำเภอ ขนบท จังหวัด ขอนแก่น เมื่อวันที่ วันที่ ๑๘ เดือน กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๖ ระหว่าง องค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอมโดย นายสมพร กองกะมุด (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ฝ่ายหนึ่ง กับ รพ.สต.บ้านโนนพะยอม โดย นายธัชพล อิงคประเสริฐ (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “หน่วยจัดบริการ” อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ การดำเนินงาน ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข สำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะ กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่

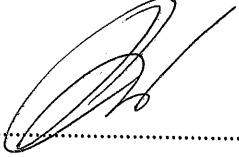
ข้อ ๒ การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุป แผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การ ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้าย ข้อตกลงนี้

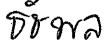
ข้อ ๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น หรือ พื้นที่(ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง)จำนวนทั้งสิ้นไม่เกิน ๘๔,๐๐๐.๐๐ บาท (แปดหมื่นสี่พันบาทถ้วน) โดย เป็นจำนวนเงิน ๘๔,๐๐๐.๐๐ บาท (แปดหมื่นสี่พันบาทถ้วน) ซึ่งได้รวม ภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

ข้อ ๔ หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงานตามข้อตกลงตั้งแต่วันที่ ๑๘ เดือน กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๖ สิ้นสุดในวันที่ ๑๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๗ โดยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามข้อตกลง ให้หน่วยจัดบริการรายงานผลการดำเนินงาน ในโปรแกรม LTC

ข้อ ๕ กรณีหน่วยจัดบริการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหาย องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีสิทธิยกเลิกข้อตกลง และระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ  องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
(..นายสมพร กองกะมุด..)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม

ลงชื่อ  หน่วยจัดบริการ
(..นายอิทธิพล อิงคประเสริฐ..)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลโนนพะยอม

ลงชื่อ  พยาน
(..นางพรณี คำระกาย..)
ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ  พยาน
(..นางสาวนลินี บุตรจันทร์..)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ



ข้อกำหนดและเงื่อนไข

1. นำสมุดเงินฝากและบัตรประจำตัวประชาชนมาธนาคารทุกครั้งที่ฝากหรือถอน
2. ธนาคารจะบันทึกดอกเบี้ยให้ในวันเสาร์สุดท้ายเดือนกันยายนและมีนาคมของทุกปี
3. ยอดเงินที่ปรากฏในสมุดเงินฝากจะถือว่าถูกต้องเมื่อได้รับการตรวจสอบยอดตรงกับบัญชีเงินฝากของธนาคารแล้ว กรณียอดเงินคงเหลือเป็นศูนย์ธนาคารจะปิดบัญชีทันที
4. การเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล ที่อยู่ ผู้ฝากต้องแจ้งให้ธนาคารทราบ กรณีสมุดเงินฝากหาย ผู้ฝากต้องแจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ และแจ้งให้ธนาคารทราบโดยเร็ว
5. ในกรณีที่บัญชีขาดการติดต่อ และยอดคงเหลือในบัญชีต่ำกว่าที่กำหนด ธนาคารจะปิดบัญชี และ/หรือคิดค่าธรรมเนียมรักษานับบัญชีตามหลักเกณฑ์ที่ธนาคารกำหนด

41-009

รหัสสาขา 0433
Branch Code

บัญชีเลขที่ 020155828122
Account No.

ชื่อสาขา สาขาชนบท
Branch Name

รหัสโครงการ
Project Code

ชื่อบัญชี
Account Name

รพ. สด. โนนพะยอม เพื่อการดูแลสุขภาพที่ มีภาวะพึ่งพิง

2001 - บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ (ใช้สมุดคู่ฝาก)

196964542



ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
BANK FOR AGRICULTURE AND AGRICULTURAL CO-OPERATIVES
ธนาคารออมสิน

เล่มที่

000196964542



16-03/61

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

ชื่อ นางทองสุข โพธิยา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800215020	ที่อยู่ 15 ม.6 ต.โนนพะยอม อ.ชนบท จ.ขอนแก่น 40180 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0844030400	วันที่จัดทำ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 21 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2481 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิจารณาทางเคลื่อนไหว พูดไม่ได้ เดินไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อ แขน ขา โรคความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาต่อเนื่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain) - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี.....มต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 12 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 12 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายธัชพล อิงคประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) [ลายเซ็น]	

ลงชื่อ.....**ธัชพล**.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....**ธัชพล อิงคประเสริฐ**.....]

ลงชื่อ..........อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.หวัน ประจันตะเสน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800215992	ที่อยู่ หมู่ 6 ต.โนนพะยอม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0844030400	วันที่จัดทำ 09 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 27 เดือน มกราคม พ.ศ. 2504 (อายุ 62 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ยืนไม่ได้ โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีภาวะสับสน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 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
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - 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 นายรัชพล อิงคประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) ๒๓	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหมาะจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ..... ชื่อนาง..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [ชื่อ..... ชื่อ.....]
 ชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลงชื่อ..... อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....อพท.
[.....]

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

ชื่อ นายณวน กลางนอก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800211431	ที่อยู่ หมู่ที่ 5 ต.โนนพะยอม อ.ชนบท จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0844030400	วันที่จัดทำ 09 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาอ่อนแรง ยืนไม่ได้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - จมูก (nose) - คอ (throat) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การลงทาง - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - อุบัติเหตุ 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 นายธวัชพล อิงคประเสริฐ

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(นายธวัชพล อิงคประเสริฐ)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางอุษา แก้วพรม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3100503989049	ที่อยู่ ม.5 ต.โนนพะยอม อ.ชนบท จ.ขอนแก่น 40180 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0844030400	วันที่จัดทำ 14 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน เมษายน พ.ศ. 2499 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ยืนไม่ได้มีภาวะสับสน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 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/สาลักอาหาร - 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	
จัดทำ Care plan นายธัชพล อิงคประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเรวัตร ประจันตะเสน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800403993	ที่อยู่ หมู่ที่ 08 ต.โนนพะยอม อ.ชนบท จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0844030400	วันที่จัดทำ 09 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 14 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2514 (อายุ 52 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ยืนไม่ได้ โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีภาวะสับสน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการไต่ยืน - ช่องปากไม่สะอาด - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความสามารถในการมองเห็น - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - สะโพก (hip) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ก ี เองทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายธัชพล อิงคประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) 87/5	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[~~นาง ชัน~~ [.....]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

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

ชื่อ นางทองสุข โพธิยา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800215020	ที่อยู่ 15 ม.6 ต.โนนพะยอม อ.ชนบท จ.ขอนแก่น 40180 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0844030400	วันที่จัดทำ 12 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 21 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2481 [อายุ 85 ปี]	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดทางการเคลื่อนไหว พุดไม่ได้ เดินไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อ แขน ขา โรคความดันโลหิตสูงรับการรักษาต่อเนื่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain) - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีควา ้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 12 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 12 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 12 เดือน - พ้นพัสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายรัชพล อิงคประเสริฐ		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....**อึ้ง**.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [๑๕ ธ.ค. ๖๖ อึ้งประเสริฐ]

ลงชื่อ.....**อ.ปท.**.....
 [.....]

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

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

ชื่อ นางดี บัวเย็น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800267313	ที่อยู่ หมู่ที่ 10 ต.โนนพะยอม อ.ชนบท จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0844030400	วันที่จัดทำ 09 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2466 (อายุ 100 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดทางการเคลื่อนไหว พูดไม่ได้ เดินไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อ แขน 1/4 ขา 2/4 และโรคความดันโลหิตสูงรับการรักษาต่อเนื่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่องปากไม่สะอาด - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลืนลำบาก - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบับขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบับขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การหลงทาง	ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 12 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 12 เดือน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 12 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ 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 - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายรัชพล อิงคประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ผู้จัดทำ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(นางรัชพล อิงคประเสริฐ)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

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

ชื่อ นางบุญมี จำป๋ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800270152	ที่อยู่ 68 หมู่ 10 ต.โนนพะยอม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0844030400	วันที่จัดทำ 14 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 21 เดือน เมษายน พ.ศ. 2500 (อายุ 66 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ยืนไม่ได้ ติดเตียงมีแผลกดทับ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีภาวะสับสน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/แพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 12 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 12 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 12 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายธัชพล อิงคประเสริฐ		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....**ธัชพล**.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....**ธัชพล**.....]

ลงชื่อ.....**อภ.**.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....**เจ้าหน้าที่การเงิน**.....

[.....]

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

ชื่อ นายชน โนนพะยอม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800216093	ที่อยู่ หมู่ที่ 06 ต.โนนพะยอม อ.ชนบท จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0844030400	วันที่จัดทำ 09 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2485 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ยืนไม่ได้ โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีภาวะสับสน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ 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 - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายธัชพล อิงคประเสริฐ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) ๗๖	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

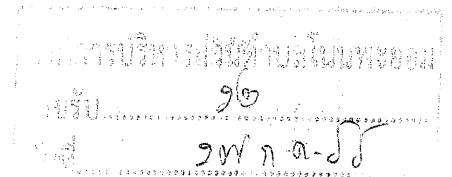
**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหมาราย/รายปี)**

ชื่อ นายพพร เทลี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401800221330	ที่อยู่ หมู่ที่ 06 ต.โนนพะยอม อ.ชนบท จ.ขอนแก่น หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0844030400	วันที่จัดทำ 09 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 22 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2515 (อายุ 51 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการทางการเคลื่อนไหว พุดไม่ได้ เดินไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อ แขน 1/4 ขา 2/4และโรคความดันโลหิตสูงรับการรักษาต่อเนื่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าแพมเพิส ผืนละ 20 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่างปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - จมูก (nose) - ตา (eyes) - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ 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	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	รพพ

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

ลงชื่อ..........อปท.
 [.....]

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



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม
อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ๔๐๑๘๐

๑๐๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอส่งแบบรายการผลการดำเนินงาน การจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอม ประธานกองทุนหลักประสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบรายงานผลการดำเนินงาน จำนวน ๑ ชุด

ทั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม ขอส่งแบบรายงานผลการดำเนินงาน การจัดการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลโนนพะยอมทราบ ความละเอียดตามเอกสารแนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

John

(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

โทร.๐๙๒-๘๘๑๔๑๖๗

[illegible]

(Содержит сведения)
 (Содержит сведения)
 (Содержит сведения)

แบบรายงานผลการดำเนินงาน

การจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม
อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น

วันที่ ๑๘ เดือน กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๖

เรียน

ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม ขอรายงานผลการดำเนินงานตามข้อเสนอ การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับความเห็นชอบจากอนุกรรมการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ดังนี้

๑.ระยะเวลาดำเนินการ. ๑๒ เดือน ตั้งแต่เดือน เมษายน ๒๕๖๕ ถึง เดือน มีนาคม ๒๕๖๖

๒.สถานที่ดำเนินการ ภายในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม จำนวน ๕ หมู่บ้าน

๓.บุคลากรดำเนินงาน

(๓.๑) ผู้จัดการระบบการดูแล(CM) จำนวน ๑ คน ได้แก่

นายอิศพล อิงคประเสริฐ

(๓.๒) ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) จำนวน ...๖.... คน ได้แก่

นางเกษร บุญมา

นางมะลิ คำหอม

นางอมรรัตน์ ฌมเพชร

นางบุญเตียง โสภา

นางสุกัญญา เพชรอยู่

(๓.๓) อัตราส่วนบุคลากร Care Manager : Care Giver เท่ากับ ๑ : ๑๐

นางวาสนา เพียรทอง

อัตราส่วน Care Giver ต่อผู้สูงอายุ พึ่งพิง ๑ : ๕

๔.ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับข้อเสนอ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ข้อเสนอที่ได้รับความเห็นชอบ		ผลการดำเนินงาน		งบประมาณคงเหลือ (ดอกเบี้ย)
	จำนวน (คน)	งบประมาณสนับสนุน	จำนวน(คน)	งบประมาณเบิกจ่าย	
กลุ่มที่ ๑	๓	๑๘,๐๐๐	๓	๑๘,๐๐๐	
กลุ่มที่ ๒	๑๐	๖๐,๐๐๐	๑๐	๖๐,๐๐๐	
กลุ่มที่ ๓	๒	๑๒,๐๐๐	๒	๑๒,๐๐๐	เสียชีวิต ๒
กลุ่มที่ ๔	-	-	-	-	
รวม	๑๕	๙๐,๐๐๐	๑๕	๙๐,๐๐๐	
บุคลากรสาธารณสุขรวมทั้งสิ้น					๙,๑๘๑.๓๙ บาท
					๙,๑๘๑.๓๙ บาท

๔.๑ กิจกรรมการดำเนินงานของ Care Manager โดยสรุป

- (๑)บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลสิทธิประโยชน์
- (๒)ร่วมเป็นกรรมการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ของงานกองทุนการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จนเกิดนวัตกรรมในการดูแลและเกิดความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายภาคส่วนร่วมของชุมชนอย่างชัดเจน

๔.๒ กิจกรรมการดำเนินงานของ Care Giver โดยสรุป

- (๑)จัดบริการดูแลที่บ้านและชุมชน ตามกิจกรรมชุดสิทธิประโยชน์ด้านการพยาบาลและรับสภาพแวดล้อม
- (๒)พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องโดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมสหวิชาชีพทุกเดือน
- (๓)ร่วมเป็นจิตอาสากับหมอครอบครัวทุกภาคส่วน
- (๔)ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ อย่างเท่าเทียมกัน เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ

๕.๑ กิจกรรมการให้บริการโดยทีมหมอครอบครัว โดยสรุป

(๑)ออกให้บริการทั้งในและนอกสถานบริการและในชุมชนตามแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง การประสานงานของทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะทีม
นักรกายภาพบำบัดและทีมแพทย์แผนไทย

- (๒)จัดบริการแบบฉุกเฉินในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จัดบริการรับยาโดยเภสัชกรถึงบ้านตามความต้องการของผู้ป่วย
(๓)ออกบริการตรวจช่องปากและถอนฟันถึงบ้านในผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงและผู้พิการอื่นๆในชุมชน

๖.ปัญหาและอุปสรรค

- (๑)ความต้องการของผู้ใช้บริการบางครอบครัวยังไม่ให้ความร่วมมือในการจัดบริการและมีความต้องการเกินความจำเป็น
(๒)ปัญหาการจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งต้องขอความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น

๗.ข้อเสนอแนะ

มีการสนับสนุนบุคลากรและงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

(ลงชื่อ).....**ธีรพงศ์**
(นายธีรพล อิงคประเสริฐ).....ผู้รายงาน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

ติดตามการดำเนินงาน/รายงานผลสรุปผลการดำเนินงาน
 รายงานผลการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น
 ประจำปีวตที่ ๔/๒๕๖๕ เดือน กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๕

ประเมินผลการให้บริการด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน(คน)		จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม ติดเตียง(คน)		รวม
	กลุ่มที่ ๑	กลุ่มที่ ๒	กลุ่มที่ ๓	กลุ่มที่ ๔	
ก่อนได้รับการ	๓	๑๐	๒	๐	๑๕
หลังได้รับการตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)	๓	๑๐	๒	๐	๑๕
*กรณีย้ายออกจากพื้นที่/เสียชีวิต/สูญหาย ระหว่างการดูแล	๐	๐	๐	๐	๐

(ลงชื่อ) จิราพร ผู้สรุปผลการปฏิบัติงาน
 (นายรัชพล อิงคประเสริฐ)

ตำแหน่ง ผู้บริหารจัดการระบบ

วันที่ ๓๐ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(ลงชื่อ) จิราพร ผู้รับรองผลการปฏิบัติงาน
 (นายรัชพล อิงคประเสริฐ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

วันที่ ๓๐ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ติดตามการดำเนินงาน/รายงานผลสรุปผลการดำเนินงาน
รายงานผลการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม อำเภอนบพิตำ จังหวัดขอนแก่น
ประจำงวดที่ ๓/๒๕๖๕ เดือน เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๕

ประเมินผลการให้บริการด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้าน(คน)		จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม ติดเตียง(คน)		รวม
	กลุ่มที่ ๑	กลุ่มที่ ๒	กลุ่มที่ ๓	กลุ่มที่ ๔	
ก่อนได้รับการบริการ	๓	๑๐	๒	๐	๑๕
หลังได้รับการบริการตามแผนการดูแล รายบุคคล(Care Plan)	๓	๑๐	๒	๐	๑๕
*กรณีย้ายออกจากพื้นที่/เสียชีวิต/สูญหาย ระหว่างการดูแล	๐	๐	๐	๐	๐

(ลงชื่อ) **จิราพร** ผู้สรุปผลการปฏิบัติงาน
 (นายรัชพล อิงคประเสริฐ)

ตำแหน่ง ผู้บริหารจัดการระบบ

วันที่ ๓๐ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(ลงชื่อ) **จิราพร** ผู้รับรองผลการปฏิบัติงาน
 (นายรัชพล อิงคประเสริฐ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

วันที่ ๓๐ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ติดตามการดำเนินงาน/รายงานผลสรุปผลการดำเนินงาน
 รายงานผลการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม อำเภอนบพ จังหวัดขอนแก่น
 ประจำปี ๑/๒๕๖๕ เดือน ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๕

ประเมินผลการให้บริการด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน(คน)		จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม ติดเตียง(คน)		รวม
	กลุ่มที่ ๑	กลุ่มที่ ๒	กลุ่มที่ ๓	กลุ่มที่ ๔	
ก่อนได้รับการ	๓	๙	๑	๐	๑๓
หลังได้รับการตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)	๓	๙	๑	๐	๑๓
*กรณีย้ายออกจากพื้นที่/เสียชีวิต/สูญหาย ระหว่างการดูแล	๐	๑ เสียชีวิต	๑ เสียชีวิต	๐	๒

(ลงชื่อ) ชัชพล ผู้สรุปผลการปฏิบัติงาน

(นายชัชพล อิงคประเสริฐ)

ตำแหน่ง ผู้บริหารจัดการระบบ

วันที่ ๓๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(ลงชื่อ) ชัชพล ผู้รับรองผลการปฏิบัติงาน

(นายชัชพล อิงคประเสริฐ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

วันที่ ๓๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ติดตามการดำเนินงาน/รายงานผลสรุปผลการดำเนินงาน
รายงานผลการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม อำเภอนบพิตำ จังหวัดขอนแก่น
ประจำงวดที่ ๒/๒๕๖๕ มกราคม-มีนาคม ๒๕๖๖

ประเมินผลการให้บริการด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน(คน)		จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม ติดเตียง(คน)		รวม
	กลุ่มที่ ๑	กลุ่มที่ ๒	กลุ่มที่ ๓	กลุ่มที่ ๔	
ก่อนได้รับการบริการ	๓	๙	๑	๐	๑๓
หลังได้รับการบริการตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)	๓	๙	๑	๐	๑๓
*กรณีย้ายออกจากพื้นที่/เสียชีวิต/สูญหาย ระหว่างการดูแล	๐	๐	๐	๐	๐

(ลงชื่อ) ชินะ ผู้สรุปผลการปฏิบัติงาน

(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)

ตำแหน่ง ผู้บริหารจัดการระบบ

วันที่ ๒๘ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๖

(ลงชื่อ) ชินะ ผู้รับรองผลการปฏิบัติงาน

(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

วันที่ ๒๘ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๖

รายงานผลการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม อำเภอนบพิตำ จังหวัดขอนแก่น
ประจำงวดที่ ๓/๒๕๖๕ เดือนเมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๕

ลำดับ	ชื่อ - สกุลผู้สูงอายุ	บ้านเลขที่	CG ให้บริการ (ครั้ง)	ทีมสหวิชาชีพ ให้บริการ(ครั้ง)	รวมทั้งหมด (ครั้ง)
๑	นางสาวหวัน ประจันตะเสน	๔๕ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๒	นางดี บัวเย็น	๖๑ ม.๑๐	๑๒	-	๑๒
๓	นายเรวัตร ประจันตะเสน	๒๑๑ ม.๘	๑๒	-	๑๒
๔	นายณพพร เทลี	๒๓๓ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๕	นายสำเนียง ไชยศรี	๔๔/๒ ม.๕	๑๒	-	๑๒
๖	นางอุษา แก้วพรม	๔๔/๑ ม.๕	๑๒	-	๑๒
๗	นายณวน กลางนอก	๓๒ ม.๕	๑๒	-	๑๒
๘	นางบุญมา ไชยศรี	๔๔/๒ ม.๕	๘	-	๘
๙	นายสุรเดช ผมเพชร	๒๓๒ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๑๐	ด.ช.ปิยบุตร ผมเพชร	๒๓๒ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๑๑	ด.ช.ชิวานนท์ แก้วมณี	๒๓๒ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๑๒	นางสังวาลย์ พันมีศรี	๑๔ ม. ๗	๑๒	-	๑๒
๑๓	นางใจ สงครามสี	๓ ม. ๑๐	๑๒	-	๑๒
๑๔	นางสาวประมวล พรหมมา	๓๔ ม. ๗	๑๒	-	๑๒
๑๕	นายชน โนนพะยอม	๙๖ ม. ๘	๑๒	-	๑๒

(ลงชื่อ) ไฉน ผู้สรุปผลการปฏิบัติงาน

(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)

ตำแหน่ง ผู้จัดการระบบ

วันที่ ๓๐ เดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(ลงชื่อ) จิภา ผู้รับรองผลการปฏิบัติงาน

(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

วันที่ ๓๐ เดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

รายงานผลการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม อำเภอนบพิตำ จังหวัดขอนแก่น
ประจำงวดที่ ๔/๒๕๖๕ เดือนกรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๕

ลำดับ	ชื่อ - สกุลผู้สูงอายุ	บ้านเลขที่	CG ให้บริการ (ครั้ง)	ทีมสหวิชาชีพ ให้บริการ(ครั้ง)	รวมทั้งหมด (ครั้ง)
๑	นางสาวหวัน ประจันตะเสน	๔๕ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๒	นางดี บัวเย็น	๖๑ ม.๑๐	๑๒	-	๑๒
๓	นายเรวัตร ประจันตะเสน	๒๑๑ ม.๘	๑๒	-	๑๒
๔	นายนพพร เทลี	๒๓๓ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๕	นายสำเนียง ไชยศรี	๔๔/๒ ม.๕	๑๒	-	๑๒
๖	นางอุษา แก้วพรม	๔๔/๑ ม.๕	๑๒	-	๑๒
๗	นายณวน กลางนอก	๓๒ ม.๕	๑๒	-	๑๒
๘	นางบุญมา ไชยศรี	๔๔/๒ ม.๕	๘	-	๘
๙	นายสุรเดช ผมเพชร	๒๓๒ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๑๐	ด.ช.ปิยบุตร ผมเพชร	๒๓๒ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๑๑	ด.ช.ชีวานนท์ แก้วมณี	๒๓๒ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๑๒	นางสังวาลย์ พันมีศรี	๑๔ ม. ๗	๑๒	-	๑๒
๑๓	นางใจ สงครามสี	๓ ม. ๑๐	๑๒	-	๑๒
๑๔	นางสาวประมวล พรหมมา	๓๔ ม. ๗	๑๒	-	๑๒
๑๕	นายชน โนนพะยอม	๙๖ ม. ๘	๑๒	-	๑๒

(ลงชื่อ) โสภา ผู้สรุปผลการปฏิบัติงาน
(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)
ตำแหน่ง ผู้จัดการระบบ
วันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(ลงชื่อ) ธีรพร ผู้รับรองผลการปฏิบัติงาน
(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม
วันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

รายงานผลการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น
ประจำปี ๒๕๖๕ เดือนตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๕

ลำดับ	ชื่อ - สกุลผู้สูงอายุ	บ้านเลขที่	CG ให้บริการ (ครั้ง)	ทีมสหวิชาชีพ ให้บริการ(ครั้ง)	รวมทั้งหมด (ครั้ง)
๑	นางสาวหวัน ประจันตะเสน	๔๕ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๒	นางดี บัวเย็น	๖๑ ม.๑๐	๑๒	-	๑๒
๓	นายเรวัตร ประจันตะเสน	๒๑๑ ม.๘	๑๒	-	๑๒
๔	นายนพพร เทลี	๒๓๓ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๕	นายสำเนียง ไชยศรี	๔๔/๒ ม.๕	๑๒	-	๑๒
๖	นางอุษา แก้วพรม	๔๔/๑ ม.๕	๑๒	-	๑๒
๗	นายภูวน กลางนอก	๓๒ ม.๕	๑๒	-	๑๒
๘	นางบุญมา ไชยศรี	๔๔/๒ ม.๕	๘	-	๘
๙	นายสุรเดช ผมเพชร	๒๓๒ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๑๐	ด.ช.ปิยบุตร ผมเพชร	๒๓๒ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๑๑	ด.ช.ชิวานนท์ แก้วมณี	๒๓๒ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๑๒	นางสังวาลย์ พันมีศรี	๑๔ ม. ๗	๑๒	-	๑๒
๑๓	นางใจ สงครามสี	๓ ม. ๑๐	๑๒	-	๑๒
๑๔	นางสาวประมวล พรหมมา	๓๔ ม. ๗	๑๒	-	๑๒
๑๕	นายชน โนนพะยอม	๙๖ ม. ๘	๑๒	-	๑๒

(ลงชื่อ) ผู้สรุปผลการปฏิบัติงาน

(นายธัชพล อิงคประเสริฐ)

ตำแหน่ง ผู้จัดการระบบ

วันที่ ๓๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(ลงชื่อ) ผู้รับรองผลการปฏิบัติงาน

(นายธัชพล อิงคประเสริฐ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

วันที่ ๓๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

รายงานผลการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม อำเภอนบพิตำ จังหวัดขอนแก่น
ประจำงวดที่ ๒/๒๕๖๕ มกราคม-มีนาคม ๒๕๖๕

ลำดับ	ชื่อ - สกุลผู้สูงอายุ	บ้านเลขที่	CG ให้บริการ (ครั้ง)	ทีมสหวิชาชีพ ให้บริการ(ครั้ง)	รวมทั้งหมด (ครั้ง)
๑	นางสาวหวัน ประจันตะเสน	๔๕ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๒	นางดี บัวเย็น	๖๑ ม.๑๐	๑๒	-	๑๒
๓	นายเรวัตร ประจันตะเสน	๒๑๑ ม.๘	๑๒	-	๑๒
๔	นายนพพร เทสี	๒๓๓ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๕	นายสำเนียง ไชยศรี	๔๔/๒ ม.๕	๑๒	-	๑๒
๖	นางอุษา แก้วพรม	๔๔/๑ ม.๕	๑๒	-	๑๒
๗	นายฉนวน กลางนอก	๓๒ ม.๕	๑๒	-	๑๒
๘	นายสุรเดช ผมเพชร	๒๓๒ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๙	ด.ช.ปิยบุตร ผมเพชร	๒๓๒ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๑๐	ด.ช.ชีวานนท์ แก้วมณี	๒๓๒ ม.๖	๑๒	-	๑๒
๑๑	นางสังวาลย์ พันมีศรี	๑๔ ม. ๗	๑๒	-	๑๒
๑๒	นางสาวประมวล พรหมมา	๓๔ ม. ๗	๑๒	-	๑๒
๑๓	นายชน โนนพะยอม	๙๖ ม. ๘	๑๒	-	๑๒

(ลงชื่อ) ชัชพล ผู้สรุปผลการปฏิบัติงาน

(นายชัชพล อิงคประเสริฐ)

ตำแหน่ง ผู้จัดการระบบ

วันที่ ๓๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(ลงชื่อ) ไพฑูริ ผู้รับรองผลการปฏิบัติงาน

(นายชัชพล อิงคประเสริฐ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

วันที่ ๓๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

แบบสรุปและติดตามรายการผลการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพะเยอ

อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ประจำงวดที่ ๓/๒๕๖๕ เดือน เมษายน - มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ลำดับ	ชื่อ - สกุล ผู้สูงอายุ เป้าหมายทุกคน	เลขบัตรประชาชน	อายุ (ปี)	ที่อยู่	หลัง		ภาวะเจ็บป่วย/อาการ	ความ ต้องการ ช่วยเหลือ/ กาย อุปกรณ์	ค่าใช้จ่าย จริงต่อ ราย (บาท)	CG รับผิดชอบ	ผู้จัดการรายกรณี CM	หมายเหตุ
					ดำเนินการ (๑-๔)	คะแนน ADL						
๑	น.ส.หวาน ประจันตะ เสน	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๑๕-๙๙-๒	๖๕	๔๕- ๖	๑	๑๐	ขาดข้อจำกัดการแต่กำเนิด ใช้มือสองข้างค้ำยันแทน การเดินกำลังกล้ามเนื้อ แขน๑/๔ ขา ๓/๐	แพมเพิส- อุปกรณ์	-	นางมะลิ คำหอม	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	
๒	นางดี บัวเย็น	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๖๗-๓๑๓	๔๗	๖๑- ๑๐	๒	๙	ตาสองข้างมัว / กำลัง กล้ามเนื้อแขนขา ระดับ ๔/๔, ๔/๔, ภาวะหลังล้ม	แพมเพิส		นางวาสนา เพียรทอง	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	
๓	นายณพพร เทสี	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๒๑-๓๓-๐	๔๗	๒๓๓ -๖	๑	๙	เดินได้ไม่ไกล	แพมเพิส/ เตียงนอน	-	นางมะลิ คำหอม	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	
๔	นายสำเริง ไชยศิริ	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๑๒-๔๓-๕	๘๕	๔๔/ ๒-๕	๒	๑๐	กำลังกล้ามเนื้อแขน ขา ระดับ ๔/๔, ๔/๔	แพมเพิส/ วอล์กเกอร์	-	นางเกษร บุญมา	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	
๕	นายณวน กลางนอก	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๑๑-๔๓-๑	๖๙	๓๒- ๕	๒	๑๐	แขนข้างขวา อ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อแขนขา ๑/ ๔, ๔/๔	แพมเพิส- -	-	นางเกษร บุญมา	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	

ลำดับ	ชื่อ - สกุล ผู้สูงอายุ เป้าหมายทุกคน	เลขบัตร ประชาชน	อายุ (ปี)	ที่อยู่	หลังดำเนินการ		ภาวะเจ็บป่วย/อาการ	ความ ต้องการ ช่วยเหลือ/ กาย อุปกรณ์	ค่าใช้จ่าย จริงต่อ ราย (บาท)	CG รับผิดชอบ	ผู้จัดการรายการณ CM	หมายเหตุ
					กลุ่ม (๑- ๔)	คะแนน ADL						
๖	นางอุษา แก้วพรม	๓-๑๐๐๕- ๐๓๙๘๙-๐๔-๙	๖๔	๔๔/ ๑ - ๕	๒	๙	เดินไกลไม่ได้ กำลัง กลัมน้ำอั้นแขนขา ระดับ ๔/๔,๔/๔	แพมเพิส/ วอล์คเกอร์		นางเกษร บุญ มา	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	
๗	นางบุญมา ไชยศรี 13031303	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๑๒-๕๓-๕	๘๘	๔๔/ ๒ - ๕	๓	๐	แขน-ขาสองข้างอ่อนแรง เดินไม่สะดวก กำลัง กลัมน้ำอั้น ๔/๓,๔/๓ หลังล้มตาพร่า ชราภาพ	แพมเพิส		นางเกษร บุญ มา	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	
๘	นายสุรเดช ผม เพชร	๑-๔๐๓๕- ๐๐๐๐๐-๗๕-๒	๑๙	๒๓๒- ๖	๒	๗	.มีความพิการทางสติปัญญา และการเคลื่อนไหว	แพมเพิส		นางมะลิ คำ หอม	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	
๙	ดช.ปิยบุตร ผม เพชร	๑-๔๐๓๕- ๐๐๐๔๔-๓๒-๖	๗	๒๓๒- ๖	๒	๘	แขนขาสองข้าง กำลัง กลัมน้ำอั้น ๔/๔, ๔/๔	แพมเพิส		นางสุกัญญา เพชรอยู่	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	
๑๐	ดช.ชิวานนท์ แก้ว มณี	๑-๔๐๓๕- ๐๐๐๔๙-๔๑-๗	๓	๒๓๒- ๖	๒	๘	แขนขาสองข้าง กำลัง กลัมน้ำอั้น ๔/๔, ๔/๔	แพมเพิส		นางสุกัญญา เพชรอยู่	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	
๑๑	นางสังวาลย์ พันมี ศรี	๕-๔๐๑๘- ๐๐๐๑๗-๑๑-๙	๘๓	๑๔-๗	๒	๑๐	แขนขาข้างขวาอ่อนแรงเดิน ไม่สะดวก กำลังกลัมน้ำอั้น แขน-ขา ๑/๒ , ๓/๓	แพมเพิส		นางอมรรัตน์ ผมเพชร	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	

๑๒	นางใจ สงครามสี	๓-๕๐๑๘-๐๐๒๖๑-๖๙-๒	๕๙	๒๒-๗	๓	๐	กำลังกล้านเนื้อแขนขา ระดับ ๕/๕,๑/๓ ภาวะแทรกซ้อน เสียชีวิต ๒๙ มิถุนายน ๖๓	แพมเพิส		นางอมรรัตน์ ผมเพชร	นายรัชพล อิงคประเสริฐ	
๑๓	นายเรวัตร ประจักษ์ตะเสน	๓-๕๐๑๘-๐๐๕๐๓-๙๙-๓	๕๙	๒๑๑-๘	๒	๙	CV/A ไม่ได้ เดินไม่ได้ กำลังกล้านเนื้อ แขนขา ๑/๒, ๕/๕	แพมเพิส		นางบุญเตียง โสธาทิ	นายรัชพล อิงคประเสริฐ	
๑๔	นส.ประมาท พรหมมา	๓-๕๐๑๘-๐๐๒๖๓-๑๓-๐	๕๕	๓๕-๗	๒	๙	พูดไม่ได้ พิจารณาแขนขาข้างซ้าย กำลังกล้านเนื้อ แขนขา ๕/๕,๑/๕	แพมเพิส		นางอมรรัตน์ ผมเพชร	นายรัชพล อิงคประเสริฐ	
๑๕	นายชน ไนน์พะยอม	๓-๕๐๑๘-๐๐๒๖๙-๕๗-๒	๕๗	๙๖-๘	๒	๗	ขาทั้งสองข้างอ่อนแรงเดินไม่ได้ กำลังกล้านเนื้อ แขน-ขาทั้งสองข้าง ๓/๑,๓/๑	แพมเพิส		นางบุญเตียง โสธาทิ	นายรัชพล อิงคประเสริฐ	

(ลงชื่อ) ผู้จัดทำ

(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)
ตำแหน่ง ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว

(ลงชื่อ) ผู้ตรวจสอบ

(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

แบบสรุปและติดตามรายงานผลการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ประจําปีงบประมาณ ๒๕๖๕
 ประจํางวดที่ ๔/๒๕๖๕ เดือน กรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ลำดับ	ชื่อ - สกุล ผู้สูงอายุ เป้าหมายทุกคน	เลขบัตรประชาชน	อายุ (ปี)	ที่อยู่	หลัง		ภาวะเจ็บป่วย/อาการ	ความ ต้องการ ช่วยเหลือ/ กาย อุปกรณ์	ค่าใช้จ่าย จริงต่อ ราย (บาท)	CG รับผิดชอบ	ผู้จัดการรายกรณี CM	หมายเหตุ
					ดำเนินการ	คะแนน						
					กลุ่ม (๑-๔)	ADL						
๑	น.ส.หวิน ประจันตะ เสน	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๑๕-๙๙-๒	๖๕	๔๕- ๖	๑	๑๐	ขาสองข้างพิการแต่กำเนิด ใช้มือสองข้างค้ำยันแทน การเดินกำลังกล้ามเนื้อ แขน๑/๔ ขา ๓/๐	แพมเพิส- -	-	นางมะลิ คำหอม	นายอิศพล อิงคประ เสริฐ	
๒	นางดี บัวเย็น	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๖๗-๓๑๓	๔๗	๖๑- ๑๐	๒	๙	ตาสองข้างมัว / กำลัง กล้ามเนื้อแขนขา ระดับ ๔/๔, ๔/๔,ภาวะหลงลืม	แพมเพิส		นางวาสนา เพ็ญรอง	นายอิศพล อิงคประ เสริฐ	
๓	นายณพพร เทสึ	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๒๑-๓๓๐	๔๗	๒๓๓ -๖	๑	๙	เดินได้ไม่ไกล	แพมเพิส/ เตียงนอน	-	นางมะลิ คำหอม	นายอิศพล อิงคประ เสริฐ	
๔	นายสำเริง ไชยศรี	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๑๒-๕๓-๕	๘๕	๔๔/ ๒-๕	๒	๑๐	กำลังกล้ามเนื้อแขน ขา ระดับ ๔/๔, ๔/๔	แพมเพิส/ วอล์คเกอร์	-	นางเกษร บุญมา	นายอิศพล อิงคประ เสริฐ	
๕	นายญวน กลางนอก	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๑๑-๔๓-๑	๖๙	๓๒- ๕	๒	๑๐	แขนข้างขวา อ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อแขนขา ๑/ ๔, ๔/๔	แพมเพิส- -	-	นางเกษร บุญมา	นายอิศพล อิงคประ เสริฐ	

๑๒	นางใจ สจครามสี	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๖๑-๖๙-๒	๔๙	๒๒-๗	๔	๐	กำลังกล้านเนื่อแขนขา ระดับ ๔/๔,๑/๓ ภาวะแทรกซ้อน เสียชีวิต ๒๙ มิถุนายน ๖๓	แพมเพิส		นางอมรรัตน์ ฒมเพชร	นายรัชพล อิงคประเสริฐ	
๑๓	นายเรวัตร ประจันตะเสน	๓-๔๐๑๘-๐๐๔๐๓-๔๙-๓	๔๙	๒๑๑-๘	๒	๙	CVAพูดไม่ได้ เดินไม่ได้กำลัง กล้านเนื่อ.แขนขา ๑/๒, ๔/๔	แพมเพิส		นางบุญเตียง โสธา	นายรัชพล อิงคประเสริฐ	
๑๔	นส.ประมาล พรหมมา	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๖๓-๑๓-๐	๔๕	๓๔-๗	๒	๙	พูดไม่ได้ พิการแขนข้างซ้าย กำลังกล้านเนื่อ แขน ขา ๔/๕, ๑/๔	แพมเพิส		นางอมรรัตน์ ฒมเพชร	นายรัชพล อิงคประเสริฐ	
๑๕	นายชน โนนพะยอม	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๖๙-๔๗-๒	๘๗	๙๖-๘	๒	๗	ขาสองข้างอ่อนแรงเดินไม่ได้ กำลังกล้านเนื่อ แขน-ขาสอง ข้าง ๓/๑,๓/๑	แพมเพิส		นางบุญเตียง โสธา	นายรัชพล อิงคประเสริฐ	

(ลงชื่อ) ผู้จัดทำ

(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)
ตำแหน่ง ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวๆ

(ลงชื่อ) ผู้ตรวจสอบ

(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

แบบสรุปและติดตามรายงานผลการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

ประจำวันที่ ๑/๒๕๖๕ เดือน ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ลำดับ	ชื่อ - สกุล ผู้สูงอายุ เป้าหมายทุกคน	เลขบัตรประชาชน	อายุ (ปี)	ที่อยู่	หลัง		ภาวะเจ็บป่วย/อาการ	ความ ต้องการ ช่วยเหลือ/ กาย อุปกรณ์	ค่าใช้จ่าย จริงต่อ ราย (บาท)	CG รับผิดชอบ	ผู้จัดการรายกรณี CM	หมายเหตุ
					ดำเนินการ	กลุ่ม (๑-๔)						
๑	น.ส.หวิน ประจันตะ เสน	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๑๕-๙๙-๒	๖๕	๔๕- ๖	๑	๑๐	ขาสองข้างพิการแต่กำเนิด ใช้มือสองข้างค้ำยันแทน การเดินกำลังกล้ามเนื้อ แขน๑/๔ ขา ๓/๐	แพมเพิส- -	-	นางมะลิ คำหอม	นายอิศพล ینگประ เสริฐ	
๒	นางดี บัวเย็น	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๖๗-๓๑๓	๙๗	๖๑- ๑๐	๒	๙	ตาสองข้างมัว / กำลัง กล้ามเนื้อแขนขา ระดับ ๔/๔, ๔/๔,ภาวะหลงลืม	แพมเพิส	-	นางวาสนา เพียรทอง	นายอิศพล ینگประ เสริฐ	
๓	นายณพพร เทสิ	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๒๑-๓๓๐	๔๗	๒๓๓ -๖	๑	๙	เดินได้ไม่ไกล	แพมเพิส/ เตียงนอน	-	นางมะลิ คำหอม	นายอิศพล ینگประ เสริฐ	
๔	นายสำเนียง ไชยศรี	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๑๒-๕๓-๕	๘๕	๔๔/ ๒-๕	๒	๑๐	กำลังกล้ามเนื้อแขน ขา ระดับ ๔/๔, ๔/๔	แพมเพิส/ วอล์กเกอร์	-	นางเกษร บุญมา	นายอิศพล ینگประ เสริฐ	
๕	นายญวน กลางนอก	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๑๑-๔๓-๑	๖๙	๓๒- ๕	๒	๑๐	แขนข้างขวา อ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อแขนขา ๑/ ๔, ๔/๔	แพมเพิส- -	-	นางเกษร บุญมา	นายอิศพล ینگประ เสริฐ	

ลำดับ	ชื่อ - สกุล ผู้สูงอายุ เป้าหมายทุกคน	เลขบัตร ประชาชน	อายุ (ปี)	ที่อยู่	หลังดำเนินการ		ภาวะเจ็บป่วย/อาการ	ความ ต้องการ ช่วยเหลือ/ กาย อุปกรณ์	ค่าใช้จ่าย จริงต่อ ราย (บาท)	CG รับผิดชอบ	ผู้จัดการรายการกรณี CM	หมายเหตุ
					กลุ่ม (๑- ๔)	คะแนน ADL						
๖	นางอุษา แก้ว พรม	๓-๑๐๐๕- ๐๓๔๔๔-๐๔-๔	๖๔	๔๔/ ๑ หมู่ ๕	๒	๔	เดินไกลไม่ได้ กำลัง กลัมน้ำอั้นแขนขา ระดับ ๔/๔,๔/๔	แพมเพิส/ วอล์คเกอร์		นางเกษร บุญ มา	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๗	นางบุญมา ไชยศรี	๓-๔๐๑๔- ๐๐๒๑๒-๕๓-๕	๘๘	๔๔/ ๒ -๕	๓	๐	แขน-ขาทั้งสองข้างอ่อนแรง เดินไม่สะดวก กำลัง กลัมน้ำอั้น ๔/๓,๔/๓ หลังล้มตาพร่า ชราภาพ	แพมเพิส		นางเกษร บุญ มา	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๘	นายสุรเดช ผม เพชร	๑-๔๐๗๕- ๐๐๐๐๐-๗๕-๒	๑๔	๒๓๒- ๖	๒	๗	.มีความพิการทางสติปัญญา และการเคลื่อนไหว	แพมเพิส		นางมะลิ คำ หอม	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๙	คช.ปิยบุตร ผม เพชร	๑-๔๐๗๕- ๐๐๐๔๔-๓๒-๖	๗	๒๓๒- ๖	๒	๘	แขนขาทั้งสองข้าง กำลัง กลัมน้ำอั้น ๔/๔, ๔/๔	แพมเพิส		นางสุกัญญา เพชรอยู่	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๑๐	คช.ชีวานนท์ แก้ว มณี	๑-๔๐๗๕- ๐๐๐๔๔-๔๑-๗	๓	๒๓๒- ๖	๒	๘	แขนขาทั้งสองข้าง กำลัง กลัมน้ำอั้น ๔/๔, ๔/๔	แพมเพิส		นางสุกัญญา เพชรอยู่	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๑๑	นางสังวาลย์ พันมี ศรี	๕-๔๐๑๔- ๐๐๐๑๗-๑๑-๔	๘๓	๑๔-๗	๒	๑๐	แขนขาข้างขวาอ่อนแรงเดิน ไม่สะดวก กำลังกลัมน้ำอั้น แขน-ขา ๑/๒ , ๓/๓	แพมเพิส		นางอมรรัตน์ ผมเพชร	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	

ลำดับ	ชื่อ - สกุล ผู้สูงอายุ เป้าหมายทุกคน	เลขบัตร ประชาชน	อายุ (ปี)	ที่อยู่	หลังดำเนินการ		ภาวะเจ็บป่วย/อาการ	ความ ต้องการ ช่วยเหลือ/ กาย อุปกรณ์	ค่าใช้จ่าย จริงต่อ ราย (บาท)	CG รับผิดชอบ	ผู้จัดการรายการ CM	หมายเหตุ
					กลุ่ม (๑- ๔)	คะแนน ADL						
๖	นางอุษา แก้ว พรม	๓-๑๐๐๕- ๐๓๔๘๙-๐๕-๙	๖๔	๔๔/ ๑ หมู่ ๕	๒	๙	เดินได้เองไม่ได้ กำลัง กลัมนั่นเองแขนขา ระดับ ๔/๔,๔/๔	แพมเพิส/ วอล์กเกอร์		นางเกษร บุญ มา	นายรัชพล ینگคประ เสริฐ	
๗	นางบุญมา ไชยศรี	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๑๒-๕๓-๕	๘๘	๔๔/ ๒ -๕	๓	๐	เสียชีวิต ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๕			นางเกษร บุญ มา	นายรัชพล ینگคประ เสริฐ	
๘	นายสุรเดช ฝน เพชร	๑-๔๐๓๕- ๐๐๐๐๐-๓๕๕-๒	๑๙	๒๓๒- ๖	๒	๗	.มีความพิการทางสติปัญญา และการเคลื่อนไหว	แพมเพิส		นางมะลิ คำ หอม	นายรัชพล ینگคประ เสริฐ	
๙	คช.ปิยบุตร ฝน เพชร	๑-๔๐๓๕- ๐๐๐๔๔-๓๒-๖	๗	๒๓๒- ๖	๒	๘	แขนขาสองข้าง กำลัง กลัมนั่นเอง ๔/๔, ๔/๔	แพมเพิส		นางสุกัญญา เพชรอยู่	นายรัชพล ینگคประ เสริฐ	
๑๐	คช.ชีวานนท์ แก้ว มณี	๑-๔๐๓๕- ๐๐๐๔๔-๔๑-๗	๓	๒๓๒- ๖	๒	๘	แขนขาสองข้าง กำลัง กลัมนั่นเอง ๔/๔, ๔/๔	แพมเพิส		นางสุกัญญา เพชรอยู่	นายรัชพล ینگคประ เสริฐ	
๑๑	นางสิ่งวาลย์ พนม ศรี	๕-๔๐๑๘- ๐๐๐๑๗-๑๑-๙	๘๓	๑๔-๗	๒	๑๐	แขนขาข้างขวาอ่อนแรงเดิน ไม่สะดวก กำลังกลัมนั่นเอง แขนขา ๑/๒ , ๓/๓	แพมเพิส		นางอมรรัตน์ ผสมเพชร	นายรัชพล ینگคประ เสริฐ	

๑๒	นางใจ สงครามสี	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๖๙-๑๕-๔	๘๗	๓-๑๐	๔	๐	เสียชีวิต ๒ ธันวาคม ๒๕๖๕		นางอมรรัตน์ ผมเพชร	นายธัชพล อิงคประเสริฐ	
๑๓	นายเรวัตร ประจันตะเสน	๓-๔๐๑๘-๐๐๔๐๓-๙๙-๓	๔๙	๒๑๑-๘	๒	๙	CVA พุดไม้ได้ เติ้นไม้ได้ กำลังกลัมนื้อ.แขนขา ๑/๒, ๔/๔		นางบุญเตียง โสกา	นายธัชพล อิงคประเสริฐ	
๑๔	นส.ประมวล พรหมมา	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๖๓-๑๓-๐	๔๕	๓๔-๗	๒	๙	พุดไม้ได้ พักการแขนข้างซ้าย กำลังกลัมนื้อ แขน ขา ๔/๕, ๑/๔		นางอมรรัตน์ ผมเพชร	นายธัชพล อิงคประเสริฐ	
๑๕	นายชน โนนพะยอม	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๖๙-๔๗-๒	๘๗	๙๖-๘	๒	๗	ขาสองข้างอ่อนแรงเดินไม่ได้ กำลังกลัมนื้อ แขน-ขาสอง ข้าง ๓/๑,๓/๑		นางบุญเตียง โสกา	นายธัชพล อิงคประเสริฐ	

(ลงชื่อ) *ชิน* ผู้จัดทำ

(นายธัชพล อิงคประเสริฐ)
ตำแหน่ง ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวฯ

(ลงชื่อ) *ชิน* ผู้ตรวจสอบ

(นายธัชพล อิงคประเสริฐ)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

แบบสรุปและติดตามรายงานผลการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม
อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ประจำงวดที่ ๒/๒๕๖๕ เดือน มกราคม - มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ลำดับ	ชื่อ - สกุล ผู้สูงอายุ เป้าหมายทุกคน	เลขบัตรประชาชน	อายุ (ปี)	ที่อยู่	หลัง		ภาวะเจ็บป่วย/อาการ	ความ ต้องการ ช่วยเหลือ/ กาย อุปกรณ์	ค่าใช้จ่าย จริงต่อ ราย (บาท)	CG รับผิดชอบ	ผู้จัดการรายการ CM	หมายเหตุ
					ดำเนินการ	คะแนน						
๑	น.ส. หวัน ประจันตะ เสน	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๑๕- ๔๙-๒	๖๕	๔๕- ๖	๑	๑๐	ขาดสองข้างพิการแต่กำเนิด ใช้มือสองข้างค้ำยันแทน การเดินกำลังกล้ามเนื้อ แขน๑/๔ ขา ๓/๐	แพมเพิส- อุปกรณ์	-	นางมะลิ คำหอม	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	
๒	นางติ บัวเย็น	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๖๗- ๓๐๓๓	๔๗	๖๑- ๑๐	๒	๙	ตาสองข้างมัว / กำลัง กล้ามเนื้อแขนขา ระดับ ๔/๔, ๔/๔, ภาวะหลังล้ม	แพมเพิส		นางวาสนา เพียรทอง	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	
๓	นายเนนพร เทสิ	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๒๑- ๓๓๐-๐	๔๗	๒๓๓ -๖	๑	๙	เดินได้ไม่ไกล	แพมเพิส/ เตียงนอน	-	นางมะลิ คำหอม	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	
๔	นายสำเนียง ไชยศรี	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๑๒- ๕๓-๕	๔๕	๔๔/ ๒-๕	๒	๑๐	กำลังกล้ามเนื้อแขน ขา ระดับ ๔/๔, ๔/๔	แพมเพิส/ วอล์คเกอร์	-	นางเกษร บุญมา	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	
๕	นายภูวน กลางนอก	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๑๑- ๔๓-๑	๖๙	๓๒- ๕	๒	๑๐	แขนข้างขวา อ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อแขนขา ๑/ ๔, ๔/๔	แพมเพิส- -	-	นางเกษร บุญมา	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	

ลำดับ	ชื่อ - สกุล ผู้สูงอายุ เป้าหมายทุกคน	เลขบัตร ประชาชน	อายุ (ปี)	ที่อยู่	หลังดำเนินการ		ภาวะเจ็บป่วย/อาการ	ความ ต้องการ ช่วยเหลือ/ กาย อุปกรณ์	ค่าใช้จ่าย จริงต่อ ราย (บาท)	CG รับผิดชอบ	ผู้จัดการรายการณ CM	หมายเหตุ
					กลุ่ม (๑- ๔)	คะแนน ADL						
๖	นางอุษา แก้วพรม	๓๑๐๐๕- ๐๓๙๘๙-๐๔-๙	๖๔	๔๔/ ๑ หมู่ ๕	๒	๙	เดินไกลไม่ได้ กำลัง กลัมน้ำเนื้อแขนขา ระดับ ๔/๔,๔/๔	แพมเพิส/ วอคเกอร์		นางเกษร บุญ มา	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๗	นางบุญมา ไชยศรี	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๑๒-๕๓-๕	๘๘	๔๔/ ๒ -๕	๓	๐	เสียชีวิต ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๕			นางเกษร บุญ มา	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๘	นายสุรเดช ผมเพชร	๑-๔๐๗๕- ๐๐๐๐๐-๗๕๑-๒	๑๙	๒๓๒- ๖	๒	๗	.มีความพิการทางสติปัญญา และการเคลื่อนไหว	แพมเพิส		นางมะลิ คำ หอม	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๙	ดช.ปิยบุตร ผมเพชร	๑-๔๐๗๕- ๐๐๐๔๔-๓๒-๖	๗	๒๓๒- ๖	๒	๘	แขนขาสองข้าง กำลัง กลัมน้ำเนื้อ ๔/๔, ๔/๔	แพมเพิส		นางสุกัญญา เพชรอยู่	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๑๐	ด.ช.ชีวามนต์ แก้ว มณี	๑-๔๐๗๕- ๐๐๐๔๙-๔๑-๗	๓	๒๓๒- ๖	๒	๘	แขนขาสองข้าง กำลัง กลัมน้ำเนื้อ ๔/๔, ๔/๔	แพมเพิส		นางสุกัญญา เพชรอยู่	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๑๑	นางสงวาลย์ พันมีศรี	๕-๔๐๑๘- ๐๐๐๑๗-๑๑-๙	๘๓	๑๔-๗	๒	๑๐	แขนขาข้างขวามืออ่อนแรงเดิน ไม่สะดวก กำลังกลัมน้ำเนื้อ แขน-ขา ๑/๒, ๓/๓	แพมเพิส		นางอมรรัตน์ ผมเพชร	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๑๒	นางใจ สงครามสี	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๑๑-๖๙๒-๒	๔๙	๒๒- ๑๐	๔	๐	เสียชีวิต ๒ ธันวาคม ๒๕๖๕			นางอมรรัตน์ ผมเพชร	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๑๓	นายรวีร ประจัน	๓-๔๐๑๘-	๔๙	๒๑๑	๒	๙	CVAพูดไม่ได้ เดินไม่ได้กำลัง	แพมเพิส		นางบุญเตียง	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	

๑๒	นางใจ สงครามสี	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๖๙-๑๕-๔	๘๗	๓-๑๐	๔	๐	เสียชีวิต ๒ ธันวาคม ๒๕๖๕		นางอมรรัตน์ ผมเพชร	นายรัชพล อิงคประเสริฐ	
๑๓	นายเรวัตร ประจันตะเสน	๓-๔๐๑๘-๐๐๔๐๓-๙๙-๓	๔๙	๒๑๑-๘	๒	๙	CVA พุดไม่ได้อื่นได้ กำลังกล้ามเนื้อ.แขนขา ๑/๒, ๔/๔		นางบุญเตียง โสกรา	นายรัชพล อิงคประเสริฐ	
๑๔	นส.ประมาล พรหมมา	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๖๓-๑๓-๐	๔๕	๓๔-๗	๒	๙	พุดไม่ได้ พักการแขนข้างซ้าย กำลังกล้ามเนื้อ แขน ขา ๔/๕, ๑/๔		นางอมรรัตน์ ผมเพชร	นายรัชพล อิงคประเสริฐ	
๑๕	นายชน โนนพะยอม	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๖๙-๔๗-๒	๘๗	๙๖-๘	๒	๗	ขาทั้งสองข้างอ่อนแรงเดินไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้อ แขน-ขา ข้าง ๓/๑, ๓/๑		นางบุญเตียง โสกรา	นายรัชพล อิงคประเสริฐ	

(ลงชื่อ) **ชิน** ผู้จัดทำ

(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)
ตำแหน่ง ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวฯ

(ลงชื่อ) **ชิน** ผู้ตรวจสอบ

(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

แบบสรุปและติดตามรายงานผลการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ประจำงวดที่ ๒/๒๕๖๕ เดือน มกราคม - มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ลำดับ	ชื่อ - สกุล ผู้สูงอายุ เป้าหมายทุกคน	เลขบัตรประชาชน	อายุ (ปี)	ที่อยู่	หลัง		ภาวะเจ็บป่วย/อาการ	ความ ต้องการ ช่วยเหลือ/ กาย อุปกรณ์	ค่าใช้จ่าย จริงต่อ ราย (บาท)	CG รับผิดชอบ	ผู้จัดการรายการกรณี CM	หมายเหตุ
					กลุ่ม (๑-๔)	คะแนน ADL						
๑	น.ส.หวีวัน ประจักษ์ตะ เสน	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๑๕- ๙๙-๒	๖๕	๔๕- ๖	๑	๑๐	ขาสองข้างพิการแต่กำเนิด ใช้มือสองข้างค้ำยันแทน การเดินกำลังกล้ามเนื้อ แขน๑/๔ ขา ๓/๐	แพมเพิส- -	-	นางมะลิ คำหอม	นายรัชพล ینگประ เสริฐ	
๒	นางดี บัวเย็น	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๖๗- ๓๑๓	๙๗	๖๑- ๑๐	๒	๙	ตาสองข้างมัว / กำลัง กล้ามเนื้อแขนขา ระดับ ๔/๔, ๔/๔, ภาวะหลงลืม	แพมเพิส		นางวาสนา เพียรทอง	นายรัชพล ینگประ เสริฐ	
๓	นายณพพร เทลี	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๒๑- ๓๓๐	๔๗	๒๓๓ -๖	๑	๙	เดินได้ไม่ไกล	แพมเพิส/ เตียงนอน	-	นางมะลิ คำหอม	นายรัชพล ینگประ เสริฐ	
๔	นายลำเนียง ไชยศรี	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๑๒- ๕๓-๕	๘๕	๔๔/ ๒-๕	๒	๑๐	กำลังกล้ามเนื้อแขน ขา ระดับ ๔/๔, ๔/๔	แพมเพิส/ วอล์กเกอร์	-	นางเกษร บุญมา	นายรัชพล ینگประ เสริฐ	
๕	นายญาณ กลางนอก	๓-๔๐๑๘-๐๐๒๑๑- ๔๓-๑	๖๙	๓๒- ๕	๒	๑๐	แขนข้างขวา อ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อแขนขา ๑/ ๔, ๔/๔	แพมเพิส- -	-	นางเกษร บุญมา	นายรัชพล ینگประ เสริฐ	

ลำดับ	ชื่อ - สกุล ผู้สูงอายุ เป้าหมายทุกคน	เลขบัตร ประชาชน	อายุ (ปี)	ที่อยู่	หลังดำเนินการ		ภาวะเจ็บป่วย/อาการ	ความ ต้องการ ช่วยเหลือ/ กาย อุปกรณ์	ค่าใช้จ่าย จริงต่อ ราย (บาท)	CG รับผิดชอบ	ผู้จัดการรายการ CM	หมายเหตุ
					กลุ่ม (๑- ๔)	คะแนน ADL						
๖	นางอุษา แก้วพรม	๓-๑๐๕- ๐๓๔๘๘-๐๔-๙	๖๔	๔๔/ ๑ หมู่ ๕	๒	๙	เดินได้ ไม่ได้ กำลัง กลิ้งบนล้อแขนขา ระดับ ๔/๔,๔/๔	แพมเพิส/ วอล์คเกอร์		นางเกษร บุญ มา	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๗	นางบุญมา ไชยศรี	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๑๒-๕๓-๕	๘๘	๔๔/ ๒ -๕	๓	๐	เสียชีวิต ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๕			นางเกษร บุญ มา	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๘	นายสุรเดช ผมเพชร	๑-๔๐๗๕- ๐๐๐๐๐-๗๕-๒	๑๙	๒๓๒- ๖	๒	๗	.มีความพิการทางสติปัญญา และการเคลื่อนไหว	แพมเพิส		นางมะลิ คำ หอม	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๙	ดช.ปิยบุตร ผมเพชร	๑-๔๐๗๕- ๐๐๐๔๔-๓๒-๖	๗	๒๓๒- ๖	๒	๘	แขนขาสองข้าง กำลัง กลิ้งบนล้อ ๔/๔, ๔/๔	แพมเพิส		นางสุกัญญา เพชรอยู่	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๑๐	ด.ช.ชิวานนท์ แก้ว มณี	๑-๔๐๗๕- ๐๐๐๔๙-๔๑-๗	๓	๒๓๒- ๖	๒	๘	แขนขาทั้งสองข้าง กำลัง กลิ้งบนล้อ ๔/๔, ๔/๔	แพมเพิส		นางสุกัญญา เพชรอยู่	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๑๑	นางสิ่งวาลย์ พันมีศรี	๕-๔๐๑๘- ๐๐๐๑๗-๑๑-๙	๘๓	๑๔-๗	๒	๑๐	แขนขาข้างขวาอ่อนแรงเดิน ไม่สะดวก กำลังกลิ้งบนล้อ แขนขา ๑/๒, ๓/๓	แพมเพิส		นางอมรรัตน์ ผมเพชร	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
๑๒	นางใจ สงครามสี	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๖๑-๖๙-๒	๔๙	๒๒- ๑๐	๔	๐	เสียชีวิต ๒ ธันวาคม ๒๕๖๕			นางอมรรัตน์ ผมเพชร	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	
	นายวัชรินทร์ ประจักษ์	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๖๑-๖๙-๒	๔๙	๒๒๑	๒	๙	CVAพูดไม่ได้ เดินไม่ได้กำลัง	แพมเพิส		นางบุญเที่ยง	นายธีรพล อิงคประ เสริฐ	

	คะแนน	๐๐๔๐๓-๔๔-๓		-๘			กัญญาเนื่อ แขนงขา ๑/๒, ๔/๔		โสภา	เสริฐ	
๑๔	นส.ประมาท พรมมา	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๖๓-๑๓-๐	๔๕	๓๔- ๗	๒	๔	พูดไม่ได้ พิศารแขนซ้างซ้าง กำลังกล้านเนื่อ แขนง ขา ๔/๕, ๑/๔	แพมเพิส	นางอมรรัตน์ ผมเพชร	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	
๑๕	นายชน โนนพะยอม	๓-๔๐๑๘- ๐๐๒๖๔-๔๗-๒	๘๗	๔๖- ๘	๒	๗	ขาสองข้างอ่อนแรงเดินไม่ได้ กำลังกล้านเนื่อ แขนง-ขาสอง ซ้าง ๓/๑,๓/๑	แพมเพิส	นางบุญเดียว โสภา	นายรัชพล อิงคประ เสริฐ	

(ลงชื่อ)  ผู้จัดทำ
(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)
ตำแหน่ง ผู้จัดการระบบดูแลช่วยายาฯ

(ลงชื่อ)  ผู้ตรวจสอบ
(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม

สรุปผลการดำเนินงาน สรุปรายรับ - รายจ่าย (รายปี)

งบเพื่อการจัดบริการดูแลระยะยาวตามสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น
ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ ตั้งแต่ เดือน เมษายน ๒๕๖๔- มีนาคม ๒๕๖๕

ลำดับที่	เดือน	รายรับ(บาท)	รายจ่าย(บาท)	เงินคงเหลือ(บาท)
ไตรมาส ๓	เม.ย.-มิ.ย.๖๕	๐	๐	๘,๗๘๒.๕๑
ไตรมาส ๔	ก.ค.-ก.ย.๖๕	๔๐,๐๐๐ + ๓๕.๑๑	๓๕,๐๐๐	๖๓,๗๑๗.๖๒
	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖			
ไตรมาส ๑	ต.ค.-ธ.ค.๖๕	๐	๐	๖๓,๗๑๗.๖๒
ไตรมาส ๒	ม.ค.-มี.ค.๖๖	๖๓,๗๑๗	๔๓,๘๐๐ + ๑๐,๘๐๐ = ๕๔,๖๐๐	๘,๑๘๑.๓๙

หมายเหตุ ระยะเวลา ๑ ปี ให้นำจากวันที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ทั้งนี้ ได้แสดงหลักฐานการเบิก - จ่าย ตามเอกสารแนบมาพร้อมนี้

(ลงชื่อ) ผู้จัดทำบัญชี

(นายรัชพล อิงคประเสริฐ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๓๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

