

ที่สง ๐๔๓๓.๑/๑๕๑๒

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชันบกแก้ว
ตำบลหนองน้ำใส อำเภอดอนจาน
จังหวัดสระแก้ว ๒๗๑๖๐

៣ កក្កដា ២០២២

เรื่อง ขอเสนอแผนการดูแลรายบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้วย ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองน้ำใส อำเภอดงนาคร จังหวัดสระแก้ว มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล หนองน้ำใส โดยขอรับการสนับสนุนเพื่อเป็นค่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ แผนท้ายประกาศกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) ปี ๒๕๕๙

ทั้งนี้ ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (อปท.) นั้น ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจึงขอเสนอแผนการดูแลรายบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จำนวน ๓๓ ราย รายละเอียดตามเอกสารแนบ เพื่อพิจารณาและเห็นชอบสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เรียน ปลัด/นายกอบต. จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการต่อไป

☒ เพื่อโปรดทราบ

☐ เพื่อโปรดพิจารณา

NO. 99-80. 4/2/1981

Wiederholung des 1. Teils

... ১৭৭৭, ১৭৭৮, ১৭৭৯

ลงชื่อ).....ผู้ทำ

(..... 71.84875.....)

1

2

2

นางสาวกัญวัฒน์ ชะนะชัย

เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

A hand-drawn diagram of a trapezoid. A horizontal dashed line is drawn from the left vertical side to the right slanted side, representing the height of the trapezoid.

[Signature]

(รวมสองคอล ดัมพ์)

๙๐. ...

ผู้อำนวยการกองการศึกษา
จังหวัดลำปาง

11. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

ขอแสดงความนับถือ

2. 4280205

(นายสมชาย พสุธาชลอนันต์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชัยนกแก้ว

ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

(นางชญาชล คำเพ็ง)

ผู้อำนวยการกองคลัง รักษาการแทน
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

(นายเทียม ทององค์)

(นายเทียม ท่ององค์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มอายุอื่นๆ ขอบรับการสนับสนุนค่าใช้จ่าย LTC จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๑. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ กล่าวคือ มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มเป็นร้อยละ ๑๕ ของประชากรทั้งประเทศเมื่อสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่ผ่านมา คาดว่าประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ ๒๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔ กลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) จากการสำรวจของกรมอนามัย (๒๕๕๖) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ ๙๕ เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและพึ่งพิง และมีผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ ๑ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงแต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ ๑๓ ในกลุ่มเดียวกัน รัฐบาลจึงให้ความสำคัญในการดำเนินการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ มีเป้าหมายสำคัญที่จะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และหากผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง โดยใช้ท้องถิ่นและชุมชนเป็นฐานในการจัดการดูแล ซึ่ง สปสช. ได้สนับสนุนค่าใช้จ่ายผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองน้ำใส องค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส มีประชากรทั้งหมด ๖,๙๘๐ คน พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน ๑,๑๕๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๕๒ ของประชากร จากการตรวจประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอลโดยหน่วยบริการ รพ.สต.หนองน้ำใส และ รพ.สต.บ้านชันนกแก้ว พบผู้สูงอายุที่มีคะแนนเอ็ดแอล เท่ากับหรือน้อยกว่า ๑๑ คะแนน (ติดบ้าน ติดเตียง) จำนวน ๓๓ คน เป็นกลุ่มที่ ๑ (เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหากลืน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน) จำนวน ๙ คน กลุ่มที่ ๒ (เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหากลืน/การขับถ่าย) จำนวน ๑ คน กลุ่มที่ ๓ (เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหากลืน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง) จำนวน ๒๒ คน และกลุ่มที่ ๔ (เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต) จำนวน ๑ คน ผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านบริการสาธารณสุขและด้านสังคม โดยเฉพาะกลุ่มติดเตียง (กลุ่มที่ ๓ และ ๔) ถึงแม้จะมีคนในครอบครัวดูแล แต่ก็เป็นการละเลยผู้ดูแลไม่น้อย

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองน้ำใส องค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส ร่วมมือกับหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองน้ำใส และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชันนกแก้ว ในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มอายุอื่นๆ จึงได้จัดทำโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มอายุอื่นๆ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มอายุอื่นๆ (CG) ไปบริการดูแลด้านสาธารณสุขที่ครัวเรือน/ชุมชน

๓. วัตถุประสงค์ของโครงการ

๓.๑ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และกลุ่มอายุอื่นๆในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส ได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขตามแผนการดูแลรายบุคคล (CP) โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มอายุอื่นๆ ณ ที่ครัวเรือน

๔. เป้าหมายของโครงการ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มอายุอื่นๆ ๔ กลุ่ม จำนวน ๓๓ คน

๔.๑ กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหากลืน การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน จำนวน ๑๖ คน

๔.๒ กลุ่มที่ ๒ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหากลืน การขับถ่าย จำนวน ๘ คน

๔.๓ กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหากลืน การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน ๘ คน

๔.๔ กลุ่มที่ ๔ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต จำนวน ๑ คน

๕. วิธีดำเนินการ

๕.๑ ขั้นเตรียมการ

๑) สํารวจผู้สูงอายุและกลุ่มอายุอื่นๆในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส และประเมินการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอล และสรุปข้อมูลผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมิน เอ็ดแอล เท่ากับหรือน้อยกว่า ๑๑ โดยจำแนกเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้ที่ศูนย์ฯ และส่งเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้องค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส เพื่อดำเนินการต่อไป

๒) CM จัดทำ CP และปรึกษาปัญหารายกรณีกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (care conference) เพื่อประกอบการจัดทำข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาว

๓) ศูนย์จัดทำโครงการและข้อเสนอโครงการพร้อมสรุปแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบริการดูแลระยะยาวต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

๕.๒ ขั้นดำเนินงาน

๑) ศูนย์โดย CM จัดแบ่งผู้สูงอายุให้ CG แต่ละคนรับผิดชอบดูแล พร้อมจัดทำ CP รายสัปดาห์ และตารางการปฏิบัติงานมอบหมายให้ CG ปฏิบัติงาน ทั้งนี้ CG ๑ คนดูแลผู้สูงอายุไม่เกิน ๖ คนต่อวัน CG ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้น การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การจัดการสภาพแวดล้อม/บ้าน ตาม CP

๒) ศูนย์โดย CM (และกรรมการศูนย์ฯ) กำกับ ติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำการดำเนินงานของ CG ทุกสัปดาห์

๓) CM ประเมินและทบทวน CP ร่วมกับ CG ญาติ และอาจปรึกษาปัญหารายกรณีกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

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

๕) ศูนย์จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น (หรือประสานขอสนับสนุนจากหน่วยบริการ) จัดหาบริการหรือจ่ายค่าตอบแทน CG จ่ายค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาหรือค่าเบี้ยเลี้ยงแก่ CM และหรือบุคลากรสาธารณสุขที่มาช่วยปฏิบัติงาน

๕.๓ สรุปและรายงานผล

๑) CM กรรมการศูนย์ฯที่รับมอบหมาย และ CG สรุปผลการดำเนินงานทุก ๖ เดือน และรายงานที่ประชุมคณะกรรมการศูนย์ฯ

๒) ศูนย์จัดทำรายงานและสรุปผลการดำเนินงาน ส่งกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

๗. สถานที่ดำเนินการ

พื้นที่หมู่ ๕ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลหนองน้ำใส องค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

๘. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองน้ำใส

๙. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ตุลาคม ๒๕๖๕ – กันยายน ๒๕๖๖

๑๐. งบประมาณ ,

ขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลหนองน้ำใสศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองน้ำใส) เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มอายุอื่นๆ จำนวน ๓๓ ราย โดยเหมาจ่ายต่อปีตามสรุปแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มอายุอื่นๆที่แนบมาพร้อมโครงการนี้ โดยมีรายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณ ดังนี้

๑๐.๑ ค่าจ้างเหมาบริการ (หรือค่าตอบแทน) CG จำนวน ๑๓ คน ไปบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มอายุอื่นๆ ที่ครัวเรือน **รวมเป็นเงิน ๑๘๖,๐๐๐.๐๐ บาท** ทั้งนี้เฉลี่ยไม่เกินค่าแรงขั้นต่ำที่รัฐบาลกำหนด โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑๐.๑.๑ ดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มอายุอื่นๆ กลุ่มที่ ๑ เหมาจ่ายดูแลตาม CP ผู้สูงอายุ/กลุ่มอื่นๆ ๑ ราย/เดือน x ๑๒ เดือน x ผู้สูงอายุ ๑๖ คน X ๔,๐๐๐ บาท เป็นเงิน ๖๔,๐๐๐.๐๐ บาท

๑๐.๑.๒ ดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มอายุอื่นๆ กลุ่มที่ ๒ เหมาจ่ายดูแลตาม CP ผู้สูงอายุ/กลุ่มอื่นๆ ๑ ราย/เดือน x ๑๒ เดือน x ผู้สูงอายุ ๘ คน X ๖,๐๐๐ บาท เป็นเงิน ๔๘,๐๐๐.๐๐ บาท

๑๐.๑.๓ ดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มอายุอื่นๆ กลุ่มที่ ๓ เหมาจ่ายดูแลตาม CP ผู้สูงอายุ/กลุ่มอื่นๆ ๑ ราย/เดือน x ๑๒ เดือน x ผู้สูงอายุ ๘ คน X ๘,๐๐๐ บาท เป็นเงิน ๖๔,๐๐๐.๐๐ บาท

๑๐.๑.๔ ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๔ เหมาจ่ายดูแลตาม CP ผู้สูงอายุ ๑ ราย/เดือน x ๑๒ เดือน x ผู้สูงอายุ ๑ คน X ๑๐,๐๐๐ บาท เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท

๑๐.๒ ค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลา(หรือค่าเบี้ยเลี้ยง) แก่ CM และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน ๒ คน โดยวันราชการปกติไม่เกินวันละ ๒ ชม.และวันหยุดราชการไม่เกินวันละ ๖ ชม. อัตรา ชม. ละ ๗๕ บาท (อัตราของท้องถิ่นหรือของ กสธ) x เดือนละ ๓ ครั้ง X ปีจำนวน ๑๒ ครั้งXจำนวน ๒ ชม.x จำนวน ๒ คน **รวมเป็นเงิน ๑๒,๐๐๐.๐๐ บาท**

รวมเหมาจ่ายเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๙๘,๐๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งแสนเก้าหมื่นแปดพันบาทถ้วน)

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยจ่ายได้ และหากมีเหลือสามารถใช้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มอายุอื่นๆต่อเนื่องในปีงบประมาณถัด ๆ ไปได้

๑๑. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มอายุอื่นๆในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาระของครอบครัว

๑๑.๑ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มอายุอื่นๆ(ติดบ้าน ติดเตียง) เข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่พึ่งได้อย่างเหมาะสม ต่อเนื่อง

๑๑.๒ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มอายุอื่นๆ (Care giver) ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแล (Care plan) ได้

ลงชื่อ.....ร.พสุธาตอง.....ผู้เขียนโครงการ

(นายสมชาย พสุธาตองนันต์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ลงชื่อ.....จวิศา.....ผู้รับผิดชอบโครงการ

(นางสาวลลิตา เขี่ยมภพ)

พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อ.....นางอุไรวรรณ ทุมประดอน.....ผู้เสนอโครงการ

(นางอุไรวรรณ ทุมประดอน)

ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองน้ำใส

ลงชื่อ.....[ลายเซ็น].....ผู้อนุมัติโครงการ

(นายเทียม ทององค์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

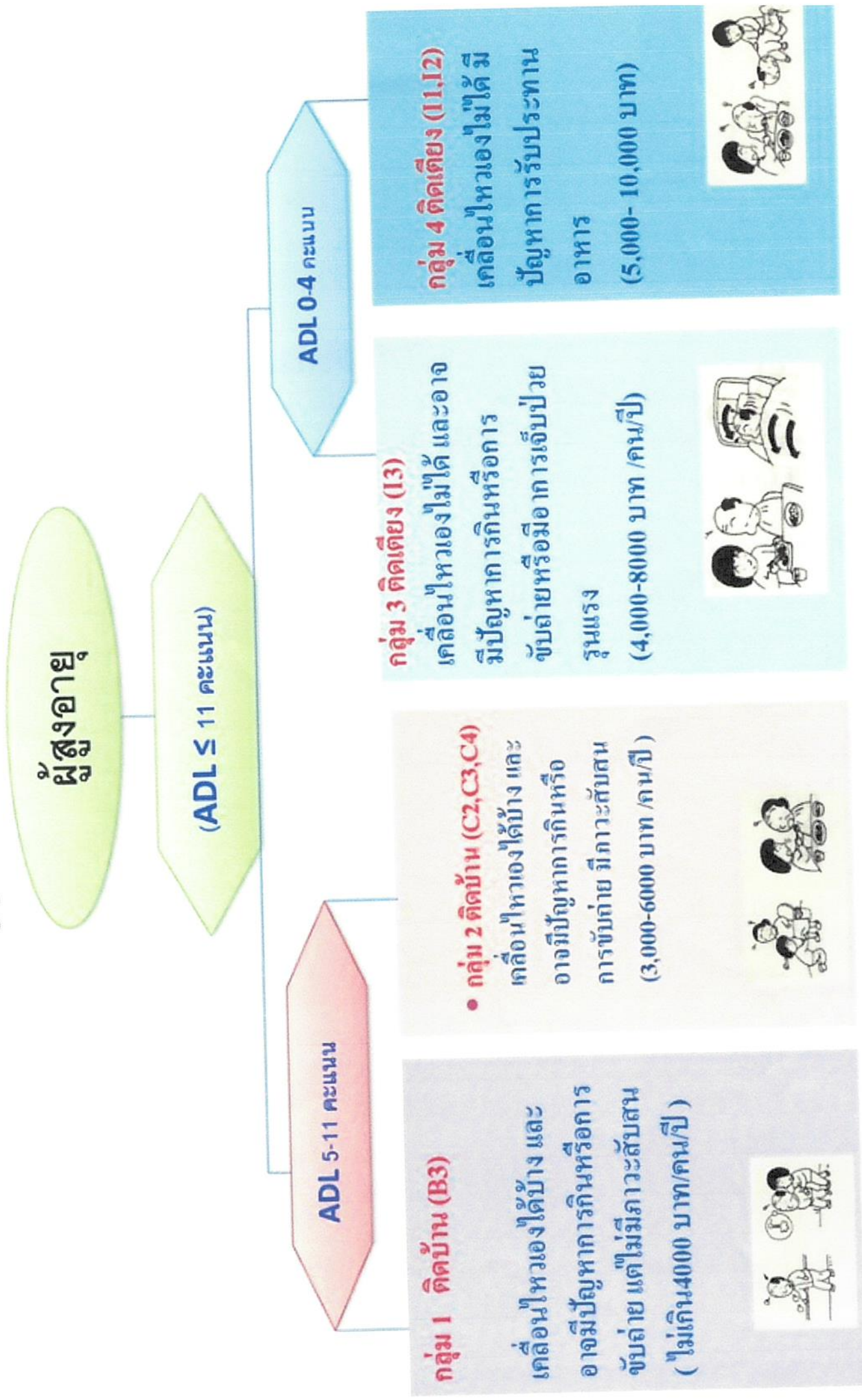
องค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการ
ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑
ลงวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๑

ชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
๑. ประเมินก่อนให้บริการ และวางแผนการดูแล รายบุคคลระยะยาวด้าน สาธารณสุข (Care Plan)	ประเมินและวางแผน โดยผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข (care manager) และหรือ บุคลากรสาธารณสุข ๑ ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผน โดยผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข (care manager) และหรือ บุคลากรสาธารณสุข ๑ ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผน โดยผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข (care manager) และหรือ บุคลากรสาธารณสุข ๑ ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผน โดยผู้จัดการการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข (care manager) และหรือ บุคลากรสาธารณสุข ๑ ครั้ง/ปี
๒. ให้บริการดูแลระยะ ยาวด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุข/ ทีมหมอครอบครัว (กิจกรรม รูปแบบการให้ บริการ และความถี่ในการ ให้บริการ ขึ้นอยู่กับสภาพ ปัญหาของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงแต่ละราย เป็นสำคัญ)	ความถี่ของการให้ บริการอย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง ๒.๑ บริการดูแลที่ บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึก สอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่ ๒.๑.๑ การดูแลด้าน การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือ ความเจ็บป่วย การให้ การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย/หกล้ม การป้องกันภาวะสมอง เสื่อม ประเมินและ ป้องกันภาวะซึมเศร้า	ความถี่ของการให้ บริการอย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง ๒.๑ บริการดูแลที่ บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึก สอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่ ๒.๑.๑ การดูแลด้าน การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือ ความเจ็บป่วย การให้ การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย/หกล้ม ประเมินและป้องกัน ภาวะซึมเศร้า บริการ สร้างเสริมสุขภาพ การ	ความถี่ของการให้ บริการอย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง ๒.๑ บริการดูแลที่ บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึก สอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่ ๒.๑.๑ การดูแลด้าน การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือ ความเจ็บป่วย การให้ การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะสมอง เสื่อม ประเมินและ ป้องกันภาวะซึมเศร้า	ความถี่ของการให้ บริการอย่างน้อย เดือนละ ๒ ครั้ง ๒.๑ บริการดูแลที่ บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึก สอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่ ๒.๑.๑ การดูแลด้าน การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือ ความเจ็บป่วย การให้ การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย ประเมินและป้องกัน ภาวะซึมเศร้า การ

การแบ่งประเภทผู้สูงอายุตามเกณฑ์ สปสช. ADL และ TAI



โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ส่วนที่ ๑ : โครงการ

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อบต.หนองน้ำใส .
อำเภอวัฒนานคร..... จังหวัดสระแก้ว.....

ด้วย ...ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองน้ำใส... อำเภอ ...วัฒนานคร..... จังหวัด.....สระแก้ว..... มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ อบต.หนองน้ำใส โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศเป็นค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี จำนวน๓๓..... คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน -๑๙๘,๐๐๐.๐๐- บาท (หนึ่งแสนเก้าหมื่นแปดพันบาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้ บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการ กิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่ายหรือ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต		จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)		
๑๖ คน	๙๖,๐๐๐	๘ คน	๔๘,๐๐๐	๘ คน	๔๘,๐๐๐	๑ คน	๖,๐๐๐	CG ๓๓ คน	๑๙๘,๐๐๐.๐๐

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี เพื่อเสนอต่อ
คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสันนิษฐานค่าใช้จ่ายเพื่อ
จัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๖๕ - กันยายน ๒๕๖๖

ลงชื่อ*อ.โรจน์ ทุมประดอน*..... ผู้จัดทำโครงการ
(นางอุไรวรรณ ทุมประดอน)

ตำแหน่ง ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานที่จัดบริการ
ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองน้ำใส

วันที่...๓...เดือน*ก.ค.*..... พ.ศ.*๒๕๖๕*.....

ส่วนที่ ๓ : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
(สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 1 / 2566 เมื่อวันที่ 7 เดือน ก.ค. พ.ศ. 2566 ได้พิจารณาโครงการของ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองน้ำใส... เขตพื้นที่ อบต.หนองน้ำใส อำเภอดอนจาน... จังหวัดสระแก้ว..... ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการดูแลระยะยาว(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

☒ **อนุมัติ** โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุตำบลหนองน้ำใส.....จำนวน๓๓..... คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน ๒๔๙,๖๐๐.๐๐- บาท (สองแสนสี่หมื่นเก้าพันหกร้อยบาทถ้วน) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใสเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน -๑๙๘,๐๐๐.๐๐- บาท (หนึ่งแสนเก้าหมื่นแปดพันบาทถ้วน) รายละเอียดตามตาราง

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้ บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการ กิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่ายหรือ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
๖ คน	๙๖,๐๐๐	๘ คน	๔๘,๐๐๐	๘ คน	๔๘,๐๐๐	๑ คน	๖,๐๐๐	CG ๓๓ คน	๑๙๘,๐๐๐.๐๐

☒ **ไม่อนุมัติ**
เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(นายเทียม ทององค์)

(...นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส...)

ประธานอนุกรรมการ

คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส อำเภอดอนจาน จังหวัด สระแก้ว

วัน 7 เดือน ก.ค. พ.ศ. 2566

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายวงศ์ ณรงค์เพชร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200235021	ที่อยู่ 86 ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0806391252	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 31 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2486 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย HT รับประทานยา. ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พูดไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความสามารถในการได้ยิน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 6 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ไอลยวิญญู พสุธาตลอนันต์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวไอลยวิญญู พสุธาตลอนันต์)
 [เจ้าพนักงานสาธารณสุข]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาววิมล ทองคำ)
 [เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน]

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเทียม ทององค์)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายาค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมร มาณะธรรม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200206218	ที่อยู่ 92 ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : Hx.โรคหัวใจ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 2 สัปดาห์ - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ไวยาริณญ์ พสุธาตลอนันต์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเทียม ทององค์)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)
 พนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซสเซอร์บริการ เหมะจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายพจน์ โสธาราม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200208172	ที่อยู่ 129 ม.5 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0890917890	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2501 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย stroke S/P Craniectomy Hx.HT รับยา พร.สระแก้ว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชี้แจงระวางในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ไวยวริญญ์ พสุธาตลอนันต์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวไวยวริญญ์ พสุธาตลอนันต์)
 เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาววิเล ทองคำ)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเทียม ทององค์)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจาย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว แดงงามรัมย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200232227	ที่อยู่ 45/1 ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการมองเห็น และช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ไอลยวิญญู พสุธาธอนันต์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวไอลยวิญญู พสุธาธอนันต์)
 [เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)
 [เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน]

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเทียม ทององค์)
 [นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองเจือ กันเดือน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200202140	ที่อยู่ 180 ม.4 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0856503250	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2502 (อายุ 64 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุประวัติเคยหกล้ม 2 ครั้ง สะโพกหัก เดินไม่ได้ , ความดันโลหิตสูง, ไตวาย และธาลัสซีเมีย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ไอวยริญญ์ พสุธาตลอนันต์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวไอวยริญญ์ พสุธาตลอนันต์)
 [เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาววิมล ทองคำ)
 [เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน]

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเทียม ทององค์)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเจิม กันดิษฐ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200229811	ที่อยู่ 10 ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2484 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเดินไม่ได้ ตาบอดทั้ง 2 ข้าง	
สถานสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ใช้อ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน - แผ่นรองขับถ่าย จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ไวยาริญณ์ พสุธาคลอนันต์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวไวยาริญณ์ พสุธาคลอนันต์)
 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)
 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเทียม ทององค์)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองอ่อน พรหมทิพย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200232316	ที่อยู่ 46 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0876066163	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2498 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ลุก นั่ง เดิน ลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ผู้ระวางในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 6 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ไวยาริญณ์ พสุธาตลอนันต์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(นางสาวไวยาริญณ์ พสุธาตลอนันต์)

(นายเทียม ทององค์)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดสรรค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายถนอม จันทะกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200205513	ที่อยู่ 80 ม.5 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0832954376	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 17 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2501 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยพิการทางการเคลื่อนไหว มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง,ไตวาย,พากันสัน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
- ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน - ... รองรับการขับถ่าย จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - หันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ไวยาริณีย์ พสุธาตลอนันต์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวไวยาริณีย์ พสุธาตลอนันต์)
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเทียม ทององค์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ช.อริญ สมัยกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1279800157774	ที่อยู่ 57 ม.7 ต.หนองน้ำใส หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 21 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 (อายุ 21 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการด้านสติปัญญาช่วยเหลือตนเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ไอวยริญณ์ พสุธาตลอนันต์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวไอวยริญณ์ พสุธาตลอนันต์)
 [.....]
 เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาววิมล ทองคำ)
 [.....]
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเทียม ทององค์)
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางปิ่น ออมสิน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200232952	ที่อยู่ 56 ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2475 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่มีโรคประจำตัว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การให้บริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การผลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 6 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 6 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 6 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ หานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 6 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ไอลยาริณณ์ พสุธาตลอนันต์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางสาวไอลยาริณณ์ พสุธาตลอนันต์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อพท.

(นายเทียม ทององค์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

นางสาววิมล ทองคำ เจ้าหน้าที่การเงิน

สำนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเดน นามมลตรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200236419	ที่อยู่ 106 ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0926743291	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 06 เดือน กันยายน พ.ศ. 2467 (อายุ 99 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี...ความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 6 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ไวยวริญญ์ พสุธาตลอดันต์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 (นางสาวไวยวริญญ์ พสุธาตลอดันต์)
 [เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน]

ลงชื่อ.....
 (นางสาววิมล ทองคำ)
 [เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน]

ลงชื่อ.....
 (นายเทย์ม ทององค์)
 [นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายชด เกษมเจริญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200171228	ที่อยู่ 37 ม.3 ต.หนองน้ำใส อ.พัฒนานคร จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0892821628	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน U/D : HT , Stroke มีดามัว2ข้าง พิกัดที่ขาข้างซ้าย (Above knee amputation) ขยับเหลือตัวเองได้บางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 2 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 3 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 สัปดาห์ - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เขี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นางสาวลลิตา เขี่ยมภพ)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาววิมล ทองคำ)
สำนักงานการงานและบัญชีบ้าน

ลงชื่อ.....อปท.
(นายเทิ้ม ทององค์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซตค่าบริการ เหมาราย/ราย/ปี)

ชื่อ นายวินัย พลสวัสดิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200176521	ที่อยู่ 62 ม.4 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0823024854	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 06 เดือน เมษายน พ.ศ. 2509 (อายุ 57 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยพิการไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ประวัติเป็นความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การจัดหาสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 6 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ไอวยรวิญญ์ พสุธาตลอนันต์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวไอวยรวิญญ์ พสุธาตลอนันต์)
 [เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน]

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเทียม ทององค์)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาววิมล ทองคำ)
 [เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหมาราย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ทองย้อย เมาะเซาะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200233614	ที่อยู่ 65 ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0617499361	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นผู้พิการทางด้านการมองเห็น ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ก. ระเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/หลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ หานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 6 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ไวยาริณญ์ พสุธาตลอนันต์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวไวยาริณญ์ พสุธาตลอนันต์)
 [.....]
 เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาววิมล ทองคำ)
 [.....]
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเทียม ทององค์)
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหมาราย/รายปี)

ชื่อ นายพนมไพร สังข์กรณ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200235366	ที่อยู่ 231 ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0962931264	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2512 (อายุ 54 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง , ความดันโลหิตสูง	
สถานสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ไอวยริญญ์ พสุธาตลอนันต์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวไอวยริญญ์ พสุธาตลอนันต์)
 [.....]
 เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)
 [.....]

สำนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเทียม ทององค์)
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหมาราย/ราย/ปี)

ชื่อ นางอุ๋ กุ่มถาวร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200179245	ที่อยู่ 98 ม.4 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0642057614	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 12 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2479 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุประวัติเป็น HT Stroke รับยา รพ.วัฒนานคร	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ก. ระเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ - ใช้อ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การหลัดตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 6 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ไอยาริณญ์ พสุธาตลอนันต์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวไอยาริณญ์ พสุธาตลอนันต์)
 [เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาววิมล ทองคำ)
 [เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน]

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเทียม ทององค์)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

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

ชื่อ น.ส.วราภรณ์ สมัยกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1301801201876	ที่อยู่ 45 ม.4 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0644562523	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 11 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2541 (อายุ 25 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการด้านสติปัญญา ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ไวยาริณณ์ พสุธาคลอนันต์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวไวยาริณณ์ พสุธาคลอนันต์)
เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเทียม ทององค์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

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

ชื่อ นายนรินทร์ นามพระธรรม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1251200013081	ที่อยู่ 18 ม.6 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0659625602	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2527 (อายุ 39 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียงเนื่องจากอุบัติเหตุ U/D : HT , cord complete injury รับประทาน อาหารได้ดี พูดุ่ยสื่อสารรู้เรื่อง , on foley catheter	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน - แผ่นรองขับถ่าย จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เยี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวลลิตา เยี่ยมภพ)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)

ผู้อำนวยการงานและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเทียม ทององค์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

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

ชื่อ ค.ญ.ปลายฟ้า ประสาร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1279900471152	ที่อยู่ 70 ม.6 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0832209042	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 04 เดือน มกราคม พ.ศ. 2556 (อายุ 10 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางสมอง , U/D : Epilepsy ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ญาติเป็นผู้ดูแล กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ความต้องการ/ควรได้รับ		
- แผ่นรองขับถ่าย จำนวน 3 ชิ้น/วัน - แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน NaN ชิ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เขี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวลลิตา เขี่ยมภพ)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)
สำนักงานการเงินและบัญชีสำนักงาน

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเอกม ทององค์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีความพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบันเทิง วินิจกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1251200016021	ที่อยู่ 46 ม.8 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0800576092	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 28 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2527 (อายุ 39 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรค Epilepsy , Nonpyogenic thrombosis of intracranial venous system / On NG tube for feed ,On Comdom Catheter /พิจารณาการดูแลปัญหา,พิจารณาการเคลื่อนไหวน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ ๓ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน - แผ่นรองขับถ่าย จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
มาตรการระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง เติ้นหายใจ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - พ้นผลภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เขี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวลลิตา เขี่ยมภพ)

[.....]

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)

[.....]

สำนักงานการเงินและบัญชีชำนาญการ

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเทียม ทององค์)

[.....]

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางอยู่ ถาวรวัฒน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200169991	ที่อยู่ 20 ม.3 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0806451746	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2470 (อายุ 96 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน ปฏิเสธโรคประจำตัว ผู้สูงอายุตามองไม่เห็นทั้ง2ข้าง หูไม่ค่อยได้ยิน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/หลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เยี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวลลิตา เยี่ยมภพ)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)

(ผู้อำนวยการงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน)

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเทียม ทององค์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสุวรรณ มลโสกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200157900	ที่อยู่ 132 ม.1 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0940420237	วันที่จัดทำ 05 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง /case myeloradiculopathy with cord compress with nerve root compression แขนขาสองข้างอ่อนแรง , U/D : HT Gout	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ต้องการเตียงที่ปรับระดับได้	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อ ระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เขี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวลลิตา เขี่ยมภพ)

[.....]

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)

[.....]

พนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.....อ.ปท.

(นายเทียม ทององค์)

[.....]

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าใช้จ่ายบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาววัฒนา ทองชื่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200162636	ที่อยู่ 12 ม.8 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0900091437	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2472 (อายุ 94 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บ้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
- แผ่นรองขับถ่าย จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อพึงระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เขี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวลลิตา เขี่ยมภพ)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)

.....

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเทียม ทององค์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองยูน ไสเวช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200167611	ที่อยู่ 44 ม.8 ต.หนองน้ำใส อ.วังนาคคร จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0656840058	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 07 เดือน มกราคม พ.ศ. 2496 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน , U/D : HT ,DM , Stroke มีแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง แขนขาข้างขวา กำลังยังดี ลูกเดินเองยังไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- กินอาหาร/ลำไส้อาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 สัปดาห์ - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เขี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวลลิตา เขี่ยมภพ)

[.....]

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)

[.....]

พนักงานการบัญชีและงานธุรการ

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเทียม ทององค์)

[.....]

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเสกสิทธิ์ พรหมเวช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5251200024671	ที่อยู่ 144 ม.2 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 061-363047	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 02 เดือน มกราคม พ.ศ. 2527 (อายุ 39 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : On NG tube for feed, On Foley Catheter, On tracheostomy tube room air หายใจไม่หอบเหนื่อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี.....ต้องการ/ควรได้รับ		
- ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เขี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวลลิตา เขี่ยมภพ)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)
พนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเทียม ทององค์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบุญรอด ไสเวช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200167905	ที่อยู่ 49 ม.8 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0852608049	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง U/D : HT, DM, Rheumatic aortic stenosis พุดคุยสื่อสารรู้เรื่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การจัดหาสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน - แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อพึงระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เขี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวลลิตา เขี่ยมภพ)
 [.....]
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)
 [.....]
 หัวหน้างานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเทียม ทององค์)
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเพ็ง สารการ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5251200018744	ที่อยู่ 9 ม.2 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0895115269	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2474 (อายุ 92 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตัวเองได้บางอย่าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		- ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- กินอาหาร/หลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 2 สัปดาห์ - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 2 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เขี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวลลิตา เขี่ยมภพ)
 [.....]
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาววิมล ทองคำ)
 [.....]
 พนักงานงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเทียม ทององค์)
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายทวี วิชาเรือง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200851831	ที่อยู่ 5 ม.9 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 086-157235	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2484 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : U/D : U/D : HT DM CKD ผู้สูงอายุติดบ้าน เดินไม่ได้ สื่อสารได้ พูดคุยรู้เรื่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral)
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- ปลอดภัย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เขี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวลลิตา เขี่ยมภพ)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)
สำนักงานการเงินและบัญชีชำนาญ

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเพ็ญ ทององค์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

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

ชื่อ นางบุญมา สว่างศิริ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200428989	ที่อยู่ ม.8 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0847383685	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน มกราคม พ.ศ. 2496 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน U/D : HT,DM มีประวัติหกล้ม เมื่อต้นเดือน เม.ย.64 จึงทำให้ไม่สามารถเดินได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เขี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวลลิตา เขี่ยมภพ)
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาววิมล ทองคำ)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเทียม ทององค์)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณะสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นกุลอปรียา ทวารสุข เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1270501125805	ที่อยู่ 21 ม.8 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0926454770	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2554 (อายุ 12 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : U/D : acute transverse myelitis (โรคไขสันหลังอักเสบเฉียบพลัน) , Paraplegia (อัมพาตครึ่งล่าง) Motor power grade 0 both lower limb, Foley Catheter สวนทั้ง ทุก 4 ชั่วโมง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral)
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เขี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(นางสาวลลิตา เขี่ยมภพ)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(นายเทียม ทององค์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)
สำนักงานการ.เงินและบัญชีชำนาญงาน

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายแสง ฉลุทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200156962	ที่อยู่ 5 ม.1 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0845334460	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 19 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2501 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : U/D:HT ผู้ป่วยติดเตียง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ยกแขนซ้ายได้ พุดคุยสื่อสารรู้เรื่อง พลิกตะแคงตัวเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ต้องการเตียงปรับระดับได้ เพื่อความสะดวกสบาย	- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - เอมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน - แผ่นรองขับถ่าย จำนวน 3 ชั้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เขี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวลลิตา เขี่ยมภพ)
 [.....]
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายเทียม ทององค์)
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาววิมล ทองคำ)
 [.....]
 สำนักงานการแพทย์และบัญชีชำนาญงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณะสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมชาย แววงษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5342900012820	ที่อยู่ 42 ม.3 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0641295322	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2486 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางสายตา มองไม่เห็นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2535 ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้บ้าง เช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่ายได้เอง และมีมือและขาผิดรูปไม่สามารถเดินได้ นิ้วมืออ่อนแรง หยิบจับของไม่สะดวก เนื่องจากอุบัติเหตุรถล้ม เมื่อ ปี60	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อ ะวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เขี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวลลิตา เขี่ยมภพ)

[.....]

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาววิมล ทองคำ)

[.....]

พนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.....อปท.

(นายเทียม ทององค)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวลิ้ม พลธิบ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251200214997	ที่อยู่ 17 ม.9 ต.หนองน้ำใส อ.วัฒนานคร จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0842619121	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2481 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง U/D: HT, Stroke , Chronic ischaemic heart disease	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน - แอร์ช่วยการขับถ่าย จำนวน 3 ชิ้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ		ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 สัปดาห์ - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ลลิตา เขี่ยมภพ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(นางสาวลลิตา เขี่ยมภพ)
[.....]
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาววิมล ทองคำ)
[.....]
สำนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.....อปท.
(นายเทียม ทององค์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองน้ำใส