



คำสั่งองค์การบริหารส่วนตำบลเขาน้อย
ที่ ๑๕๖ / ๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) /กำกับ และติดตามประเมินผล
การปฏิบัติงานตามโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลเขาน้อย ได้แต่งตั้งอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ดูแลผู้สูงอายุและ
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในพื้นที่ตำบลเขาน้อย พร้อมทั้งได้ขอความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาน้อย
ที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager เพื่อการบูรณาการความร่วมมือในการจัดทำแผนการดูแล รายบุคคล
(Care Plan) /กำกับ และติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยบูรณาการ ความร่วมมือ
ในการปฏิบัติงานตามนโยบายหนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๒๕๕๒ ลงวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒
และหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๓๐๕๗ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ดังนี้

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| ๑. นายวิศาล จันทรสาล | นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาน้อย | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒. นางอติวรรณ วนาวลัย | ผู้อำนวยการ รพ.สต.เขาน้อย | คณะกรรมการ |
| ๓. นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คณะกรรมการ |
| ๔. นางสาวตรีทิพย์นิภา แร่ป้อง | ประธานสภา อบต.เขาน้อย | คณะกรรมการ |
| ๕. นางสาวจิตากร หินสูงเนิน | หัวหน้าสำนักปลัด | คณะกรรมการ |
| ๖. นางสาวจิรนนท์ กำพุกกลาง | นักวิชาการศึกษาฯ | คณะกรรมการ |
| ๗. นางสาวสุนิสา ศรีสง่า | นักพัฒนาชุมชน | คณะกรรมการและเลขานุการ |

โดยมีหน้าที่ ดังนี้

๑. ให้คำปรึกษา แนะนำ ส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวกให้แก่อาสาสมัครบริบาล
ท้องถิ่นในการปฏิบัติหน้าที่
๒. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan ให้แก่ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
๓. กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
๔. ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และรายงานผลการปฏิบัติ หน้าที่
ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นต่อผู้บริหารท้องถิ่น
๕. หน้าที่อื่นๆ ตามที่กระทรวงมหาดไทย และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และ
องค์การบริหารส่วนตำบลเขาน้อยมอบหมายที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายวิศาล จันทรสาล)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาน้อย

ฐานข้อมูลผู้มีภาวะพึ่งพิงตำบลเขาน้อย

ประจำปีงบประมาณ 2568

ลำดับที่	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อสกุล	ADL	GROUP_ID	เพศอายุ	ชื่อกองทุน	หน่วยสำรวจ	ที่อยู่	หมู่	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด
1	3140200328666	นายสาโรจน์ ขุมเงิน	1	3	ชาย : 58 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	302	3	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
2	2161000005084	น.ส.วาริ ธงสันเทียะ	0	3	หญิง : 39 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	172	2	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
3	3160400774473	นางประจวบ หล้าพระธาตุ	0	4	หญิง : 75 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	71	1	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
4	3600800592459	นางเจือ สวะเสน	11	2	หญิง : 84 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	60/2	3	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
5	1191100072842	น.ส.นภสร สุขเอี่ยม	0	4	หญิง : 36 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	68	5	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
6	5161000023168	นางสุนีย์ ธงแถว	0	4	หญิง : 47 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	92/3	4	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
7	5402300000196	นายจรัส ธีรักษา	4	3	ชาย : 78 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	16/2	04	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
8	3300200393334	นางนิต ดอกदान	0	4	หญิง : 61 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	57	2	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
9	3160400773396	นางกอง เขื่อนสันเทียะ	4	3	หญิง : 103 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	51	2	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
10	3160400191826	นางสมศรี มาจันทิก	8	1	หญิง : 76 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	30	2	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
11	3160400753531	นางโกสิน แสนทีสา	5	1	หญิง : 74 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	161	4	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
12	3600800562347	นางสนม เข้มเพชรโต	0	4	หญิง : 98 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	288	3	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
13	3160400600777	นางบัวทอง มาฟู	9	1	หญิง : 85 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	92	4	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
14	3160400772195	น.ส.จ่านงค์ สุขสวัสดิ์	4	3	หญิง : 90 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	27/1	1	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
15	3160400754405	นางแม่ป พันธ์	4	3	หญิง : 92 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	188	4	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
16	5251299000834	นางคำเป่า หงษ์ศรี	4	4	หญิง : 70 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	80	2	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
17	3160400597920	นางบุญช่วย ยอดขมญาณ	10	1	หญิง : 85 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	หมู่ที่ 05	5	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
18	3330401737014	นายสมาน แถวไธสง	1	3	ชาย : 65 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	หมู่ที่ 04	4	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
19	3601200109286	นางเพยาว์ จุลมลี	6	1	หญิง : 69 ปี	กองทุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(อง	รพ.สต.เขาน้อย	หมู่ที่ 03	3	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางประจวบ หล้าพระธาตุ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160400774473	ที่อยู่ 71 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0958743992	วันที่จัดทำ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 20ปี ปัจจุบันไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ นอนติดเตียง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี...มต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 [นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร]

ลงชื่อ.....
 [.....]

ลงชื่อ.....
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสาโรจน์ ชุมเงิน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3140200328666	ที่อยู่ 302 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0956871779	วันที่จัดทำ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 02 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2509 (อายุ 58 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ เป็นอัมพฤกษ์ช่วงล่าง ขยับไม่ได้ มือ2 ข้างไม่มีแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่องปากไม่สะอาด - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ฟันพู่สภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรทวีจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....*ประเพ็ญศรี พรทวีจิตร*.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางประเพ็ญศรี พรทวีจิตร)

ลงชื่อ..........อปท.
 (.....)

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.วาริ ธงสันเทียะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 2161000005084	ที่อยู่ 172 ม.2 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0982697254	วันที่จัดทำ 07 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2528 (อายุ 39 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีความพิการทางสมอง ไม่สามารถเดินได้ปกติ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ชื่อ- นามระวางในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 15 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 15 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร)

ลงชื่อ.....อพท.
 (.....)

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางนิศ ดอกควน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3300200393334	ที่อยู่ 57 ม. 2 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2506 (อายุ 61 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=11 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นโรคความดันโลหิตสูง 4 ปี เป็นstroke 6 เดือน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช้องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
จุดประสงค์ในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 7 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เมษายน/รายปี)

ชื่อ นางสาวศรี มาจันทิก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160400191826	ที่อยู่ 30 ม. 2 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0624363174	วันที่จัดทำ 05 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2491 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=B, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นอัมพฤกษ์ครึ่งท่อนล่าง ขา 2 ข้างอ่อนแรง ความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
รพ.ลาดกระบัง	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกอง เยื่อนสันเทียะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160400773396	ที่อยู่ 51 ม.2 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0924015223	วันที่จัดทำ 20 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2464 (อายุ 103 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัวใดๆ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,422 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral)
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
เรกินอาหาร/สําลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.จันทน์ สุขสวัสดิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160400772195	ที่อยู่ 27/1 ม. 1 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0917028011	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นโรคความดันโลหิตสูง มี stroke มา 10 ปี ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อยบนเตียง มีหลานสาวและครอบครัวดูแล	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)
มีความต้องการ/ควรได้รับ อ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับความรู้และอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....*ป.ส.อ.*.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว นงน พงษ์เพชรัตน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3600800562347	ที่อยู่ 288 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0806680209	วันที่จัดทำ 06 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 09 เดือน กันยายน พ.ศ. 2469 (อายุ 98 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีโรคความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี - ต้องการ/ควรได้รับ - พยาธิแพทย์ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำคัญอาหาร	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 7 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 20 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมาน แถวไรสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3330401737014	ที่อยู่ 49 ม.4 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0982697254	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 26 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2501 (อายุ 66 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็น stroke มา 2 ปี ไม่มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อน ตีมีสุรา ปรรายาและ หลานสาวคอยดูแล ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 30 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 30 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายจรัส ธีรักษา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5402300000196	ที่อยู่ 16/2 ม. 4 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นstroke มา 5 เดือน ไม่เคยมีประวัติรักษาความดันโลหิตสูง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีภรรยาและลูกดูแล	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral)
มีความต้องการ/ควรได้รับ <ul style="list-style-type: none"> - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน 		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
ข้อ ๔ ระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<ul style="list-style-type: none"> - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรทวีจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(นางประเพ็ญศรี พรทวีจิตร)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวสุณีย์ ธงแถว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5161000023168	ที่อยู่ 92/3 ม. 4 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0983873176	วันที่จัดทำ 11 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 19 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2520 (อายุ 47 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ประวัติอุบัติเหตุในขณะที่ทำงานในโรงงาน ทำให้มีปัญหาทางสมองและระบบประสาท มีพฤติกรรมถดถอย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เคลื่อนไหวเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 2 เดือน - ไม่มีผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดแผลกดทับ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
[นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.นภสร สุขเอี่ยม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1191100072842	ที่อยู่ 68 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 13 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 04 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2531 (อายุ 36 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=11 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หญิงหลังคลอด มีภาวะสมองขาดออกซิเจนขณะคลอด ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทุกอย่าง นอนติดเตียง ต้องใช้ออกซิเจนตลอดเวลา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่องปากไม่สะอาด - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลืนลำบาก - กลืนปัสสาวะไม่ได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ภาวะประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเพียว จุลมลิ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3601200109286	ที่อยู่ 40/2 ม.4 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0982697254	วันที่จัดทำ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2498 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เมื่อ 5 ปีก่อนถูกไฟช็อตทำให้ร่างกายอ่อน ล้างตั้งแต่ช่วงเอวลงมาอ่อนแรง กำลังน้อย แขน 2 ข้างใช้ได้ปกติ มีสามีและลูกสาวดูแล	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	- ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีศาจหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ขอระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์	ระยะสั้น - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
[นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบัวทอง มาฟู เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160400600777	ที่อยู่ 92 ม.4 ต.เขาน้อย อ.สำนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0983873176	วันที่จัดทำ 02 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 26 เดือน กันยายน พ.ศ. 2482 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีโรคไขมันในเลือดสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
รพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรทวีจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางประเพ็ญศรี พรทวีจิตร)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางโกลิน แสนทิสา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160400753531	ที่อยู่ 161 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0891650282	วันที่จัดทำ 06 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2493 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีโรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ซีกซ้าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,437 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		<ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอายุเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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