



คำสั่งองค์การบริหารส่วนตำบลเขาน้อย

ที่ ๑๖๒ / ๒๕๖๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) /กำกับ และติดตามประเมินผล การปฏิบัติงานตามโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลเขาน้อย ได้แต่งตั้งอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ดูแลผู้สูงอายุและ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในพื้นที่ตำบลเขาน้อย พร้อมทั้งได้ขอความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาน้อย ที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager เพื่อการบูรณาการความร่วมมือในการจัดทำแผนการดูแล รายบุคคล (Care Plan) /กำกับ และติดตามประเมินผลการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น โดยบูรณาการ ความร่วมมือ ในการปฏิบัติงานตามนัยหนังสือกระทรวงมหาดไทย 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 พรหมจิตร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | คณะกรรมการ |
| ๔. นางสาวตรีทิพนิภา แร่ป้อง | ประธานสภา อบต.เขาน้อย | คณะกรรมการ |
| ๕. นางสาวฐิตากร หินสูงเนิน | หัวหน้าสำนักปลัด | คณะกรรมการ |
| ๖. นางสาวจิรนนท์ กำพุดกลาง | นักวิชาการศึกษาฯ | คณะกรรมการ |
| ๗. นางสาวสุนิสา ศรีสง่า | นักพัฒนาชุมชน | คณะกรรมการและเลขานุการ |

โดยมีหน้าที่ ดังนี้

๑. ให้คำปรึกษา แนะนำ ส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวกให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในการปฏิบัติหน้าที่
๒. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan ให้แก่ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
๓. กำกับและควบคุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
๔. ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และรายงานผลการปฏิบัติ หน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นต่อผู้บริหารท้องถิ่น
๕. หน้าที่อื่นๆ ตามที่กระทรวงมหาดไทย และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และ องค์การบริหารส่วนตำบลเขาน้อยมอบหมายที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๘

(นายวิศาล จันทรสาล)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาน้อย

รายชื่อผู้มีภาวะพึ่งพิง ประจำปีงบประมาณ 2569
องค์การบริหารส่วนตำบลเขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี

ลำดับที่	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อสกุล	ADL	GROUP_ID	เพศอายุ	ที่อยู่	หมู่	ถนน	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด
1	3160400770702	นายลำพึง พันธุ์พุก	0	0	ชาย : 81 ปี	1	1		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
2	3600800236661	นางสีนวน สง่าชาติ	0	0	หญิง : 81 ปี	77	4		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
3	3250100037618	นายสังวาลย์ นวนตา	5	5	ชาย : 77 ปี	52	2		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
4	3160300478589	น.ส.นำคำง น้อยเจริญ	0	0	หญิง : 60 ปี	257/1	4		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
5	3300800975024	นายพล เมฆขุนทด	2	2	ชาย : 87 ปี	4	2		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
6	3300900255180	นางรัญจวน เกณฑ์สันเท	7	7	หญิง : 82 ปี	300	3		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
7	3190200368498	นายหริ่น ตาอ้าย	6	6	ชาย : 71 ปี	9/3	4		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
8	3160400752275	นางจรรยา ยอดสุรินทร์	6	6	หญิง : 92 ปี	133	5		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
9	3190100156146	นางหนู แพงศรี	2	2	หญิง : 76 ปี	229	4		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
10	3160400754065	นายสุรินทร์ แสนทิสา	7	7	ชาย : 78 ปี	175	4		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
11	3490500575828	นางแสง รวงเชื้อ	0	0	หญิง : 81 ปี	13	2		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
12	3140200328666	นายสาโรจน์ ขุมเงิน	1	1	ชาย : 59 ปี	302	3		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
13	2161000005084	น.ส.วารี ธงสันเทียะ	0	0	หญิง : 40 ปี	172	2		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
14	3160400774473	นางประจวบ หล้าพระธ	0	0	หญิง : 77 ปี	71	1		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
15	3600800592459	นางเจือ สวะแสน	11	11	หญิง : 86 ปี	60/2	3	-	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
16	5402300000196	นายจรัส ธีร์รักษา	4	4	ชาย : 80 ปี	16/2	04	-	เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
17	3160400773396	นางกอง เยื่อนสันเทียะ	4	4	หญิง : 105 ปี	51	2		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
18	3160400191826	นางสมศรี มาจันทัก	8	8	หญิง : 77 ปี	30	2		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
19	3160400753531	นางโกสิน แสนทิสา	5	5	หญิง : 76 ปี	161	4		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
20	3600800562347	นางสนม เข้มเพชรโต	0	0	หญิง : 99 ปี	288	3		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
21	3160400600777	นางบัวทอง มาฟู	9	9	หญิง : 86 ปี	92	4		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
22	5251299000834	นางคำเป้า หงษ์ศรี	4	4	หญิง : 72 ปี	80	2		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
23	3160400597920	นางบุญช่วย ยอดขมญา	10	10	หญิง : 87 ปี	หมู่ที่ 05	๕		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
24	3330401737014	นายสมาน แถวไธสง	1	1	ชาย : 67 ปี	หมู่ที่ 04	๔		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี
25	3601200109286	นางเพยแก้ว จุลมลิ	6	6	หญิง : 71 ปี	หมู่ที่ 03	๓		เขาน้อย	ลำสนธิ	ลพบุรี

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางประจวบ หล้าพระธาตุ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160400774473	ที่อยู่ 71 ม.1 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0958743992	วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=0, TAI=11 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 20 ปี ปัจจุบันไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ นอนติดเตียง โรคประจำตัว : - เบาหวานที่ไม่ระบุรายละเอียด - ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ)	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,985 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลด้านจิตใจ - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		<ul style="list-style-type: none"> - การจัดหาผ้าอ้อมและสิ่งแวดล้อม - การปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ไม่มีผลกดทับ 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.....
 [.....]

ลงชื่อ.....
 [.....]

ลงชื่อ.....
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสังวาลย์ นวนตา ✓ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3250100037618	ที่อยู่ 52 ม.2 ต.เจ้าน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0879746853	วันที่จัดทำ 18 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=5, TAI=C2 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 2 ✓ ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ แขน ขา ซีกซ้ายอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แขน ขาข้างขวาใช้งาน ได้ แต่ไม่เต็มที่ โรคประจำตัว : - ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปรimum) - ไตวายเฉียบพลัน - เนื่องอกร้ายของต่อมลูกหมาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล

<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2</p> <p>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,985 บาท ✓</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย - ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการลุกขึ้นจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - ต้องการความช่วยเหลือในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด - มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน - เสี่ยงต่อการสำลักอาหาร - เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - โภชนาการ - แต่งตัว - เปลี่ยนผ้าอ้อม - อาบน้ำ - สระผม - ล้างหน้า แปรงฟัน - ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันการหกล้ม - ฝึกการกลืนปัสสาวะ - ประเมินอาการเบื้องต้น เพื่อรายงาน/ส่งต่อปัญหา กับ CM - ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามสภาพปัญหาและความต้องการผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร - ดูแลให้รับประทานยาตามเวลา - ช่วยเหลือการสวมใส่เสื้อผ้า - การเคลื่อนย้าย - การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise) <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การประเมิน/ คัดกรองภาวะสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q หรือ 2QPlus - ประเมิน Barthe ADL Index - ตรวจวัดสัญญาณชีพ : ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร การหายใจ • การเจาะเลือด ฉีดยา ให้สารน้ำ <ul style="list-style-type: none"> - ฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนัง • ทำความสะอาดแผล <ul style="list-style-type: none"> - ป้องกันการเกิดแผลกดทับ • การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย <ul style="list-style-type: none"> - ให้คำแนะนำการออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมทางกาย ที่เหมาะสมตามบริบทรายโรค <p>การดูแลด้านจิตใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดการขยะติดเชื้อ - การให้ความรู้เรื่องสิทธิในการรับบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล - ดูแลและส่งเสริมการจัดบ้าน ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>		
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน ✓ 		
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ภายใน 3 เดือน - ประเมินการทรงตัว และได้รับการฝึกออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภายใน 3 เดือน - ผู้ป่วยรับประทานยา หรือได้รับยาตรงขนาดและตามเวลา ภายใน 1 เดือน - ผู้ป่วยได้รับการออกกำลังกายโดยผู้อื่นช่วยเคลื่อนไหว หรือการขยับข้อต่อ (Passive exercise) ภายใน 3 เดือน - ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - มีแผนผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลสำรองชัดเจนอย่างน้อย 1 คน ภายใน 3 เดือน - รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 1 เดือน - สวมใส่เสื้อผ้าเองได้ปกติเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีเหตุการณ์สำลักในช่วง 3 เดือน ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะได้ปกติ - ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม/ชุมชน ได้ - ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น - ลดความเสี่ยงจากการสำลัก ไม่มีภาวะแทรกซ้อน - ลดเหตุการณ์เสี่ยง/ไม่เกิดอุบัติเหตุ - สวมใส่เสื้อผ้าเองได้ปกติ - สามารถรับประทานอาหารด้วยตนเองได้ปกติไม่เกิดการสำลัก - อยากรับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม - อยากรับความช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากภาวะการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงหรือบกพร่อง เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ 	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

ลงชื่อ.....ประจักษ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางประจักษ์ พรหมวิจิตร)

ลงชื่อ..........อปท.
 (.....)

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

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

<p>ชื่อ นางแล่ รางเชื้อ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3490500575828</p>	<p>ที่อยู่ 13 ม.2 ต.เจาโน่ย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0839105168</p>	<p>วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569</p>
<p>เกิดวันที่ 09 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2488 (อายุ 81 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=0, TAI=11 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนบนเตียง มีอาการหลงลืม โรคประจำตัว : - ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ) - ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของไลโปโปรตีนและภาวะไขมันในเลือดอื่น</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบบริการเหมาะสมจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,985 บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ญาติและผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย - ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทาน อาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ - มีปัญหาในการกลั้นอุจจาระ - สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (Immobility) - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาบน้ำ - ล้างหน้า แปรงฟัน - สระผม - เปลี่ยนผ้าอ้อม - ป้อนอาหาร - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแฉดล้อมทั่วไป - ทำความสะอาดที่นอน/ บริเวณที่อยู่อาศัย - ทาโลชั่น /นํ้ามันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่น ๆ - ตัดเล็บ - ดูแลให้รับประทานยาตามเวลา - จัดทำนอน ทำนั่ง พลิ๊กตะแคงตัวป้องกันแผลกดทับ - การวัดสัญญาณชีพ - การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อจัดระเบียบ พื้นฟูสภาพและป้องกันอุบัติเหตุ
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>		
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</p>		
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - ซ้อมติด/ซ้อมเท้าตก 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีเหตุการณ์สำคัญในช่วง 3 เดือน ภายใน 3 เดือน - ผู้ป่วยรับประทานยา หรือได้รับยาตรงขนาดและตามเวลา ภายใน 1 เดือน - ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการจัดทำนั่งรับประทานอาหาร การป้อนอาหาร ลักษณะอาหารที่เหมาะสม ภายใน 1 เดือน - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ภายใน 1 เดือน - ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ สิทธิสวัสดิการ ประเด็นข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากภาวะการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงหรือบกพร่อง เช่น แผลกดทับ ซ้อมติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ - ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ และขาดสารอาหาร - อยากรได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม - อยากรให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - ลดความเสี่ยงจากการสำลัก ไม่มีภาวะแทรกซ้อน - ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง/ถูกทำร้ายร่างกาย - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วยและยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค 	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การประเมิน/ คัดกรองภาวะสุขภาพ - ตรวจวัดสัญญาณชีพ : ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร การหายใจ • ทำความสะอาดแผล - ป้องกันการเกิดแผลกดทับ • การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย - ให้ความรู้เรื่องโรคหรือความเจ็บป่วย และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล • การดูแลด้านโภชนาการ - ส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม ดูแลการรับประทานอาหาร น้ำสะอาด <p>การดูแลด้านจิตใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล - ให้ความรู้ เสริมทักษะการประเมินการและการดูแลภาวะสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบแก่ผู้ดูแลและครอบครัว <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแฉดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ - ยกรวากันเตียงเพื่อป้องกันการตกเตียงหรือพลัดตกหกล้ม
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.วาริ งามสันเทียะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 2161000005084	ที่อยู่ 172 ม.2 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0982697254	วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 17 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2528 (อายุ 41 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=0, TAI=13 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีความพิการทางสมอง ไม่สามารถเดินได้ปกติ โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,985 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลด้านจิตใจ - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 15 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 15 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางคำเป่า หงษ์ศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5251299000834	ที่อยู่ 80 ม.2 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0808170937	วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2497 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=4, TAI=11 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยหญิงอายุ 69 ปี มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว แขนซ้ายอ่อนแรง ข้อติด ขา ซ้ายอ่อนแรง กลั้นปัสสาวะไม่ได้ โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,985 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บ ป่วย - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		การดูแลด้านจิตใจ - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวสมศรี มาจันทิก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160400191826	ที่อยู่ 30 ม. 2 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0624363174	วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2491 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=8, TAI=B3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นอัมพฤกษ์ครึ่งท่อนล่าง ขา 2 ข้างอ่อนแรง ความดันโลหิตสูง โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,985 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	
มีความต้องการ/ควรได้รับ - พยาบาลผู้ใหญ่มาก จำนวน 3 ชั้น/วัน	การดูแลด้านจิตใจ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	การดูแลด้านจิตใจ - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว	
- การพลัดตกหกล้ม	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	
ผู้จัดทำ Care plan นางประทีปศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางประทีปศรี พรหมวิจิตร)

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

<p>ชื่อ นายหนู่น ด้านกลางดอน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160400772322</p>	<p>ที่อยู่ 306 ม.3 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0836429791</p>	<p>วันที่จัดทำ 06 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569</p>
<p>เกิดวันที่ 02 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2480 (อายุ 89 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=0, TAI=13 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีโรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ซีกซ้าย โรคประจำตัว : - ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ) - ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของไลโปโปรตีนและภาวะไขมันในเลือดอื่น</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,985 บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องการความช่วยเหลือในการลุกขึ้นจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ - ต้องการความช่วยเหลือในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน - มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ - เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อจัดระเบียบ พื้นฟูสภาพและป้องกันอุบัติเหตุ - การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise) - การวัดสัญญาณชีพ - การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ - ช่วยเหลือการสวมใส่เสื้อผ้า - ดูแลให้รับประทานยาตามเวลา - ดูแลสภาพแวดล้อมโดยรอบ เช่น พื้นแห้ง พื้นเรียบ พื้นต่างระดับ - ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามสภาพปัญหาและความต้องการผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป - แนะนำการป้องกัน และเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม - เปลี่ยนผ้าอ้อม
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>		
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</p>		
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการออกกำลังกายโดยผู้อื่นช่วยเคลื่อนไหว หรือการขยับข้อต่อ (Passive exercise) ภายใน 1 เดือน - รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีเหตุการณ์สำลักในช่วง 3 เดือน ภายใน 1 เดือน - สวมใส่เสื้อผ้าเองได้ปกติเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 1 เดือน - อาบน้ำเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 1 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น - ลดเหตุการณ์เสี่ยง/ไม่เกิดอุบัติเหตุ - ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ด้วยตนเองได้ปกติ - ลุกขึ้นจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ด้วยตนเองได้ปกติ - สามารถรับประทานอาหารได้ ไม่ขาดสารอาหาร - อยากรได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม 	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การดูแลด้านโภชนาการ <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินความสามารถในการบดเคี้ยว การกลืนและภาวะโภชนาการ - ส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม ดูแลการรับประทานอาหาร น้ำสะอาด • การฟื้นฟูสภาพ <ul style="list-style-type: none"> - กายภาพบำบัด - จัดการดูแลด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) ที่เหมาะสมตามบริบทรายโรค <p>การดูแลด้านจิตใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดลอม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ - ตรวจสอบสภาพที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยและเหมาะสมกับระยะภาวะสมองเสื่อม และหลีกเลี่ยงสถานที่ที่เป็นอันตราย หรือพลัดหลง
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

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

ลงชื่อ.....อพท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวสินวน สง่าชาติ ✓ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3600800236661	ที่อยู่ 77 ม.4 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อกัน)	วันที่จัดทำ 17 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=0, TAI=11 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีโรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ซีกซ้าย ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โรคประจำตัว : - ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ)	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,985 บาท ✓	- ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ - มีปัญหาในการกลืนอุจจาระ - สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (Immobility)	การดูแลพยาบาลทั่วไป - เช็ดตัว - ล้างหน้า แปรงฟัน - สระผม - เปลี่ยนผ้าอ้อม - ประเมินอาการเบื้องต้น เพื่อรายงาน/ส่งต่อปัญหา กับ CM - ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามสภาพปัญหาและความต้องการผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร - ดูแลให้รับประทานยาตามเวลา - ช่วยเหลือการสวมใส่เสื้อผ้า - จัดทำนอน ทำนั้ง พลิกตะแคงตัวป้องกันแผลกดทับ - การออกกำลังกายโดยผู้ดูแล (Passive exercise) - การดูแลความสะอาดช่องปาก - การจัดทำนอนป้องกันปลายเท้าตก
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน ✓	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การตกเตียง - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับปกติ สามารถนอนพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ภายใน 7 วัน - ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับปกติ สามารถนอนพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ภายใน 7 วัน - ผู้ป่วยรับประทานยา หรือได้รับยาตรงขนาดและตามเวลา ภายใน 7 วัน - ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ และอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ภายใน 1 เดือน - ผู้ป่วยได้รับการออกกำลังกายโดยผู้อื่นช่วยเคลื่อนไหว หรือการขยับข้อต่อ (Passive exercise) ภายใน 1 เดือน - ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - มีแผนผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลสำรองชัดเจนอย่างน้อย 1 คน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีเหตุการณ์สำคัญในช่วง 3 เดือน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากภาวะการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงหรือบกพร่อง เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลัดเปลี่ยน - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง	การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การประเมิน/คัดกรองภาวะสุขภาพ - ตรวจวัดสัญญาณชีพ : ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร การหายใจ • ทำความสะอาดแผล - ป้องกันการเกิดแผลกดทับ • การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย - ให้ความรู้เรื่องโรคหรือความเจ็บป่วย และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล การดูแลด้านจิตใจ - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม - ฝึกระวังความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงจากอุบัติเหตุ หรืออันตรายจากการลื่นตกหกล้ม การตกเตียง - ดูแลและส่งเสริมการจัดบ้าน ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.น้ำค้าง น้อยเจริญ / เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160300478589	ที่อยู่ 257/1 ม.4 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 18 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 27 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2508 (อายุ 61 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=0, TAI=11 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : - โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,985 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย มีโอกาสเกิดความเครียด/ความรู้สึกกดดันที่เป็นภาวะ - ผู้ป่วยไม่มีรายได้ - ญาติและผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย - ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ - มีปัญหาในการกลั้นอุจจาระ - สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม/ปลอดภัย - สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (Immobility) 	การดูแลพยาบาลทั่วไป - เช็ดตัว - ล้างหน้า แปรงฟัน - สระผม - ประเมินความก้าวหน้าแผลกดทับ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ - การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise) - การวัดสัญญาณชีพ - จัดท่านอน ทำนั้ง พลิกตะแคงตัวป้องกันแผลกดทับ - ช่วยเหลือการสวมใส่เสื้อผ้า - ดูแลเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป - ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามสภาพปัญหาและความต้องการผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร - ดูแลให้รับประทานยาตามเวลา การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การประเมิน/ คัดกรองภาวะสุขภาพ - ตรวจวัดสัญญาณชีพ : ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร การหายใจ - ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q หรือ 2QPlus - ประเมินภาวะสุขภาพ/โรคร่วม - ประเมินภาวะโภชนาการ • ทำความสะอาดแผล - ป้องกันการเกิดแผลกดทับ • การดูแลด้านโภชนาการ - ส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม ดูแลการรับประทานอาหาร น้ำสะอาด การดูแลด้านจิตใจ - การบริการด้านอุปกรณ์ - แนะนำการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล - การพึงธรรม/ทำกิจกรรมทางศาสนา การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม - การจัดการขยะติดเชื้อ - การดูแลด้านสิทธิ กฎหมาย เพื่อป้องกันการดูแลไม่เหมาะสมของครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน - การให้ความรู้เรื่องสิทธิในการรับบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล - ยกรวากันเตียงเพื่อป้องกันการตกเตียงหรือพลัดตกหกล้ม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การตกเตียง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ 	ระยะสั้น - ประเมินการทรงตัว และได้รับการฝึกออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภายใน 1 เดือน - ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการจัดทำนั้งรับประทานอาหาร การป้อนอาหาร ลักษณะอาหารที่เหมาะสม ภายใน 7 วัน - ผู้ป่วยรับประทานยา หรือได้รับยาตรงขนาดและตามเวลา ภายใน 7 วัน - ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ และอาหารที่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย ภายใน 7 วัน - ผู้ป่วยได้รับการออกกำลังกายโดยผู้ช่วย เคลื่อนไหว หรือการขยับข้อต่อ (Passive exercise) ภายใน 1 เดือน - ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์ เครื่องช่วยที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน ระยะเวลา - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากภาวะการเคลื่อนไหว ร่างกายลดลงหรือบกพร่อง เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม - ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามชุดสิทธิประโยชน์/ สิทธิทางสังคม (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ)	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ ป.ส.อ. ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายพล เมยขุนทด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3300800975024	ที่อยู่ 4 ม.2 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0623429653	วันที่จัดทำ 05 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 17 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2482 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=2, TAI=13 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีโรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ซีกซ้าย เคลื่อนไหวเองไม่ได้ กินข้าวเอง ได้ โรคประจำตัว : - ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ)	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,985 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลเสี่ยงต่อการเกิด ความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาวะ - ต้องการความช่วยเหลือในการล้างหน้า แปรง ฟัน หวีผม โกนหนวด - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ - มีปัญหาในการกลืนอุจจาระ - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายใน ห้องหรือบ้าน - สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (Immobility) 	การดูแลพยาบาลทั่วไป - แนะนำการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล - อาบน้ำ - สระผม - ล้างหน้า แปรงฟัน - เปลี่ยนผ้าอ้อม - ประเมินภาวะโภชนาการและยา - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป - จัดทำอน ท่าง พลิคตะแคงตัวป้องกันแผล กดทับ - การวัดสัญญาณชีพ - ช่วยเหลือการสวมใส่เสื้อผ้า - ดูแลให้รับประทานยาตามเวลา
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สาลักอาหาร 	ระยะสั้น - ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ สิทธิ สวัสดิการ ประเด็นข้อกฎหมายเกี่ยวกับผู้ป่วย ภายใน 1 เดือน - ลูกนั่ง เดิน เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้บ้าง และต้องมีผู้ ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน - ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดเองได้บ้าง และ ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน - สวมใส่เสื้อผ้าเองได้ปกติเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วย เหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย และยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามชุดสิทธิประโยชน์/ สิทธิทางสังคม (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ) - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากภาวะการเคลื่อนไหว ร่างกายลดลงหรือบกพร่อง เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ ป.ส.อ. ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางประเพ็ญศรี พรมวิจิตร)

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

เจ้าหน้าที่การเงิน

จ. ช.

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสาโรจน์ ชุมเงิน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3140200328666	ที่อยู่ 302 ม.3 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0956871779	วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 02 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2509 (อายุ 60 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=1, TAI=13 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ เป็นอัมพฤกษ์ช่วงล่าง ขยับไม่ได้ มีมือ 2 ข้างไม่มีแรง โรคประจำตัว :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,985 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่องปากไม่สะอาด - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> • การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลด้านจิตใจ <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 [นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางรัฐจวน เกณฑ์สันเทียะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3300900255180	ที่อยู่ 300 ม.3 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 096028138	วันที่จัดทำ 06 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=7, TAI=C2 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีภาวะหลงลืมบางเวลา ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย เคลื่อนไหวด้วยการ นั่งถัดภายในบ้าน โรคประจำตัว : - ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ)	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,985 บาท	- เสี่ยงต่อการพลัดหลง (สมองเสื่อม, อัลไซเมอร์) - เสี่ยงต่อการลัดตกหกหล่น - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - ต้องการความช่วยเหลือในการล้างหน้า แปรง ฟัน หวีผม โกนหนวด - ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทาน อาหาร	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อจัดระเบียบ พื้นฟู สภาพและป้องกันอุบัติเหตุ - การดูแลความสะอาดภายในห้องน้ำ พื้นลิ้น - การวัดสัญญาณชีพ - การอาบน้ำ - การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ - ช่วยดูแลความสะอาดของร่างกาย - ช่วยเหลือการสวมใส่เสื้อผ้า - ดูแลให้รับประทานยาตามเวลา - ดูแลเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป - ทำความสะอาดที่นอน/ บริเวณที่อยู่อาศัย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - ล้างหน้า แปรงฟัน - อาบน้ำ - แนะนำการป้องกัน และเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อ การหกหล่น
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ความไม่ปลอดภัยของที่อยู่อาศัย	ระยะสั้น - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่าง สม่ำเสมอ ภายใน 1 เดือน - ผู้ป่วยรับประทานยา หรือได้รับยาตรงขนาดและ ตามเวลา ภายใน 1 เดือน - ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์ เครื่องช่วยที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือ บางส่วน ภายใน 7 วัน - สวมใส่เสื้อผ้าเองได้ปกติเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วย เหลือบางส่วน ภายใน 1 วัน - อาบน้ำเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 1 วัน ระยะยาว - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย และยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วย ที่จำเป็น - ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามชุดสิทธิประโยชน์/ สิทธิทางสังคม (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ) - ลดความเสี่ยงต่อการหกหล่น/ไม่เกิดการหกหล่น - สิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยปลอดภัย - สามารถรับประทานอาหารด้วยตนเองได้ปกติไม่ เกิดการสำลัก - ญาติได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม - ไม่มีปัญหาด้านกร่อน/นอนหลับอย่างมีคุณภาพ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากภาวะการเคลื่อนไหว ร่างกายลดลงหรือบกพร่อง เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมาน แถวโธสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3330401737014	ที่อยู่ 49 ม.4 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0982697254	วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 26 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2501 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=1, TAI=13 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็น stroke มา 2 ปี ไม่มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อน ดื่มสุรา ปรรายาและ หลานสาวคอยดูแล ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,985 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลด้านจิตใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 30 วัน - ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 30 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพณีศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางประเพณีศรี พรหมวิจิตร)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเฉลี่ยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหนู แพงศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3190100156146	ที่อยู่ 229 ม.4 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0983873176	วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2493 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=2, TAI=13 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นอัมพาตครึ่งซีกซ้าย ไม่สามารถเคลื่อนไหวไปไหนได้ด้วยตนเอง ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง รูปร่างค่อนข้างผอม โรคประจำตัว : - ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ) - ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมของไลโปโปรตีนและภาวะไขมันในเลือดอื่น - โลหิตจางจากการขาดสารอาหารอื่น	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายหวัน ตาอ้าย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3190200368498	ที่อยู่ 9/3 ม. 4 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0983873176	วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2498 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=6, TAI=B3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ CVA แขน ขาอ่อนแรง ทั้ง 2 ข้าง ช่วยเหลือตัวเองได้ น้อย มีกรรยาดูแล โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,985 บาท	- ช่องปากไม่สะอาด - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บ ป่วย - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลด้านจิตใจ - การให้บริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดลอม - การจัดสภาพแวดลอมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	เป้าหมายการดูแล	
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสุรินทร์ แสนทิสา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160400754065	ที่อยู่ 175 ม.4 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0983873176	วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2491 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=7, TAI=B3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รูปร่างสมส่วน เคลื่อนไหวด้วยการถัดไปมาภายในบ้าน ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง เพียงเตรียมของไว้ให้ โรคประจำตัว : - ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ)	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,985 บาท	- ผู้ป่วย มีโอกาสเกิดความเครียด/ความรู้สึกกดดันที่เป็นภาระ - เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การดูแลความสะอาดภายในห้องน้ำ พื้นส้วน - การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อจัดระเบียบ พื้นฟูสภาพและป้องกันอุบัติเหตุ - การทำความสะอาดที่นอนบริเวณรอบเตียง - การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ - ดูแลสภาพแวดล้อมโดยรวม เช่น พื้นแห้ง พื้นเรียบ พื้นต่างระดับ - ทำความสะอาดที่นอน/ บริเวณที่อยู่อาศัย - แนะนำการป้องกัน และเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การประเมิน/ คัดกรองภาวะสุขภาพ - ตรวจวัดสัญญาณชีพ : ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร การหายใจ - ประวัติการเจ็บป่วย (กลุ่มโรคเรื้อรัง อื่นๆ) - ประเมินสภาพแวดล้อม • การดูแลด้านโภชนาการ - ส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม ดูแลการรับประทานอาหาร น้ำสะอาด • การฟื้นฟูสภาพ - กายภาพบำบัด การดูแลด้านจิตใจ - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ - เฝ้าระวังความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงจากอุบัติเหตุ หรืออันตรายจากการลื่นตกหกล้ม การตกเตียง
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - ผู้ป่วยยอมรับข้อจำกัดการเคลื่อนไหว และได้รับการฝึกกายอุปกรณ์ที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - ประเมินการทรงตัว และได้รับการฝึกออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภายใน 3 เดือน - ปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ภายใน 3 เดือน - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ภายใน 3 เดือน - ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ สิทธิสวัสดิการ ประเด็นข้อกฎหมายที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติและผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด หรือความรู้สึกกดดันเป็นภาระ - ทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะได้เองปกติ - ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น - ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามชุดสิทธิประโยชน์/ สิทธิทางสังคม (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ) - ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม/ไม่เกิดการหกล้ม - ลดเหตุการณ์เสี่ยง/ไม่เกิดอุบัติเหตุ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - สามารถรับประทานอาหารได้ ไม่ขาดสารอาหาร - สิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยปลอดภัย - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม - ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ และขาดสารอาหาร - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากภาวะการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงหรือบกพร่อง เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพณีศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางโกลิน แสนทีสา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160400753531	ที่อยู่ 161 ม.4 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0891650282	วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2493 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=5, TAI=B3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีโรคความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ซีกซ้าย โรคประจำตัว :-	
สถานะสุขภาพ/งงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,985 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลด้านจิตใจ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทืออยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

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

ชื่อ นางเพียว จุลมลิ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3601200109286	ที่อยู่ 40/2 ม.4 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0982697254	วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2498 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=6, TAI=B3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เมื่อ 5 ปีก่อนถูกไฟช็อตทำให้ร่างกายอ่อน ล้างตั้งแต่ช่วงเอวลงมาอ่อนแรง กำลังน้อย แขน 2 ข้างใช้ได้ปกติ มีสามีและลูกสาวดูแล โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,985 บาท	- ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บ ป่วย
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		การดูแลด้านจิตใจ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - ประสานพันตบุคคลากรในพื้นที่ 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
[.....]

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

ชื่อ นางบัวทอง มาฟู เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160400600777	ที่อยู่ 92 ม.4 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0983873176	วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 26 เดือน กันยายน พ.ศ. 2482 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=9, TAI=B3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีโรคไขมันในเลือดสูง มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นบางครั้ง กำลังخانน้อย โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,985 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซิมเศร่า/นอนไม่ หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลด้านจิตใจ - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

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

ชื่อ นางบุญช่วย ยอดขมญาณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160400597920	ที่อยู่ 23/1 ม.5 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0982697254	วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2482 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=B3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นโรคความดันโลหิตสูง 8ปี รักษาที่รพ.สต. ประมาณ 4 ปีก่อน ทกล้มกระแทกพื้น กระดูกสะโพกร้าว ญาติปฏิเสธการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมาก รักษาตามอาการ มีลูกชายและหลาน สาวดูแล โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,985 บาท	- ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		• การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บ ป่วย
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลด้านจิตใจ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม	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 - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ผู้จัดทำ Care plan นางประเพ็ญศรี พรหมวิจิตร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจรรยา ยอดสุรินทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160400752275	ที่อยู่ 133 ม. 5 ต.เขาน้อย อ.ลำสนธิ จ.ลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0928631429	วันที่จัดทำ 14 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 92 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=6, TAI=C4 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรูปร่างผอม ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เคลื่อนไหวได้น้อย มีภาวะทางสมอง ยังไม่มีโรคประจำตัว โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล

เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,985 บาท

- แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง
- เสียงต่อการพลัดหลง (สมองเสื่อม, อัลไซเมอร์)
- เสียงต่อการพลัดตกหกล้ม
- เสียงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ
- สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (Immobility)
- มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ
- ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
- ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ
- ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า
- ต้องการความช่วยเหลือในการล้างหน้า แปรงฟัน ทวีผม โกนหนวด
- ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร
- ญาติและผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย
- ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระ

การดูแลพยาบาลทั่วไป

- การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อจัดระเบียบ พื้นฟูสภาพและป้องกันอุบัติเหตุ
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การทำความสะอาดที่นอนบริเวณรอบเตียง
- การวัดสัญญาณชีพ
- การอาบน้ำ
- ช่วยดูแลความสะอาดของร่างกาย
- ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามสภาพปัญหาและความต้องการผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร
- ทำความสะอาดที่นอน/ บริเวณที่อยู่อาศัย
- โภชนาการ
- แนะนำการป้องกัน และเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม
- แนะนำการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล

การดูแลพยาบาลเฉพาะ

- การประเมิน/ คัดกรองภาวะสุขภาพ
- ประเมินสภาพแวดล้อม
- ประเมินภาวะโภชนาการ
- ประเมิน Barthe ADL Index
- การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย
- ป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย/หกล้ม

การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

มีความต้องการ/ควรได้รับ

แอดมิคนิส จำนวน 3 ชั้น/วัน

ข้อควรระวังในการให้บริการ

- การหลงทาง
- การพลัดตกหกล้ม

เป้าหมายการดูแล

ระยะสั้น

- ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ภายใน 1 เดือน
- ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ สิทธิสวัสดิการ ประเด็นข้อกฎหมายที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ภายใน 1 เดือน
- ปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ภายใน 1 เดือน
- ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับปกติ สามารถนอนพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ภายใน 1 เดือน
- ผู้ป่วยได้รับการประเมินการช่วยเหลือ ภายใน 1 เดือน
- ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ และอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ภายใน 7 วัน

ระยะยาว

- ญาติและผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด หรือความรู้สึกกดดันเป็นภาระ
- ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง
- ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม/ชุมชน ได้
- ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น
- ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามชุดสิทธิประโยชน์/สิทธิทางสังคม (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ)
- ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง/ถูกทำร้ายร่างกาย
- ผู้ป่วยไม่เกิดการพลัดหลงเนื่องจากความจำบกพร่องหรือสมองเสื่อม
- ลดเหตุการณ์เสี่ยง/ไม่เกิดอุบัติเหตุ
- อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล
- อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม
- ไม่มีปัญหาด้านการนอน/นอนหลับอย่างมีคุณภาพ
- ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ และขาดสารอาหาร
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากภาวะการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงหรือบกพร่อง เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ

การดูแลด้านจิตใจ

- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม

การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การให้ความรู้เรื่องสิทธิในการรับบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล
- ดูแลด้านความปลอดภัยสิ่งแวดล้อม การแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย
- เฝ้าระวังความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงจากอุบัติเหตุ หรืออันตรายจากการลื่นตกหกล้ม การตกเตียง

ผู้จัดทำ Care plan นางประเพณีศรี พรหมวิจิตร

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ 2.50 ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นางสาวพัชรี นวนศิริ]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]