

รายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการอนุมัติเงิน LTC จาก สปสช.ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ลำดับ	ชื่อ สกุล	อายุ	ที่อยู่	โรคประจำตัว	กลุ่ม ที่	ADL	TAI
๑	นางดี คงสี	๘๘	๔๙ ม.๑	หกล้ม อัมพาต	๓	๒	๓
๒	นางอมร ผาสุข	๖๑	๑๐๕ม.๑	ขาขาด ช่วยเหลือ ตัวเองไม่ได้	๓	๐	๓
๓	นายคำพรวน เรือลือ	๗๕	๖๓ม.๒	ความดัน เส้นเลือด ในสมองตีบ	๑	๗	B๓
๔	นางทา พิกุล	๙๑	๑๔ม.๒	แขนขาอ่อนแรง	๑	๑๑	B๓
๕	นางจำปี วิลาสัย	๙๑	๑๙ ม.๒	แขนขาอ่อนแรง	๓	๐	๓
๖	น.ส.นาทิตย์ จันทะลือชัย	๒๑	๔๙ม.๓	ติดเชื้อ อัมพาต	๓	๔	๓
๗	นางทองใบ ภูตาไสย์	๗๕	๑๔๒,๓	แขนขาอ่อนแรง	๓	๔	๓
๘	นางบุญมา เปรมปรีดี	๑๐๓	๑๒ม.๓	ชรา	๓	๘	B๓
๙	นายประหยัด ช่วยจันทร์ดี	๖๒	๑๑๔ม.๔	ความดัน เส้นเลือด ในสมองตีบ	๑	๖	B๓
๑๐	นายพิมพ์ นามวันดี	๗๐	๔๗ ม.๕	ตาบอดทั้ง ๒ ข้าง	๑	๑๑	B๓
๑๑	นายพงษ์แสง ยุบุญเพริศ	๕๙	๒๑ม.๕	แขนขาอ่อนแรง	๑	๘	B๓
๑๒	นายสมศิลป์ หนูพันธ์	๖๗	๕๔ม.๕	เส้นเลือดในสมอง แตก	๑	๖	B๓
๑๓	นายสมัย รุนชนะ	๒๒	๒๗ม.๕	พารทางสติปัญญา	๑	๖	B๓
๑๔	นางปรารณา นามวันดี	๕๖	๗๙ม.๕	อัมพาตจาก อุบัติเหตุ	๓	๒	๓
๑๕	ด.ช.ชัยวุฒิ บานจบ	๑๓	๘๖ม.๕	พิการทางสติปัญญา	๑	๘	B๓
๑๖	นายบุญไทย ธิชะพันธ์	๖๓	๓๗ม.๖	อัมพาต เส้นเลือด ในสมองตีบ	๓	๔	๓
๑๗	นางสาวจรรุวรรณ บัวสกุล	๑๘	๓๓ม.๖	พิการทางสติปัญญา แต่กำเนิด	๓	๐	๓

รายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการอนุมัติเงิน LTC จาก สปสช.ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ลำดับ	ชื่อ สกุล	อายุ	ที่อยู่	โรคประจำตัว	กลุ่ม ที่	ADL	TAI
๑๘	นางสาวชุตติกาญจน์ พรมวัง	๕๑	๗๖ม.๖	แขนขาอ่อนแรง	๑	๑๑	B๓
๑๙	นายสภา สารโกคา	๖๒	๑๑๕ม.๗	เส้นเลือดในสมองตีบ	๑	๗	B๓
๒๐	นางดวง มหาจันทร์	๗๑	๒๑๑ม.๗	เส้นเลือดในสมองตีบ	๑	๘	B๓
๒๑	นางลำไย วงศ์คำจันทร์	๖๕	๑๕๒ ม.๗	ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย	๓	๐	I๓
๒๒	นายอำนาจ พลขารี	๔๐	๒๖ม.๗	พิการทางสติปัญญา และการเคลื่อนไหว ร่างกายแต่กำเนิด	๓	๐	I๓
๒๓	นายสำราญ เครือจันทา	๕๙	๘๖ม.๗	ตาบอดทั้ง ๒ ข้าง	๑	๑๑	B๓
๒๔	นางสมัย ขุนพรหม	๘๑	๒๘ม.๗	พิการทางด้าน ร่างกาย	๑	๘	B๓
๒๕	นางบาเรีย แก้วสีริง	๗๐	๘๘ม.๘	ความดัน เส้นเลือดใน สมองตีบ	๑	๘	B๓
๒๖	นายชรัช ศิริบุญ	๖๗	๑๑๑ม.๘	ตาบอดทั้ง ๒ ข้าง	๑	๘	B๓
๒๗	ค.ช.ก้องภพ ยิ่งยี่น	๔	๑๓๔ม.๘	พิการทางด้าน ร่างกาย	๓	๐	I๓
๒๘	นายหาญณรงค์ พิมพ์ขวา	๕๘	๓๓ม.๙	ติดเชื้อ อัมพาต	๓	๒	I๓
๒๙	นายทวีศักดิ์ พิมพ์ขวา	๖๒	๑๘ม.๙	ขาขาด ผู้พิการทาง กาย	๑	๘	B๓
๓๐	นางเพ็ญศรี ทองอินทร์	๗๔	๑๘ม.๙	ความดัน เส้นเลือดใน สมองแตก	๓	๔	I๓
๓๑	นางน้อย พลชา	๗๑	๑๑ม.๑๑	ความดัน แขนขา อ่อนแรง	๑	๕	B๓
๓๒	ค.ช.ชัชฌพงษ์ มุลวงษ์	๘	๖๘ม.๑๒	พิการทางสติปัญญา	๓	๐	I๓
๓๓	น.ส.สุวิมล มุลวงษ์	๓๒	๖๘ม.๑๒	พิการด้านสติปัญญา	๑	๑๑	B๓

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายปีสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางดี คงลี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200672390	ที่อยู่ 49ม.1 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 13 เดือน เมษายน พ.ศ. 2474 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่างปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ - ซ้อมติด/ซื้อเท้าตก	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์วารวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาวกัญญา นีระธรรม]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นางดี คงลี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200672390	ที่อยู่ 49 ม.1 บ้านศรีวิชัย หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=2 TAI=13 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ -การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอน ติดเตียงนาน
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปถัมภ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. ข. พ. พฤ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทราวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางธนศิริ บัวสกุล ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 30 นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางอมร ผาสุข เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800677677	ที่อยู่ 105ม.1 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2503 (อายุ 62 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะก้ำกัสนิสสวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์ารรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[นางสาวอรุณ นนทะคุณ]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นางอมร ผาสุข เลขบัตรประจำตัวประชาชน 34708000677677	ที่อยู่ 105 ม 1 บ้านศรีวิชัย หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=0 TAI=I3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกยืนและเดินไม่ได้มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน ระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปกรณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการให้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทราวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางธนะศิริ บัวสกุล ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายคำพรวน เรืองสี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800080026	ที่อยู่ 67ม.2 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2489 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=B, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ซื้อมือไม้ 150 บาท 8 แผง เป็นเงิน 1,000 บาท นมกล่อง เตือนละ 3 โหล โหลละ 300 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 1,500 บาท โปรตีนผง 4 กระป๋อง กระป๋องละ 500 บาท เป็น เงิน 2,000 บาทค่าตอบแทน CG เหม่าจ่าย 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะถดถอยหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อตัวระบุในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การหัดตกหมก้ม - ซ้อมติด/ซ้อมเท้าตก	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์วารุณี นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[นางจันทร์วารุณี นนทะคุณ]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางสาวศิริพร นงนุช]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นายคำพรรณ เรืองสี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800080026	ที่อยู่ 63 ม.2 บ้านโนนอุดม หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI = 7 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ -การพลัดตกหกล้ม
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการเคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและอาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กายอุปกรณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางสาวแก้วขวัญ นิมาลา ระยะเวลาที่ CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที / สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทา พิกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800080972	ที่อยู่ 14ม.2 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 12 เดือน มกราคม พ.ศ. 2474 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ชื่อไขไก่ แผลละ 125 บาท 8 แผล เป็นเงิน 1,000 บาท นมกล่อง เดือนละ 3 โหล โหลละ 300 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 1,500 บาท โปรตีนผง 4 กระป๋อง กระป๋องละ 500 บาท เป็น เงิน 2,000 บาท ค่าตอบแทน CG เหมาจ่าย 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตกหล่น - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์ารารณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[นางสาวทา พิกุล]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางสาวกมลทิพย์ ปิยะวงษ์]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นางทา พิกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800080972	ที่อยู่ 14 ม.2 บ้านโนนอุดม หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI =11 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การพลัดตกหกล้ม
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ลุกยืนและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการเคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและอาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กาบอุปกรณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์ารวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางสาวแก้วขวัญ นิมาลา ระยะเวลาที่ CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจำปี วิลาสัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800075031	ที่อยู่ 19ม.2 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2482 [อายุ 83 ปี]	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์ารวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางจันทร์ารวรรณ นนทะคุณ]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นางจำปี วิชาลัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800075031	ที่อยู่ 19 ม 2 บ้านโนนอุดม หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=0 TAI =I3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกยืนและเดินไม่ได้มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน ระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal การอุปการณ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์ดาวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางสาวแก้วขวัญ นิมาลา ระยะเวลาที่ CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 30 นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.นภาพิทย จันทลือชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1470800308438	ที่อยู่ 49ม.3 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 26 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2541 (อายุ 24 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อคิด/ข้อเท็จตัก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[นางสาวกัญญา นนทะคุณ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองใบ ภูตาไสย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3410300385065	ที่อยู่ 152ม.3 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 24 เดือน มกราคม พ.ศ. 2490 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช้องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์วรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางนงนภพร หนงนงน)

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวศศิภัทร ธิกุลวงษ์)

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นางทองใบ ภูตาไต้ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3410300385065	ที่อยู่ 12 ม.3 บ้านแก้ง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI =4 TAI = 13 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ว่าไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ลุกยืนและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการเคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและอาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสำปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal ภาวะอุปถัมภ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม

ความถี่

จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.

ผู้รับผิดชอบ

ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/		พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/		พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว			
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์วรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางศศิธร คະศรีทอง ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์			

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบุญมา เปรมปรีดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800086261	ที่อยู่ 12ม.3 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน กันยายน พ.ศ. 2461 (อายุ 104 ปี)	วินิจฉัย : ADL=B, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 8 แผง เป็นเงิน 4,500 บาท ค่าตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาวณิชา นิลวรรณ]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นางบุญมา เปรมปรีดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800086261	ที่อยู่ 12 ม.15 บ้านแก้ง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI =8 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่มากๆ ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การพลัดตกหกล้ม
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ลุกยืนและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการเคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและอาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กายอุปกรณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทราวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางสาวแก้วขวัญ นิมาลา ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ จ.ส.อ.ประยัตน์ ช่วยจันทร์ดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3300101614995	ที่อยู่ 118ม.4 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 11 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2501 (อายุ 64 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์วรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาวพรทิพย์ มีธรรมรัตน์]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/65 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นายประหยัด ช่างจันทร์ดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800235069	ที่อยู่ 114 ม.4 บ้านหัวนา หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI =6 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การเกิดผลกดทับจากการนอนนาน
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการเคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและอาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายในระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายชื่อปลัดार्थ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กาบอุปกรณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางศศิธร คะศรีทอง ระยะเวลาที่ CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายพิมพ์ นามวันดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800962720	ที่อยู่ 47ม.5 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 16 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2494 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดทางสายตา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ชื้อไข่ไก่ แพงละ 125 บาท 8 แผง เป็นเงิน 1,000 บาท นมกล่อง เดือนละ 3 โหล โหลละ 300 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 1,500 บาท โปรตีนผง 4 กระป๋อง กระป๋องละ 500 บาท เป็น เงิน 2,000 บาท ค่าตอบแทน CG เหม่าจ่าย 1,500 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก [oral] การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์ารรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[นางคนหากราวพละ นนทะคุณ]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางคนหากราวพละ นนทะคุณ]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นายพิมพ์ นามวันดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 34708000962720	ที่อยู่ 47 ม.5 บ้านข้าวสูง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=11 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทาง สายตา
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากให้มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ไม้เท้าขาว	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การพลัดตกหกล้ม -การเกิดอุบัติเหตุ
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต -ตามอดสนิททั้งสองข้างเป็นอุปสรรคต่อ การดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับไม้เท้าขาวสำหรับผู้พิการ 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปกรณ์ -ไม้เท้าขาวสำหรับผู้พิการสายตา บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พฤ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์ทาวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางวิศมี ชัยสีหา ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มิภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายพวงแสง ยูบุญเพลิง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800223307	ที่อยู่ 21ม.5 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2505 (อายุ 60 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ชื้อไข่ไก่ แพงละ 125 บาท 8 แผง เป็นเงิน 1,00 บาท นมกล่อง เดือนละ 3 โหล โหลละ 300 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 1,500 บาท โปรตีนผง 4 กระป๋อง กระป๋องละ 500 บาท เป็น เงิน 2,000 บาทค่าตอบแทน CG เหม่าจ่าย 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตกหล่น - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นายพวงแสง อนุณพริศ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800223307	ที่อยู่ 21 ม. 5บ้านขัวสูง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI =8 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ การพลัดตกหกล้ม
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน ระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กอบอุปกณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์ารวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางรัศมี ชัยศรีหา ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมศิลป์ หนูพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800225458	ที่อยู่ 54ม.5 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 02 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2496 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแอมเฟิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะถาวรหรือถาวรไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[นางจันทราวรรณ นนทะคุณ]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางสาวประไพ นนทะคุณ]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นายสมศิลป์ หนูพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800225458	ที่อยู่ 54 ม. 5บ้านข้าวสูง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI = 6 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ การพลัดตกหกล้ม
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน ระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กอบอุปกณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการให้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทราวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางรัศมี ชัยศรีหา ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/เตียง/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ช.สมัย รุนชนะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1470800203032	ที่อยู่ 27ม.5 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 31 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2535 (อายุ 30 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางด้านสติปัญญา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ซื่อไขไก่ แผลละ 125 บาท 8 แผล เป็นเงิน 1,000 บาท นมกล่อง เดือนละ 3 โหล โหลละ 300 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 1,500 บาท โปรตีนผง 4 กระป๋อง กระป๋องละ 500 บาทเป็นเงิน 2,000 บาท ค่าตอบแทน CG เหมาจ่าย 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ซื่อติด/ซื่อเห่าตก	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นายสมชัย รุณชนะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1470800203032	ที่อยู่ 28 ม 5 บ้านข้าวสูง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=6 TAI =B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลูกยื่นและเดินไม่ได้มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนการปรับปรุงที่อยู่ อาศัยที่เหมาะสม -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กอบอุปกณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พฤ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทราวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางรัศมี ชัยศรีหา ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ปราถนา นามวันดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800224362	ที่อยู่ 79น.5 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2507 (อายุ 58 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ซื่อไขไก่ แผลละ 125 บาท 8 แผล เป็นเงิน 1,000 บาท นมกล่อง เดือนละ 3 โหล โหลละ 300 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 1,500 บาท โปรตีนผง 4 กระป๋อง กระป๋องละ 500 บาท เป็น เงิน 2,000 บาท ค่าตอบแทน CG เหม่าจ่าย 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก [oral] การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[นางปราถนา นามวันดี]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางสาวจันทราวรรณ นนทะคุณ]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนอุดม

ชื่อ นางปรารถนา นามवंดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 347080024362	ที่อยู่ 79 ม.5 บ้านข้าวสูง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=2 TAI = 13 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ -การเกิดภาวะติดเชื้อ
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปกรณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทราวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางรัศมี วัลย์ลีหา ระยะเวลาที่ CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ ด.ช.ชัญญามี บานจบ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1409903826391	ที่อยู่ 86ม.5 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 23 เดือน กันยายน พ.ศ. 2552 (อายุ 13 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางสติปัญญา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่างปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร	ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 [นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนอุดม

ชื่อ ด.ช.ชัญญุมิ บานจบ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1409903826391	ที่อยู่ 86 ม.5 บ้านหัวสูง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=8 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทาง สติปัญญา
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากให้มีสวัสดิการเพิ่มขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การพลัดตกหกล้ม -การเกิดอุบัติเหตุ
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต -ปัญหาด้านสติปัญญาต้องพึ่งคนอื่นใน การดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ เหมาะสม -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กอบอุปกณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม ความถี่ จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ. ผู้รับผิดชอบ

ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/		พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/		พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว			
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์ทวารธรม นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางศศิธร คะศรีทอง ระยะเวลาที่ CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์			

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุญไทย ธิชะพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800229887	ที่อยู่ 37ม.6 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 07 เดือน กันยายน พ.ศ. 2500 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแฟมเฟอร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ชี้ออก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์วรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[นางจันทร์วรรณ นนทะคุณ]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางจันทร์วรรณ นนทะคุณ]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบวบโพนอุดม

ชื่อ นายบุญไทย ธิชะพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800229887	ที่อยู่ 37 ม.6 บ้านข้าวสูง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=4 TAI = 13 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การพลัดตกหกล้ม
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal การอุปการณ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.			ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง		/		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง		/	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง		/		พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง		/		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง		/		พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		/		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง		/		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง		/		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP ทำครั้งเดียว					
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์พรพรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางปานเย็น พลเทพ ระยะเวลาที่ CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์				

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ญ.จรรุวรรณ บัวสกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1470801371273	ที่อยู่ 37ม.6 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 21 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 02 เดือน เมษายน พ.ศ. 2545 (อายุ 20 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช้องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโหนด

ชื่อ นางสาวจาวรรณ บัวสกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1470801371273	ที่อยู่ 33 ม 6 บ้านดอนแดง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=0 TAI = I1 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกายและสติปัญญา
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน ระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปกรณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทราวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางธนะศิริ บัวสกุล ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ชุตติกาญจน์ พรหมวัง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800236115	ที่อยู่ 76ม.6 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2513 (อายุ 52 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแฟมเฟอร์สเดือนละ 900 บาท 8 แแผง เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช้องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อพท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [ลายเซ็น] พิชัยธรรมพิศ

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนอุดม

ชื่อ นางสาวฤติกาญจน์ พรหมวัง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800236115	ที่อยู่ 76 ม.6 บ้านขัวสูง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=11 TAI =B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ -การพลัดตกหกล้ม
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกยืนและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปการณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์ารวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางบานเย็น พลเทพ ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/เตียง/ปี)

ชื่อ นายสภา สารโพคา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800238843	ที่อยู่ 115ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน กันยายน พ.ศ. 2502 (อายุ 63 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแอมเฟิร์ส 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่าตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางสาวกัญญา อรรณพ]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นายสภา สารโกคา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800238843	ที่อยู่ 15 ม.7 บ้านโคกสะอาด หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=7 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีความดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากรได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอน ติดเตียงนาน
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกยืนและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กอบุปรณ์ -บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์ารวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางรังสี แสนอุบล ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางดวง มหาจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3400100723469	ที่อยู่ 211ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 21 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 06 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแอมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช้องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[นางสาวจันทร์ นนทะคุณ]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นางดวง มหาจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3400100723463	ที่อยู่ 211 ม 7 บ้านโคกสะอาด หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=8 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกายและสติปัญญา
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีความดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากรักษาอาการให้ดีขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ -การเกิดผลกดทับจากการนอนนาน
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน ระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กอบอุปกณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์วรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางรังษี แสนอุบล ระยะเวลาที่ CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที / สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวไย วงคำจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800239831	ที่อยู่ 152ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2499 (อายุ 66 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช้องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวจันทร์วรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(นางสาวจันทร์วรรณ นนทะคุณ)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวจันทร์วรรณ นนทะคุณ)

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นางลำไย วงศ์คำจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800239831	ที่อยู่ 152 ม.7 บ้านโคกสะอาด หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=8 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่มิถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การพลัดตกหกล้ม
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ลุกยืนและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการเคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและอาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal ภายนอก) - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและกรช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์วรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางรังสี แสนอุบล ระยะเวลาที่ CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซย์ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายอำนาจ พลขารี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800239475	ที่อยู่ 26ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2524 (อายุ 41 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ซื่อไขไก่ แผลละ 125 บาท 8 แผล เป็นเงิน 1,000 บาท นมกล่อง เดือนละ 3 โหล โหลละ 300 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 1,500 บาท โปรตีนผง 4 กระป๋อง กระป๋องละ 500 บาท เป็น เงิน 2,000 บาท ค่าตอบแทน CG เหม่าจ่าย 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่่งปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[*นางจันทราวรรณ นนทะคุณ*]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[*นางสาวจันทราวรรณ นนทะคุณ*]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นายอำนาจ พลขารี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800239475	ที่อยู่ 26 ม.7 บ้านโคกสะอาด หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=0 TAI = 13 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ -การติดเชื้อ -การสำลักอาหาร
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกยืนและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปการณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์ารวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางรังสี แสนอุบล ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)

ชื่อ นายสำราญ เครือจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5470800011004	ที่อยู่ 86ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 21 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 03 เดือน กันยายน พ.ศ. 2505 (อายุ 60 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดทางสายตา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ซื่อไขไก่ แฝงละ 125 บาท 8 แผง เป็นเงิน 1,000 บาท นมกล่อง เดือนละ 3 โหล โหลละ 300 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 1,500 บาท โปรตีนผง 4 กระป๋อง กระป๋องละ 500 บาท เป็น เงิน 2,000 บาทค่าตอบแทน CG เหม่าจ่าย 1,500 / บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น .	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์ทวารวณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[นางจันทร์ทวารวณ นนทะคุณ]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางอรุณศรีพร นนทะคุณ]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นายสำราญ เครือจันทน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5470800011004	ที่อยู่ 86 ม.7 บ้านโคกสะอาด หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2564 วินิจฉัย ADI=11 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทาง สายตา
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากให้มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ไม้เท้าขาว	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การพลัดตกหกล้ม -การเกิดอุบัติเหตุ
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต -ตาบอดสนิททั้งสองข้างเป็นอุปสรรคต่อ การดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับไม้เท้าขาวสำหรับผู้พิการ -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปกรณ์ -ไม่ทำขาวสำหรับผู้พิการสายตา บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (กิจวัตรใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์ทวารวณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางรังสี แสนอุบล ระยะเวลาที่ CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที / สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว ชุณหพรหม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800239530	ที่อยู่ 27ม.5 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 13 เดือน กันยายน พ.ศ. 2485 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่างปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาวกัญญา นิลธรรมา]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

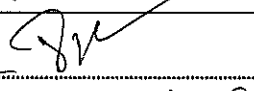
ชื่อ นางสาวสมัย ขุนพรหม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800239530	ที่อยู่ 28 ม7 บ้านโคกสะอาด หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI 8 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การพลัดตกหกล้ม
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน ระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปกรณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

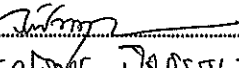
กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์วรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางศศิธร คะศรีทอง ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบาเรีย แก้วศรีรัง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800062761	ที่อยู่ 88ม.8 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 07 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแอมเฟร็ดเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่างปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์ารวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ  ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางจันทร์ารวรรณ นนทะคุณ]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ  เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาว.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นางบาเรีย แก้วศรีรัง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800062761	ที่อยู่ 88 ม.8บ้านห้วยแสง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI = 8 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การพลัดตกหกล้ม
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน ระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปการณ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์จาวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางศศิธร คะศรีทอง ระยะเวลาที่ CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที / สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายชรัช ศิริบุญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5470800070728	ที่อยู่ 111ม.8 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2497 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดทางสายตา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ชื่อไข่ไก่ แผลละ 125 จำนวน 8 แผง เป็นเงิน 1,000 บาท นมกล่อง เดือนละ 300 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 1,500 บาท โปรตีนผง กระป๋องละ 500 บาทจำนวน 4 กระป๋อง เป็นเงิน 2,000 บาท ค่าตอบแทน CG เหม่าจ่ายปีละ 1,500 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช้องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นายชรัช ศิริบุญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5470800070728	ที่อยู่ 111 ม.8 บ้านห้วยแสง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=8 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทาง สายตา
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากให้มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ไม้เท้าขาว	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การพลัดตกหกล้ม -การเกิดอุบัติเหตุ
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต -ตาบอดสนิททั้งสองข้างเป็นอุปสรรคต่อ การดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับไม้เท้าขาวสำหรับผู้พิการ -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal ภาคอุปกรณ์ -ไม้เท้าขาวสำหรับผู้พิการสายตา บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดผลการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทราวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางศศิธร คะศรีทอง ระยะเวลาที่ CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที / สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ช. ก้องภพ ยิ่งยืน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1250102008321	ที่อยู่ 134ม.8 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 21 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 17 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 (อายุ 4 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์วารวณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[นางสาวกนิษฐา จินจธรรมศิลป์]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนอุดม

ชื่อ ด.ช ก้องภพ ยั่งยืน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1250102009321	ที่อยู่ 11 1 ม.8 บ้านห้วยแสง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=0 TAI = 13 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทาง สายตา
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากให้มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ไม้เท้าขาว	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ -เกิดแผลกดทับจากการนอนนาน บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กาศอุปกรณ์ -ไม้เท้าขาวสำหรับผู้พิการสายตา บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต -ติดตามสนธิทั้งสองข้างเป็นอุปสรรคต่อ การดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับไม้เท้าขาวสำหรับผู้พิการ -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์ทวารวณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางศศิธร คะศรีทอง ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายชาญณรงค์ พิมพ์ขาว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800079036	ที่อยู่ 33ม.9 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน กันยายน พ.ศ. 2506 (อายุ 59 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ซื่อไขไก่ แผลละ 125 บาท 8 แผล เป็นเงิน 1,000 บาท นมกล่อง เดือนละ 3 โหล โหลละ 300 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 1,500 บาท โปรตีนผง 4 กระป๋อง 500 บาทเป็นเงิน 2,000 บาท ค่าตอบแทน CG เหม่าจ่าย 1,500 บาท รวม เป็นเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ซื่อติด/ซื่อเท้าตก	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[นางสาวกมลพร จันทะคุณ]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางสาวกมลพร จันทะคุณ]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นายชาญณรงค์ พิมพ์ขาว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800079036	ที่อยู่ 33 ม.9 บ้านโนนสวาท หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI = 2 TAI = 13 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ ภาวะการติดเชื้อ
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปกรณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางสาวแก้วชวีวัน นิมาลา ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายทวีศักดิ์ พิมพ์วา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800078676	ที่อยู่ 19ม.9 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2502 (อายุ 63 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ซื่อไขไก่ แผลละ 125 บาท 8 แผล เป็นเงิน 1,00 บาท นมกล่อง เดือนละ 3 โหล โหลละ 300 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 1,500 บาท โปรตีนผง 4 กระป๋อง กระป๋องละ 500 บาท ค่า ตอบแทน CG เหม่าจ่าย 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การหัดตกหมกซึม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นายพื้ศักดิ์ พิมพ์ชา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800078676	ที่อยู่ 19 ม.9 บ้านโนนสวาท หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI = 8 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ การพลัดตกหกล้ม
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการเคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและอาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายในระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กาบอุปกรณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการให้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์ารวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางศศิธร คะศรีทอง ระยะเวลาที่ CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที / สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเพ็ญศรี ทองอินทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470300390107	ที่อยู่ 15ม.9 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 04 เดือน มกราคม พ.ศ. 2490 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่อกปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะก้ำกึ่งปีศาจหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาวกัญญา นฤมิตร]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นางเพ็ญศรี ทองอินทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800390107	ที่อยู่ 114 ม.9 บ้านโนนสว่าง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI =4 TAI = 13 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -ภาวะกรณีติดเชื้อ -การเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน ระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปกรณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม ความถี่ จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ. ผู้รับผิดชอบ

ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางศศิธร คະศรีทอง ระยะเวลาที่ CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที / สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางน้อย พลษา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3421000521029	ที่อยู่ 115ม.11 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2493 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่างปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์ส 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่าตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท		
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์ารวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาวสมพร หิมาภรณ์]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นางน้อย พลชา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3421000321029	ที่อยู่ 11 ม.11 บ้านร่มเย็น หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI =8 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ -การพลัดตกหกล้ม
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลูกยืนและเดินลำบาก มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน ระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปการณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พฤ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์วรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางรังสี แสงอุบล ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ต.ช.ชัชณพงษ์ มุสวงษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1679000161676	ที่อยู่ หมู่ที่ 06 ต.พุมาม อ.วิเชียรบุรี จ.เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 22 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2556 (อายุ 9 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการสติปัญญา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ)

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนอุดม

<p>ชื่อ ด.ช.ชัชฌาพงษ์ มุลวงษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1679000161676</p>	<p>ที่อยู่ 68 ม 12 บ้านนาเกษตร หมายเลขโทรศัพท์</p>	<p>จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=0 TAI = I3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกายและสติปัญญา</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น</p>	<p>แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</p>	<p>ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ</p>
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการเคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและอาบน้ำ</p>	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายในระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์</p>	<p>บริการนอกเหนือสายสัมพันธ์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กาบอุปกรณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน</p>

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	<p>ผู้จัดทำ นางจันทร์วารรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางศศิธร คະศรีทอง ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์</p>		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าใช้จ่ายบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ญ.สุวิมล มูลวงษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1670600135228	ที่อยู่ 68ม.12 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 31 เดือน มกราคม พ.ศ. 2533 (อายุ 32 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางด้านสติปัญญา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ..... อปท.

[นางจันทราวรรณ นนทะคุณ]

[.....]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางสาวณิชา นนทะคุณ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ดอกไม้ มุ่งดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800215118	ที่อยู่ 10ม.12 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 19 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2515 (อายุ 50 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิจารทางด้านสติปัญญา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ชื้อไฟไก่ แผงละ 125 บาท 8 แผง เป็นเงิน 1,000 บาท นมกล่อง เตือนละ 3 โหล โหลละ 300 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 1,500 บาท โปรตีนผง 4 กระป๋อง กระป๋องละ 500 บาท เป็น เงิน 2,000 บาท ค่าตอบแทน CG เหมาจ่าย 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นินทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[นางจันทราวรรณ นินทะคุณ]

ลงชื่อ..... อพท.

[.....]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางสาวรุ่งนภา นินทะคุณ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายธนัส พรหมพินิจ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800221193	ที่อยู่ 111ม.13 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 27 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2489 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ชื่อไข่ไก่ แผลละ 125 บาท 8 แผง เป็นเงิน 1,000 บาท นมกล่อง เตือนละ 3 โหล โหลละ 300 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 1,500 บาท โปรตีนผง 4 กระป๋อง กระป๋องละ 500 บาทเป็นเงิน 2,000 บาท ค่าตอบแทน CG เหม่าจ่าย 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ซ่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวกานดา นนทะคุณ)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวอรุณรัตน์ พงษ์รวมกิจกุล)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางไหว พิภลทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800212348	ที่อยู่ 37ม.6 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[นางสาวอรุณ หนิง]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางสาวอรุณ หนิง]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นางไหว พิกุลทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800212348	ที่อยู่ 23 ม.13บ้านหัวสูงสุวรรณค์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI =1 TAI =B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ -การพลัดตกหกล้ม
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน ระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปกรณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์ทวารวณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางศศิธร คะศรีทอง ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกรรทิมา จุลพรรค เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800213093	ที่อยู่ 67ม.13 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 23 เดือน มกราคม พ.ศ. 2513 (อายุ 52 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวกรรทิมา จุลพรรค)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวอภิญญา พิษณุภรณ์)

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบามบอนอุดม

ชื่อ นางกรรณิมา ช่วยจันทร์ดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800213093	ที่อยู่ 11 ม.13บ้านขัวสูงสวรรค์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI =0 TAI =I3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากรให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากรได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การเกิดผลกดทับจากการนอนนาน
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกยืนและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน ระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กอบอุปกณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พศ. ศ. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์ทราพรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางศศิธร คะศรีทอง ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที่ /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหมาะจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.วรรณนิดา สิงห์ใหญ่ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1470800047553	ที่อยู่ 81ม.13 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 21 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2529 (อายุ 36 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะสมรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะสมรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สําลักอาหาร	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางฉวีวรรณ นนทะคุณ)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวทิพย์ นิจธรรมรุ่งเรือง)

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนอุดม

ชื่อ นางวรรณนิดา สิงห์ใหญ่ อายุ 33 ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1470800047553	ที่อยู่ 81 ม.13 บ้านข้าวสูงสวรรค์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI = 0 TAI = 13 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -ภาวะการณติดเชื้ -การเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกยืนและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน ระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปกรณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์วรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางศศิธร คะศรีทอง ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลรายราย/ราย/ปี)

ชื่อ ต.ช.มานิตย์ มีเหมือน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1470800012491	ที่อยู่ 146ม.14 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 02 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2527 (อายุ 38 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ซื่อไขไก่ แผลละ 125 บาท 8 แผล เป็นเงิน 1,000 บาท นมกล่อง เดือนละ 3 โหล โหลละ 300 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 1,500 บาท โปรตีนผง 4 กระป๋อง กระป๋องละ 500 บาท เป็น เงิน 2,000 บาท ค่าตอบแทน CG เหมาจ่าย 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางจันทราวรรณ นนทะคุณ)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวศิริพร นนทะคุณ)

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนอุดม

ชื่อ นายมานิตย์ มีเหมื่อน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 147080001249	ที่อยู่ 146 ม 14 บ้านชัยเจริญ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=4 TAI =B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ -การพลัดตกหกล้ม -การเกิดแผลกดทับ
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกยืนและเดิน ถ้าหากมีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนการปรับปรุงที่อยู่ อาศัยที่เหมาะสม -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปการณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการความช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า zQ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์พรพรรณ นมทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางปานเย็น พลเทพ ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายภิญโญ ศรีโนนยาง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800068361	ที่อยู่ 82ม.14 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 14 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2506 (อายุ 59 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ซื่อไขไก่ แผลละ 125 บาท 8 แผล เป็นเงิน 1,000 บาท นมกล่อง เดือนละ 3 โหล โหลละ 300 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 1,500 บาท โปรตีนผง 4 กระป๋อง กระป๋องละ 500 บาท เป็น เงิน 2000 บาท ค่าตอบแทน CG เหม่าจ่าย 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะก้ำกึ่งสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

<p>ชื่อ นายภิญโญ ศรีโนนยาง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800068361</p>	<p>ที่อยู่ 82 ม.14 บ้านชัยเจริญ หมายเลขโทรศัพท์</p>	<p>จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI = 7 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น</p>	<p>แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</p>	<p>ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การพลัดตกหกล้ม -การเกิดอุบัติเหตุ</p>
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ลุกขึ้นและเดินลำบาก มีปัญหาในการเคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและอาบน้ำ</p>	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์</p>	<p>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กายอุปกรณ์ -รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน</p>

กำหนดผลการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	<p>ผู้จัดทำ นางจันทร์วรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางธนศิริ บัวสกุล ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์</p>		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสุพจน์ บุญเข้า เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800089775	ที่อยู่ 9ม.15 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 12 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2517 (อายุ 48 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ชื่อไฟโก้ แผงละ 125 บาท 8 แผง เป็นเงิน 1,000 บาท นมกล่อง เดือนละ 3 โหล โหลละ 300 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 1,500 บาท โปรตีนผง 4 กระป๋อง กระป๋องละ 500 บาท เป็น เงิน ค่าตอบแทน CG เหมาจ่าย 1,500 บาท รวม เป็นเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์วรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[นางจันทร์วรรณ นนทะคุณ]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางอภิญญา นนทะคุณ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางบัวพันธุ์ ยางไชย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800075464	ที่อยู่ 83ม.16 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2480 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะถาวรหรือถาวรไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทร์ารวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(นางจันทร์ารวรรณ นนทะคุณ)

(.....)

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางจันทร์ารวรรณ นนทะคุณ)

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นางบัวพันธ์ ยางไชย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800075464	ที่อยู่ 20 ม.15 บ้านแก้ง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADIL=10 TAI = I3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ -ภาวะการติดเชื้อ -การเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกยืนและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายใน 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานอุปกรณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์ารวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางสาวแก้วขวัญ นิมาลา ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นางณัฐรุณัน ทิรัญจิระธนนท์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800076134	ที่อยู่ 118 ม.16บ้านโนนอุดม หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI=0 TAI = I3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ -ภาวะการติดเชื้อ -การเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต ลุกยืนและเดินไม่ได้ มีปัญหาในการเคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและอาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมภายในระยะเวลา 1 เดือน -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กายอุปกรณ์ - บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดผลการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์ทวารวณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางสาวแก้วขวัญ นิมาลา ระยะเวลาที่ CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายถนอม สมบัติดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5470800015565	ที่อยู่ 11ม.14 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0997215242	วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 04 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2479 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าซื้อแพมเพิร์สเดือนละ 900 บาท 5 เดือน เป็นเงิน 4,500 บาท ค่า ตอบแทน CG 1,500 บาท รวมเป็นเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจันทราวรรณ นนทะคุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[นางจันทราวรรณ นนทะคุณ]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางสาวศรีวิมล ศิริวัฒนศิริ]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20 ตุลาคม 2565

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม

ชื่อ นายถนอม สมบัติดี อายุ 86 ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5470800015565	ที่อยู่ 11 ม.14 บ้านชัยเจริญ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 ตุลาคม 2565 วินิจฉัย ADI = 0 TAI = B3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ผู้พิการทางการ เคลื่อนไหวร่างกาย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มี ต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ ถูกทอดทิ้ง ญาติ อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้น	แนวนโยบายให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการใช้บริการ -การเกิดโรคแทรกซ้อน -การเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน
ประเด็นปัญหาและความต้องการใน การดำรงชีวิต ลุกยืนและเดินลำบาก มีปัญหาในการ เคลื่อนที่ไปห้องน้ำเพื่อขับถ่ายและ อาบน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต(เป้าหมาย ระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและ สมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการ ช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal กานบุญกรรม -รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ -ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีม หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พญ. ศ. ส. อ.	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ 2 ครั้ง	/ /	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	/	พยาบาล CM
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน TAI I1-I3 C2-C4 B3-B5	เดือนละ 1 ครั้ง	/	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT SP PP	ทำครั้งเดียว		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางจันทร์ารวรรณ นนทะคุณ ผู้รับผิดชอบ นางบานเย็น พลเทพ ระยะเวลาที่CG ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที /สัปดาห์		