

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

1

ชื่อ นายชามิ เจ๊ะมิ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3940900364528	ที่อยู่ 68/2 ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2501 (อายุ 62 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย แขนขาอ่อนแรง ขาลีบ นอนตลอดเวลา ไม่มีแผลกดทับ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,400 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ (1)เครื่องจักรอกกายภาพ แขนขา 3,000 บาท (2) CGเดือนละ2ครั้ง ครั้งละ 2ชั่วโมง (ชม.ละ50บาท) พ.ย.63 2ครั้งx100=200 ,ธ.ค.63 2ครั้งx100=200,มค.64 2ครั้งx100=200,กพ.64 2ครั้งx100=200,มีค.64 x100=200,เมย.64 2ครั้งx100=200 ,พค.64 2ครั้งx100=200 ,มิย 64 2ครั้งx100=200 ,กค.64 2ครั้งx100=200 ,สค.64 2ครั้งx100=200 ,กย.64 2ครั้งx100=200,ตค.64 2ครั้งx100=200 รวม 2,400 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
Care plan น.ส.ภิทรภรณ์ รักธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
บบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายชัยยุดี แดแด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1949900482450	ที่อยู่ 12 ม.4 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 28 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2546 (อายุ 17 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI= ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียงจากการเกิดอุบัติเหตุ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 11,400 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ (1) แพมพิสวันละ 1 ชิ้น (ชิ้น ละ 15 บาท)ใส่ก่อนนอน 360ชิ้นx15 =5,400บาท (2)CGเดือนละ2ครั้ง ครั้งละ 2ชั่วโมง (ชม.ละ50บาท) พ.ย.63 2ครั้งx100=200 ,ธ.ค.63 2ครั้งx100=200,ม.ค.64 2ครั้งx100=200,กพ.64 2ครั้งx100=200,มี.ค.64 2ครั้งx100=200,เม.ย.64 2ครั้งx100=200,พ.ค.64 2ครั้งx100=200 ,มิ.ย 64 2ครั้งx100=200 ,กค.64 2ครั้งx100=200 ,สค.64 2ครั้งx100=200 ,กย.64 2ครั้งx100=200,ตค.64 2ครั้งx100=200 รวม 2,400 บาท (3) เก้าอี่นั่งถ่าย 1,500 บาท (4)เซตทำแผล 140 เซตเซตละ15บาท เป็นเงิน2100 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซิมเคร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตลก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซิมเคร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 7 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 7 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซิมเคร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ภัทราภรณ์ รัชชธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นางสาว ภัทราภรณ์ รัชชธรรม]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายมะร่อเซ็ง ตาเยะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3940900158791	ที่อยู่ 22 ม.2 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 28 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2506 (อายุ 57 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI= ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,400 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ (1)เครื่องจักรอกกายภาพ แขนขา 3,000 บาท (2)CGเดือนละ2ครั้ง ครั้งละ 2ชั่วโมง (ชม.ละ50บาท) พ.ย.63 2ครั้งx100=200 ,ธ.ค.63 2ครั้งx100=200,ม.ค.64 2ครั้งx100=200,กพ.64 2ครั้งx100=200,มี.ค.64 2ครั้งx100=200,เม.ย.64 2ครั้งx100=200 ,พ.ค.64 2ครั้งx100=200 ,มิ.ย 64 2ครั้งx100=200 ,กค.64 2ครั้งx100=200 ,สค.64 2ครั้งx100=200 ,กย.64 2ครั้งx100=200,ตค.64 2ครั้งx100=200 รวม 2,400 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตอก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ภัทธภรณ์ รักษาธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ราย/ปี)

๕

ชื่อ นางแม่สง เจะมะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3940900174257	ที่อยู่ 76/5 ม.5 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI= ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ใส่สายNG ต้องการรถเข็น	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,400 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ (1) CGเดือนละ2ครั้ง ครั้งละ 2ชั่วโมง (ชม.ละ50บาท) พ.ย.63 2ครั้งx100=200 ,ธ.ค.63 2ครั้งx100=200,ม.ค.64 2ครั้งx100=200,ก.พ.64 2ครั้งx100=200,มี.ค.64 2ครั้งx100=200,เม.ย.64 2ครั้งx100=200 ,พ.ค.64 2ครั้งx100=200 ,มิ.ย 64 2ครั้งx100=200 ,ก.ค.64 2ครั้งx100=200 ,ส.ค.64 2ครั้งx100=200 ,ก.ย.64 2ครั้งx100=200,ต.ค.64 2ครั้งx100=200 รวม 2,400 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์	
ทำ Care plan น.ส.ภัทราภรณ์ รักธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางดีเมาะ ดอเลาะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3940900509691	ที่อยู่ 23/1 ม.6 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 28 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถช่วยตัวเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,400 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ (1)CGเดือนละ2ครั้ง ครั้งละ 2ชั่วโมง (ชม.ละ50บาท) พ.ย.63 2ครั้งx100=200 ,ธ.ค.63 2ครั้งx100=200,ม.ค.64 2ครั้งx100=200,กพ.64 2ครั้งx100=200,มี.ค.64 2ครั้งx100=200,เม.ย.64 2ครั้งx100=200 ,พค.64 2ครั้งx100=200 ,มิ.ย 64 2ครั้งx100=200 ,กค.64 2 x100=200 ,สค.64 2ครั้งx100=200 ,กย.64 2ครั้งx100=200,ตค.64 2ครั้งx100=200 รวม 2,400 บาท (2)เครื่องซักกรอก 2000 บาท (3)เก้าอี้ นั่งถ่าย 1000 บาท)	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อคิด/ข้อห้ามนอก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ภัทราภรณ์ รัชชธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(นางสาวภัทราภรณ์ รัชชธรรม)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)