

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเจ๊ะมะ ลือแม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3940900173234	ที่อยู่ 55 ม.5 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,960 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ (1) CGเดือนละ1ครั้ง ครั้งละ 2ชั่วโมง (ชม.ละ50บาท) พ.ย.63 1ครั้งx100=100 ,ธ.ค.63 1ครั้งx100=100,ม.ค.64 1ครั้งx100=100,กพ.64 1ครั้งx100=100,มี.ค.64 1ครั้งx100=100,เม.ย.64 1ครั้งx100=100 ,พ.ค.64 1ครั้งx100=100 ,มิ.ย 64 1ครั้งx100=100 ,กค.64 1ครั้งx100=100 ,สค.64 1ครั้งx100=100 ,กย.64 1ครั้งx100=100,ตค.64 1ครั้งx100=100 รวม 1,200 บาท, (2)แพมเพิสวันละ 1 ชิ้น ชิ้นละ 15 บาท)ใส่ก่อนนอน 384ชิ้นx15 =5,760 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย การดูแลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 สัปดาห์ ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ภัทราภรณ์ รักธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....*ภัทราภรณ์*.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [*นางสาว ภัทราภรณ์ รักธรรม*]

ลงชื่อ..........อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแมะซง เวาะแม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3960500459301	ที่อยู่ 41 ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียงมีโรคความดันโลหิตสูง เจ็บตาทั้งสองข้าง ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย ซ้อนนิ้วมือติด มีแผลกดทับบริเวณลิ้นข้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,180 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 , (2)เครื่องบริหารนิ้ว 780บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ซ้ำติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายู่อาศัยเหมาะสม 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ภัทราภรณ์ รัชธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวกัญญาภรณ์ วัชรินทร์)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวศิริวรรณ ฮาแว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1940900157798	ที่อยู่ 28 ม.3 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 30 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2534 (อายุ 29 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI= ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แขนขาอ่อนแรง กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,660 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ (1) แพมเพิสวันละ 1 ชิ้น (ชิ้น ละ 15 บาท)ใส่ก่อนนอน 364ชิ้นx15=5,460บาท (2)CGเดือนละ1ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง (ชม.ละ50บาท) พ.ย.63 1ครั้งx100=100 ,ธ.ค.63 1ครั้งx100=100,ม.ค.64 1ครั้งx100=100,กพ.64 1ครั้งx100=100,มี.ค.64 1ครั้งx100=100,เม.ย.64 1ครั้งx100=100,พ.ค.64 1ครั้งx100=100,มิ.ย.64 1ครั้งx100=100,กค.64 1ครั้งx100=100,สค.64 1ครั้งx100=100,กย.64 1ครั้งx100=100,ตค.64 1ครั้งx100=100 รวม 1,200 บาท)	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ภัทราภรณ์ รัชภัทรธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

.....ปฏิบัติงาน [CM]
 [นางสาว กัญญากรศรี รัชภัทรธรรม]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแม่ สามะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3940900165797	ที่อยู่ 28 ม.4 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0622239451	วันที่จัดทำ 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียงมีโรคความดันโลหิตสูง ขาดยามา4ปี ตาข้างขวาบอดสนิทเนื่องจาก อุบัติเหตุ ต้องการบัตรพิการ	
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,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 2ครั้งx100=200 ,สค.64 2ครั้งx100=200 ,กย.64 2ครั้งx100=200,ตค.64 2ครั้งx100=200 รวม 2,400 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - วัคซีนัญญาณชีพ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฆมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ภัทราภรณ์ รัชชธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....*ภัทราภรณ์*.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....*.....*.....อปท.

นางสาววงทิราภรณ์ รัชชธรรม

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวเสระระ สาและ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3940900163581	ที่อยู่ 47 ม.3 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2513 (อายุ 50 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียงมีขาข้างซ้ายรูปร่างบิดเบี้ยวจากการเกิดอุบัติเหตุ มีแผลกดทับบริเวณข้างสะโพก กลั้นปัสสาวะไม่ได้	
สถานสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,350 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ (1).หมอนนอนสำหรับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะแบบสแตนเลส 1 ชิ้น 950 บาท (2)เซตทำแผลดิสโอส เซตละ15บาท 200เซต เป็นเงิน3,000บาท (3)CGเดือนละ2ครั้ง ครั้งละ 2ชั่วโมง (ชม.ละ50บาท) พ.ย.63 2ครั้งx100=200 ธ. 63 2ครั้งx100=200,มค.64 2ครั้งx100=200,กพ.64 2ครั้งx100=200,มีค.64 2ครั้งx100=200,เมย.64 2ครั้งx100=200 ,พค.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 2400 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 7 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 7 วัน ระยะยาว - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ภัทราภรณ์ รักรัทธิธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
[.....]

ลงชื่อ.....
[.....]

ลงชื่อ.....
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าใช้จ่ายบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจีเย สาเมาะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5940999008563	ที่อยู่ 44/1 ม.5 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI= ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย แขนขาอ่อนแรง	
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,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 2ครั้งx100=200 ,สค.64 2ครั้งx100=200 ,กย.64 2ครั้งx100=200,ตค.64 2ครั้งx100=200 รวม 2,400 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ภัทรภรณ์ รักธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางดีเม๊าะ เจะมะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3940900363823	ที่อยู่ 61/1 ม.7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 28 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย นั่งได้ ขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,400 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ (1)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 2ครั้งx100=200,เมย.64 2ครั้งx100=200 ,พค.64 2ครั้งx100=200 ,มิย 64 2ครั้งx100=200 ,กย.64 2ครั้งx100=200 ,สค.64 2ครั้งx100=200 ,กย.64 2ครั้งx100=200,ตค.64 2ครั้งx100=200 รวม 2,400 บาท (2)รอกบริหารกล้ามเนื้อ 2000 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ภัทราภรณ์ รักษาธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[นางสาวภัทราภรณ์ รักษาธรรม]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแม่เม้าะ สะอิ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3940900172874	ที่อยู่ 46 ม.5 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0899762822	วันที่จัดทำ 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2469 (อายุ 94 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดเตียง นอนตลอดเวลา กล้ามเนื้ออ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 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 2ครั้งx100=200 ,สค.64 2ครั้งx100=200 ,กย.64 2ครั้งx100=200,ตค.64 2ครั้งx100=200 รวม 2,400 บาท (2) เঝะลม 2600 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ภัทราภรณ์ รัชชธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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