

แบบฟอร์มโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
 สรุปรูปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกัน
 สุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯท้องถิ่น

ส่วนที่ ๑:โครงการ

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ
 บุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงองค์การบริหารส่วนตำบลแพรกหนามแดง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

ด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแพรกหนามแดง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม มีความ
 ประสงค์จะจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่องค์การ
 บริหารส่วนตำบลแพรกหนามแดง โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ
 ที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศฯ โดยเป็นค่าบริการฯ(เหมา
 จ่าย)ต่อคนต่อปี จำนวน.....๒๑.....คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวนเงิน ๑๒๖,๐๐๐.- บาท (หนึ่งแสนสองหมื่น
 หกพันบาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่ายหรือ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
๑๕	๘๐,๐๐๐	๑	๖,๐๐๐	๓	๑๘,๐๐๐	๒	๑๒,๐๐๐	๒๑	๑๒๖,๐๐๐.-

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปรูปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปีเพื่อเสนอต่อ
 คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะ
 พึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๕-๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..........ผู้จัดทำโครงการ

(นางสาวสายพิน รื่นสุคนธ์)

ตำแหน่งผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแพรกหนามแดง

รายชื่อ ผู้มีภาวะพึ่งพิง

ลำดับ	รหัสบัตรประจำตัวประชาชน	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	สิทธิการรักษาพยาบาล	ADL	กลุ่ม	TAI
1	3740300209451	นายมานัส สมมาก	69	WEL	8	1	B3
2	3750300210408	นายพ็อน แดงสวัสดิ์	83	WEL	4	3	I3
3	3750300213997	นางแถม ปิ่นประวัติ	85	WEL	11	1	B3
4	3750300210581	น.ส.ยุภา จันทร์อ่อน	53	WEL	8	1	B3
5	3750300219979	นายบุญธรรม ยิ้มพราย	88	WEL	7	1	B3
6	3302000427571	นายสมศักดิ์ เชิดชู	51	WEL	0	4	I2
7	1750300062798	ด.ช.มณูญ แสงอุทัย	24	UCS	5	1	B3
8	3750300220004	นายบุญมาก ยิ้มพราย	48	WEL	11	1	B3
9	3110300456534	นางจำลอง นาคสุข	85	WEL	11	1	B3
10	3750300203118	นายไพฑูลย์ เกิดลมุล	46	WEL	5	2	C4
11	3750300229818	น.ส.อริษา เต็มเปี่ยม	39	SSI	2	3	I3
12	3750300227424	นางเที่ยง ศรชัย	83	OFC	7	1	B3
13	3750300206982	นางลัดดา เจริญสุข	64	WEL	9	1	B3
14	3750300205145	นายชาติ คล้ายสี	54	WEL	7	1	B3
15	1759900480122	ด.ญ.สุชานรี บุญลือ	16	WEL	1	4	I1
16	3750300424009	นายวินัย คล้ายสี	64	WEL	9	1	B3
17	3700800141391	นายเล็ก บุญรอด	65	WEL	2	3	I3
18	3750300582275	น.ส.รุ่งทิพย์ ลอยเมฆ	49	UCS	11	1	B3
19	3750300583751	นายเล็ก จันทร์อ่อน	90	OFC	9	1	B3
20	3750100535052	นายชงค์ เลิศงาม	71	OFL	8	1	B3
21	3750300223402	นางสอย เพ็ญวงศ์	94	WEL	9	1	B3

กลุ่ม 1 จำนวน 15

กลุ่ม 2 จำนวน 1

กลุ่ม 3 จำนวน 3

กลุ่ม 4 จำนวน 2

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายพื่อน แดงสวัสดิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3750300210408	ที่อยู่ 58/1 ม.1 อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0643477296	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2482 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย: ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: แขน ขา ขวา อ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ลุกนั่งเองไม่ได้ เข้าห้องน้ำเองไม่ได้ ต้องได้รับการช่วย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ต้องการสนับสนุนผ้าอ้อมรองรับอุจจาระ ปัสสาวะ	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 31 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 30 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายมานัส สมมาก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3740300209451	ที่อยู่ 82/3 ม.1 อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2496 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลอดเลือดสมองตีบ แขนขาขวาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - () เหน็ด เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 20 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 22 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางยุภา จันทร์อ่อน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3750300210581	ที่อยู่ 60 ม.1 อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 12 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2511 (อายุ 53 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดทางการเคลื่อนไหว ขา 2 ข้างอ่อนแรง มีแผลบริเวณก้นกบ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<p>ชื่อ นางแถม ปิ่นประวัติ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3750300213997</p>	<p>ที่อยู่ 91 ม.1 ต.แพรกหนามแดง อ.อัมพวา จ.สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 84 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ขาขวาอ่อนแรงเดินลำบากเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก 	<p>เป้าหมายการดูแล</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 5 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ 	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุญมาก ยิ้มพราย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3750300220004	ที่อยู่ ม.2 อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 19 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2517 (อายุ 47 ปี)	วินิจฉัย: ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ชา2ข้างอ่อนแรง มีแผลกดทับบริเวณก้น แผลลอกบริเวณขา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้พิการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 31 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 31 วัน - แผลหาย ภายใน 31 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุญธรรม ยิ้มพราย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3750300219979	ที่อยู่ 48/6 ม.2 ตำบลแพรงหนามแดง อำเภอ อัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัว ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เดินเองไม่ได้ ไม่สามารถเข้าห้องน้ำเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 30 วัน - รับประทานอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมศักดิ์ เชิดชู เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3302000427571	ที่อยู่ ม.2 อ.อัมพวา จ.สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2513 (อายุ 51 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลอดเลือดสมองตีบ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ใส่สายอาหาร สายสวนปัสสาวะ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ใช้แพมเพอเทเบอร์M	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อกังวลในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/ล้าลิกอาหาร - การผลิตตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 31 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 31 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 31 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 31 วัน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 31 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 31 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริมา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายมณูญ แสงอุทัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1750300062798	ที่อยู่ 5 ม.2 อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2540 (อายุ 24 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดทางการเคลื่อนไหว และการเรียนรู้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 10 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 10 วัน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 10 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 10 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ 	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจำลอง นาคสุข เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3110300456534	ที่อยู่ 17/3 ม.3 ต.แพรกษาแดง อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2479 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชรา เดินต้องมีคนพยุง ตามองไม่ชัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - ตา (eyes) - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นายไพฑูลย์ เกิดสมูล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3750300203118	ที่อยู่ 72 ม.3 อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2519 (อายุ 45 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดทางการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/ล้าล็กอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 10 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 10 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเที่ยง ศรชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3750300227424	ที่อยู่ 63 ม.4 อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2482 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคชรา เบาหวาน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 วัน - ฟันฟูลักษณะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางอริษา เต็มเปี่ยม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3750300229818	ที่อยู่ 124/1 ม. 4 อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 23 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2525 (อายุ 39 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ช่วบเหลือตนเองได้น้อย เนื่องจากในสมอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ใช้แพมเพอทขนาดXL วันละ 2 ชิ้น	- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 23 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 10 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัด Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางลัดดา เจริญสุข เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3750300206982	ที่อยู่ 23 ม.5 อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 04 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2501 (อายุ 63 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลอดเลือดสมองตีบ ขา 2 ข้างอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายขาสี คล้ายลี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3750300205145	ที่อยู่ 14/8 ม.5 อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2510 (อายุ 54 ปี)	วินิจฉัย: ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: เส้นเลือดในสมองแตก ขา 2 ข้างอ่อนแรง พูดไม่ชัด ช่วงเหลือตนเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ใช้แพมเพอทเบอร์M	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 สัปดาห์ - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวนรี บุญลือ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1759900480122	ที่อยู่ 5 อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 06 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2865
เกิดวันที่ 19 เดือน เมษายน พ.ศ. 2549 (อายุ 15 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=11 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการทางเาเรเคลื่อนไหว และการเรียนรู้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ใช้แพมเพอท เบอร์M	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม 	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว เพ็ญนวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3750300223402	ที่อยู่ 54 ม.6 ต.แพรกหนามแดง อ.อัมพวา จ.สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0891800183	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 03 เดือน เมษายน พ.ศ. 2471 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ขา/ข้างอ่อนแรง เดินไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - ผลิตตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูลภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน null null ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายวินัย คล้ายสี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3750300424009	ที่อยู่ 7/59 ม.6 อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2500 (อายุ 64 ปี)	วินิจฉัย: ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ขา 2 ข้างอ่อนแรง ปัสสาวะเองไม่ได้ใส่สายสวนปัสสาวะ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - บริการพิเศษอื่นๆ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน null null - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน null null - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน null null - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน null null ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายวงศ์ เลิศงาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3750100535052	ที่อยู่ 92 ม.6 อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ชาวอเมริกัน จากหลอดสมองตีบ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลืนลำบาก - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - ผลิตตกหล่น - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 7 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 7 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 7 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 7 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<p>ชื่อ นายเล็ก บุญรอด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3700800141391</p>	<p>ที่อยู่ 56 ม.6 ต.แพรกหนามแดง อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0859764420</p>	<p>วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 02 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2499 (อายุ 65 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=2, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กระดูกทับเส้นประสาทจากประสบอุบัติเหตุ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ลูกนั่งเองไม่ได้ ใส่สายสวนปัสสาวะ</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท</p>	<p>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปวดขา 2 ข้าง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<p>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p>	<p>ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีผลกดทับ ภายใน 30 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน</p> <p>ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ผู้จัด Care plan นางกิริณา อินภมร</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางรุ่งทิพย์ ลอยเมฆ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3750300582275	ที่อยู่ 44 ม.6อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 29 เดือน มกราคม พ.ศ. 2516 (อายุ 48 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เส้นเลือดสมองแตก อ่อนแรงซีกซ้าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
ชื่อควรระวังในการให้บริการ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเล็ก จันทร์อ่อน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3750300583751	ที่อยู่ 91 ม.6 อ. อัมพวา จ. สมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2474 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ชาวอนแรง ทรงตัวไม่ได้ โรคชรา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 5 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 5 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 5 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 5 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 5 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 5 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 21 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางกิริณา อินภมร	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	