แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางบุญรอด เรืองทิพย์
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400546246</td><td>ที่อยู่ 60/1 ม.3 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0843946288</td><td>วันที่จัดทำ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487
(อายุ 81 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และข้อเข่าเสื่อม ขาทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรง เวลาเดินต้องมีคนพยุง หรือ ใช้ไม้เท้า 4 ขา กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 วัน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 วัน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 วัน
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 วัน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 วัน
- การได้รับช่วยเหลือดา้นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายสุวัฒน์ ชุลี
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400456239</td><td>ที่อยู่ 203 ม.4 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0929265205</td><td>วันที่จัดทำ 21 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 26 เดือน กันยายน พ.ศ. 2513
(อายุ 54 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง มีอาการอ่อนแรงแขนและขาข้างขวา ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเองต้องมีคนพยุงหรือนั่งรถเข็น พูดช้า พูดไม่ไเป็นประโยค ญาติต้องช่วยดูแลกิจวัตนประจำวันเป็นบางส่วน</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้
- พูดช้า พูดไม่เป็นประโยค</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กระดูกและกล้ามเนื้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเนตร นุ่นพังยาง **เลขบัตรประจำตัวประชน** 2770400020378	**ที่อยู่** 75/2 ม.4 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0990178367	**วันที่จัดทำ** 21 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 15 เดือน กันยายน พ.ศ. 2517 (**อายุ** 50 **ปี**)	**วินิจฉัย :** ADL=7, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง อ่อนแรงของแขนและขาด้านขวา ไม่สามารถเดินได้ พูดไม่ชัด หูข้างขวาได้ยินไม่ชัด เห็นภาพซ้อน กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - กระดูกและกล้ามเนื้อ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - การได้รับช่วยเหลือดวันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางเตี้ยน พินคง
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400524587</td><td>ที่อยู่ 204 ม.5 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0658322317</td><td>วันที่จัดทำ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481
(อายุ 86 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง เวลาเดินต้องมีคนช่วยพยุง หรือใช้ไม้เท้า 4 ขา ตามองไม่ชัด กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ความสามารถในการมองเห็น
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การเคลื่อนย้าย
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดา้นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางนงเยาว์ สุดเหลือ
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400522932</td><td>ที่อยู่ 185/3 ม.5 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0923705877</td><td>วันที่จัดทำ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 25 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2493
(อายุ 74 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคกระดูกทับเส้นประสาทบริเวณเอว ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ไม่สามารถเดินได้ สามารถลุกยืนได้แต่ต้องมีคนพยุง ใส่สายสวนปัสสาวะ กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การเคลื่อนย้าย
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ไม่ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายสำราญ เขียวชอุ่ม
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770600026742</td><td>ที่อยู่ 9/1 ม.8 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0884549541</td><td>วันที่จัดทำ 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 05 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2485
(อายุ 82 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง ไม่สามารถเดินได้ เคลื่อนที่โดยการถัดไปกับพื้น กลั้นปัสสาวะและอุจจาระได้บ้าง ญาติต้องช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถเดินได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กระดูกและกล้ามเนื้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า ภายใน 3 วัน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 วัน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน
- การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางมลิ แสงแก้ว **เลขบัตรประจำตัวประชน** 5770400017207	**ที่อยู่** 140/1 ม.10 ต.ทองมคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2482 (**อายุ** 85 **ปี**)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุ พิการทางสายตา ตาบอด ขา ทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง เดินต้องมีคนช่วยพยุงหรือใช้ ไม้เท้า 4 ขา กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องดูแลช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - กล้ามเนื้อ ระดูก และข้อ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางสวาสดิ์ สามคำนิล
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400580592</td><td>ที่อยู่ 79/7 หมู่ที่ 10 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0892184681</td><td>วันที่จัดทำ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483
(อายุ 84 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ พิการเดินไม่ได้ จากอุบัติเหตุหกล้ม เคลื่อนไหวโดยการถัดไปกับพื้น ญาติช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถเดินได้
- กลั้นอุจจาระไม่ได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กระดูกและกล้ามเนื้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางแลบ จันทร์ทอง
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400459408</td><td>ที่อยู่ 132/4 ม.8 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0939369597</td><td>วันที่จัดทำ 27 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2482
(อายุ 85 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ต้องใช้ไม้เท้า 4 ขา ในการช่วยเดิน เหนื่อยอ่อน ติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ได้ง่าย กลั้นปัสสาวะ และอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องดูแลช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันอย่างใกล้ชิด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
- การเคลื่อนย้าย
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดว้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- ไม่เกิดการติดเชื้อ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ น.ส.มณี พรมแก้ว
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770500121875</td><td>ที่อยู่ 16 ม.8 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0934769164</td><td>วันที่จัดทำ 02 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 08 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2502
(อายุ 65 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อม ปวดเข่ามาก ยืนทรงตัวได้ไม่นาน เดินไม่ได้ต้องนั่งรถเข็น มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ญาติต้องดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การเคลื่อนย้าย
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กล้ามเนื้อ กระดูก และ ข้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายหยด หนองน้อย
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400453124</td><td>ที่อยู่ 8 ม.8 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0924427914</td><td>วันที่จัดทำ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2474
(อายุ 93 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C2
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ไม่สามารถเดินได้เพียงลำพัง ต้องใช้คนช่วยพยุงหรือนั่งรถเข็น พูดช้า คิดช้า กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ความสามารถในการได้ยิน
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ช่องปากไม่สะอาด
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ
- สมอง (Brain)
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การพลัดตกหกล้ม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- การพูดช้า คิดช้า ดีขึ้น ภายใน 3 null
- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ น.ส.อารี ผ่องศรี
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400521693</td><td>ที่อยู่ 167/12 หมู่ที่ 05 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 22 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2499
(อายุ 68 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C2
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และความดันโลหิตสูง</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กระดูกและกล้ามเนื้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- การพลัดตกหกล้ม</td><td>ระยะสั้น
- อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางละเอียด พรรณา
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400583087</td><td>ที่อยู่ 117/2 ม.4 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0989808239</td><td>วันที่จัดทำ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480
(อายุ 87 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหัวใจ ไทรอยด์ และความดันโลหิตสูง มีภาวะหลงลืม พูดเป็นคำ ไม่เป็นประโยค ท้องผูกบ่อย กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องดูแลช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันอย่างใกล้ชิด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สมอง (Brain)
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การหลงทาง
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน
- อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- อาการหลงลืมดีขึ้น</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางสมหมาย จงไกรจักร
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770500008963</td><td>ที่อยู่ 81 ม.4 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0926051439</td><td>วันที่จัดทำ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488
(อายุ 79 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C2
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคสมองเสื่อม มีภาวะหลงลืม ขาอ่อนแรง ต้องใช้รถเข็นหรือคนช่วยพยุง 2 คน เวลาเดิน กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ญาติต้องช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- กลั้นอุจจาระไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สมอง (Brain)
- กระดูกและกล้ามเนื้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน
- อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น
- อาการหลงลืมดีขึ้น</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ น.ส.เฉลา แพใหญ่
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400383118</td><td>ที่อยู่ 189 ม.4 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0985104124</td><td>วันที่จัดทำ 21 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 24 เดือน มกราคม พ.ศ. 2493
(อายุ 75 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=3, TAI=13
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง พิการเดินไม่ได้ แขนและขาขวาข้างซ้ายอ่อนแรง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันโดยสมบูรณ์</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สมอง (Brain)
- กระดูกและกล้ามเนื้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- มีอาชีพ มีรายได้
- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางจำเนียร สุขแป๊ะฮ้าว
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400456921</td><td>ที่อยู่ 9/7 ม.5 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0968264491</td><td>วันที่จัดทำ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486
(อายุ 81 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง และความดันโลหิตสูง แขนซ้ายอ่อนแรง และขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ไม่สามารถเดินได้ ท้องผูก กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันอย่างใกล้ชิด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ Table Title_monkสวัสดิ์ จันทร์ชู
เลขบัตรประจำตัวประชน 3101900123375</td><td>ที่อยู่ วัดธรรมรัตน์ ม.5 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0625363063</td><td>วันที่จัดทำ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 04 เดือน เมษายน พ.ศ. 2485
(อายุ 83 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=2, TAI=13
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พระผู้สุงอายุ โรคความดันโลหิตสูง และ ต่อมลูกหมากโต ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ไม่สามารถเดินเดิน ยืนข้างเตียงได้เพียงเล็กน้อย ใส่สายสวนปัสสาวะ กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันอย่างใกล้ชิด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ไม่ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางสัมจีน ชินโสตร์
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400581653</td><td>ที่อยู่ 126/11 ม.7 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0895064208</td><td>วันที่จัดทำ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2466
(อายุ 101 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=1, TAI=13
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ไม่สามารถเดินได้ มีภาวะสมองเสื่อม หลงลืม กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันและดูแลอย่างใกล้ชิด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td rowspan="2">เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- กลั้นอุจจาระไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สมอง (Brain)
- กระดูกและกล้ามเนื้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- ข้อติด/ข้อเท้าตก</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 วัน
- อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 วัน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน
- การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ ด.ช.ชัชฤทธิ์ เถื่อนพวงแก้ว
เลขบัตรประจำตัวประชน 1779900533072</td><td>ที่อยู่ 44 หมู่ที่ 07 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0624313192</td><td>วันที่จัดทำ 21 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 20 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2558
(อายุ 9 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=3, TAI=13
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการทางสมอง พัฒนาการล่าช้า ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง เดินได้ต้องช่วยพยุง พูดไม่ได้ มีอาการชักเกร็ง มีพฤติกรรมผิดปกติทางจิต ใช้ศีรษะกระแทกพื้น กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ช่องปากไม่สะอาด
- ปัญหาด้านสติปัญญา พิการทางสมอง
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สมอง (Brain)
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อเด็ก</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การพลัดตกหกล้ม
- ทำร้ายตนเอง
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ประสานงานกับกุมารแพทย์ในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 6 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางประทัย อินทบุตร
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400213069</td><td>ที่อยู่ 64/1 ม.7 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0636274275</td><td>วันที่จัดทำ 23 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489
(อายุ 78 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=2, TAI=13
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะไม่ออก ต้องใส่สายสวนปัสสาวะ ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ปวดขา ไม่สามารถเดินได้ นอนติดเตียง กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- ข้อติด/ข้อเท้าตก</td><td>ระยะสั้น
- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางสายสร้อย งามท้วม
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400587139</td><td>ที่อยู่ 392 ม.3 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0898991337</td><td>วันที่จัดทำ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483
(อายุ 84 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=2, TAI=12
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีภาวะหลงลืม สับสน ไม่สามารถเดินได้ ต้องนั่งรถเข็นเมื่อเคลื่อนที่ กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องดูแลช่วยเจวัตรประจำวันโดยสมบูรณ์ และดูแลอย่างใกล้ชิด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ
- สมอง (Brain)
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การพลัดตกหกล้ม
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 วัน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 วัน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 วัน
- อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 วัน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายจำลอง สิงห์โต
เลขบัตรประจำตัวประชน 3900100511313</td><td>ที่อยู่ 33/4 หมู่ที่ 04 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0625895220</td><td>วันที่จัดทำ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 26 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2504
(อายุ 63 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=1, TAI=I2
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง พิการแขนซ้ายและขาทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรงไม่สามารถเดินได้ พูดไม่ได้ กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันโดยสมบูรณ์</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้
- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สมอง (Brain)
- กล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 วัน
- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 วัน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 วัน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 วัน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหนูกลิ่น ผ่องศรี **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3770400521651	**ที่อยู่** 167/10 หมู่ที่ 05 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0625141531	**วันที่จัดทำ** 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 27 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2477 (**อายุ** 90 **ปี**)	**วินิจฉัย :** ADL=2, TAI=I2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุมี ภาวะหลงลืม ไม่สามารถเดินได้ กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ต้องช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันโดยสมบูรณ์	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) - กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางสอาด ไหมทอง
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400153520</td><td>ที่อยู่ 76 หมู่ที่ 07 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2495
(อายุ 72 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=0, TAI=11
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง พิการเดินไม่ได้ แขนและขาขวาข้างขวาอ่อนแรง พูดไม่ได้ มีอาการเกร็งเมื่อตามร่างกายเมื่อสัมผัส กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันโดยสมบูรณ์</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- กลืนลำบาก
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ช่องปากไม่สะอาด
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กระดูกและกล้ามเนื้อ
- สมอง (Brain)
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน
- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ น.ส.จันทร์เพ็ญ ชุ่มชื่น
เลขบัตรประจำตัวประชน 3801600453128</td><td>ที่อยู่ 23/4 หมู่ที่ 07 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0812927368</td><td>วันที่จัดทำ 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2521
(อายุ 46 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=0, TAI=12
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ไม่สามารถเดินได้ สูญเสียความรู้สึกตั้งแต่เอวลงไป จากการบาดเจ็บที่หระดูกไขสันหลัง อุบัติเหตุทางรถยนต์ มีเท้าตก กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ สภาพแวดล้อมภายในห้องไม่เหมาะสม ญาติต้องช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ช่องปากไม่สะอาด
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้
- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กระดูกและกล้ามเนื้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ประสานทันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ ด.ญ.ณัฐิดา เมฆหมอก
เลขบัตรประจำตัวประชน 1770401432299</td><td>ที่อยู่ 80 ม.7 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0935079648</td><td>วันที่จัดทำ 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 27 เดือน มกราคม พ.ศ. 2564
(อายุ 3 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=0, TAI=12
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการทางสมอง พัฒนาการล่าช้า ขาและแขนทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ไม่สามารถเดินได้ พูดไม่ได้ กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td rowspan="3">เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ปัญหาทางด้านสติปัญญา
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้
- ไม่สามารถพูดได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สมอง (Brain)
- กล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดา้นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- พัฒนาการทางด้านร่างกายและสติปัญญาคงที่หรือดีขึ้น
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายพยม ผลเต็ม
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400523416</td><td>ที่อยู่ 191/3 ม.8 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0924706559</td><td>วันที่จัดทำ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2501
(อายุ 66 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=0, TAI=l1
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน มีอาารอ่อนแรง แขนและขาข้างขวา ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ไม่สามารถเดินได้ กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารเดินได้
- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สมอง (Brain)
- กระดูกและกล้ามเนื้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 วัน
- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 วัน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 วัน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 วัน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 วัน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 วัน
- การได้รับช่วยเหลือดา้นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายประสงค์ ทองนำ
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400541244</td><td>ที่อยู่ 14/1 หมู่ที่ 10 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0890312467</td><td>วันที่จัดทำ 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2485
(อายุ 82 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=0, TAI=12
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง มะเร็งต่อมลูกหมาก อ่อนแรงที่แขนขวา และขาทั้ง 2 ข้าง ไม่สามารถเดินได้ พูดไม่ชัด ข้อแขนและขาติด กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ญาติต้องดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันอย่างสมบูรณ์</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้
- มะเร็งต่อลูกหมาก
- ข้อติด
- เท้าตก</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- มะเร็งต่อมลูกหมาก
- กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.วนิดา แสงเขียว</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ น.ส.พจมาน ทองเกลียว
เลขบัตรประจำตัวประชน 1770400109028</td><td>ที่อยู่ 95 ม.9 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0806553328</td><td>วันที่จัดทำ 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 15 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2532
(อายุ 36 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C4
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีอาการขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องมีญาติคอยดูแล มีญาติช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางส่วน</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน NaN บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ กระดาษชำระ , ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- กลืนลำบาก
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ น.ส.พิญชุดา แตงอ่อน
เลขบัตรประจำตัวประชน 1770400091919</td><td>ที่อยู่ 28/6 หมู่ที่ 09 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0612021175</td><td>วันที่จัดทำ 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 24 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2530
(อายุ 38 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=0, TAI=12
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีความพิการด้านสมองและการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีอาการข้อติดแข็งทั้งแขนและขา ต้องมีญาติดูแลการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- กลืนลำบาก
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 เดือน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ น.ส.มาลี สมประสงค์
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770500243253</td><td>ที่อยู่ 141/2 หมู่ที่ 06 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0989146552</td><td>วันที่จัดทำ 02 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 17 เดือน เมษายน พ.ศ. 2504
(อายุ 64 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิง มีโรคความดันโลหิตสูงรับยาต่อเนื่องที่รพ.สต.บ้านทองมงคล มีความพิการทางการเคลื่อนไหว เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องมีญาติคอยดูแล</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ</td><td>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกลม เปลาเล **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3770400212127	**ที่อยู่** 44/6 หมู่ที่ 06 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0927906390	**วันที่จัดทำ** 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2480 (**อายุ** 88 **ปี**)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=C3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองมีอาการแขนและขาขวาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เดินเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วยพยุง มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รับยาที่ รพ.สต.บ้านทองมงคล	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางพี พันธ์สุข
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400209053</td><td>ที่อยู่ 32/2 ม.2 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0624549669</td><td>วันที่จัดทำ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 19 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2474
(อายุ 94 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยถูกตัดขาทั้ง 2 ข้างจากโรคหลอดเลือดอุดตันที่ขา ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องมีญาติคอยดูแล มีญาติช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ อาหารเสริม</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
- มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</td><td>ระยะสั้น
- การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสงวน พรประทาน **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3770400148399	**ที่อยู่** 18/2 หมู่ที่ 01 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0899167241	**วันที่จัดทำ** 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479 (**อายุ** 89 **ปี**)	**วินิจฉัย :** ADL=0, TAI=12 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีญาติทำกิจวัตรประจำวันให้ทั้งหมด มีอาการหลงลืม ไม่ค่อยพูด นอนอย่างเดียว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ อาหารเสริม	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางสมพวง นิ่งนึก
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770300239082</td><td>ที่อยู่ 30/10 หมู่ที่ 06 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0985104124</td><td>วันที่จัดทำ 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2502
(อายุ 66 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=0, TAI=12
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการแขนและขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีภาวะหลงลืม มีญาติคอยดูแลกิจวัตรประจำวันให้ทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- กลืนลำบาก
- ความสามารถในการได้ยิน
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางสมหมาย สุกแดง
เลขบัตรประจำตัวประชน 3850400053087</td><td>ที่อยู่ 767 หมู่ที่ 02 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0860780719</td><td>วันที่จัดทำ 02 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2490
(อายุ 78 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย ไม่มีภาวะหลงลืม ไม่มีแผลกดทับ มีญาติดูแลกิจวัตรประจำวัน</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ</td><td>- ความสามารถในการได้ยิน
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางสอิ้ง ยังมีมาก
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400201745</td><td>ที่อยู่ 5/11 หมู่ที่ 06 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0651179284</td><td>วันที่จัดทำ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2498
(อายุ 70 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=3, TAI=12
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง เดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีญาติดูแลตลอด มีโรคความดันโลหิตสูงรับยาที่รพ.บางสะพาน</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- กลืนลำบาก
- ความสามารถในการได้ยิน
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางสัมผัด จวรรณตูม
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400202211</td><td>ที่อยู่ 69/7 หมู่ที่ 02 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0810139741</td><td>วันที่จัดทำ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492
(อายุ 76 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ให้ประวัติล้มแล้วแขนขวายกไม่ขึ้น ไม่สามารถเดินเองโดยลำพังได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีญาติคอยดูแลตลอด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ความสามารถในการได้ยิน
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
-
ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางอุไร หงษ์ทอง
เลขบัตรประจำตัวประชน 3760400014015</td><td>ที่อยู่ 69/1 หมู่ที่ 06 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0861133462</td><td>วันที่จัดทำ 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485
(อายุ 83 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=0, TAI=12
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานและความดันโลหิตสูง มีอาการแขนขาอ่อนแรง มีภาวะหลงลืม ให้อาหารทางสายยาง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีคนดูแลกิจวัตรประจำวันทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ อาหารเสริม</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- กลืนลำบาก
- ความสามารถในการมองเห็น
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- ไม่เกิดแผลกดทับ
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางฮะตี มีมงคล
เลขบัตรประจำตัวประชน 3750200209106</td><td>ที่อยู่ 4/1 ม.6 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0659935594</td><td>วันที่จัดทำ 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 22 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2471
(อายุ 97 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=3, TAI=I2
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีขาอ่อนแรง เดินเองไม่ได้ มีภาวะหลงลืมบางครั้ง มีญาติดูแลกิจวัตรประจำวันทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- กลืนลำบาก
- ความสามารถในการได้ยิน
- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การพลัดตกหกล้ม
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายชาญณรงค์ พูลสุข **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3760100756687	**ที่อยู่** 118 หมู่ที่ 06 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0868081291	**วันที่จัดทำ** 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2519 (**อายุ** 49 **ปี**)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องมีญาติคอยดูแลอยู่ตลอด เดินเองไม่ได้ต้องมีคนช่วยพยุง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือดา้นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายณรงค์ศักดิ์ เสาร์ดี
เลขบัตรประจำตัวประชน 1770400184119</td><td>ที่อยู่ 34 หมู่ที่ 06 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 088245223</td><td>วันที่จัดทำ 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 15 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2540
(อายุ 28 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=0, TAI=12
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ใส่สายให้อาหารทางสายยาง มีกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง มีข้อแขนและมือติดแข็ง ญาติดูแลกิจวัตรประจำวันทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดำนอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายธนาพัช ศรีเนตร
เลขบัตรประจำตัวประชน 1110500038217</td><td>ที่อยู่ 41/9 ม.6 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0611015370</td><td>วันที่จัดทำ 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 11 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2538
(อายุ 30 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I2
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยพิการทางสมอง เนื่องจากอุบัติเหตุจราจร ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ใส่สายให้อาหารทางสายยาง เจาะคอ ใส่สายสวนปัสสาวะ ไม่มีแผลกดทับ มีข้อมือติดแข็ง มีญาติดูแลตลอด 24 ชั่วโมง</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้
- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน
- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน
- ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดา้นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายประชา สุขเสงี่ยม
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400422113</td><td>ที่อยู่ 54/3 หมู่ที่ 02 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0980206304</td><td>วันที่จัดทำ 02 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 18 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2499
(อายุ 69 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยสูงอายุโรหลอดเลือดสมอง มีอาการขาอ่อนแรงข้างขวา ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องมีญาติคอยดูแล มีญาติช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางส่วน</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- กลืนลำบาก
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายพรหมมาตร์ แก้วผึ้ง
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400223871</td><td>ที่อยู่ 156/2 ม.6 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0931091871</td><td>วันที่จัดทำ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 03 เดือน กันยายน พ.ศ. 2507
(อายุ 61 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C2
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง มีอาการขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง เดินเองไม่ได้ มีแผลกดทับที่ก้นกบ มีญาตคอยดูแลตลอด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน NaN บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ</td><td>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- แผลหาย ภายใน 1 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ ด.ต.มาโนชน์ ไกรทอง
เลขบัตรประจำตัวประชน 3850100103224</td><td>ที่อยู่ 163 หมู่ที่ 06 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0654853379</td><td>วันที่จัดทำ 02 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 02 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2502
(อายุ 66 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีขาอ่อนแรง เดินเองไม่ได้ มีภาวะหลงลืมบางครั้ง มีญาติดูแลกิจวัตรประจำวันทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ อาหารเสริม</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- กลืนลำบาก
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
- ข้อติด/ข้อเท้าตก</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 เดือน
- อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายสมบัติ อิ่มใจ
เลขบัตรประจำตัวประชน 3869900080529</td><td>ที่อยู่ 56 หมู่ที่ 06 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0890801929</td><td>วันที่จัดทำ 02 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 06 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2506
(อายุ 62 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีอาการหายใจเหนื่อย พบมีอาการปอดติดเชื้อรุนแรง เจาะคอให้ออกซิเจนบางครั้ง ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย มีญาติดูแลกิจวัตรประจำวัน</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ อาหารเสริม</td><td>- กลืนลำบาก
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายอุดม มั่นคง
เลขบัตรประจำตัวประชน 3770400210116</td><td>ที่อยู่ 36/8 หมู่ที่ 06 ต.ทองมงคล อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0870642192</td><td>วันที่จัดทำ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 08 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2492
(อายุ 76 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง เป็นผู้พิการทางกายเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เดินเองไม่ได้ต้องมีคนคอยพยุง ไม่มีภาวะหลงลืม</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ แผ่นรองกันเปื้อน กระดาษชำระ</td><td>- ความสามารถในการได้ยิน
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดา้นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.สุพพัตรา โพธิ์พิจิตร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>