แผนผังควบคุมกำกับงาน

กิจกรรม	เดือน		
	พ.ค.-ส.ค.๖๗	ก.ย.๖๗-ก.ค.๖๘	ส.ค.-ก.ย.๖๘
ขั้นเตรียมการ ๑.สำรวจกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่	←→		
๒.เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติ	←→		
๓.วางแผนการดำเนินงานร่วมกับทีมสุขภาพชุมชน/อสม.		←→	
๔.ประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อบอกวัตถุประสงค์ของโครงการและสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายโดยการแจ้งเป็นรายบุคคล		←→	
๕.จัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่จำเป็นตามสภาพผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง		←→	
ขั้นตอนดำเนินการ ๑.แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ในการดำเนินการทั้ง อสม.และเจ้าหน้าที่		←→	
๒.ดำเนินการ ดังนี้ -ตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุพร้อมทั้งประเมินADL.เพื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ -ให้ความรู้เบื้องต้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	←→		
๓. จัดกิจกรรมติดตามเยี่ยมดูแลผู้สูงอายุตาม Care plan ลงเยี่ยมพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ ๓ เดือน/๑ ครั้ง			←→
ขั้นประเมินผล ๑.วิเคราะห์ข้อมูล แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหา และติดตามกำกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทุก ๑ เดือน			←→
๒.สรุปผลการดำเนินงาน			←→

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบัวพรรณ์ จันทร์นวล **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3310401045996	**ที่อยู่** 324 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 03 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2486 (**อายุ** 81 **ปี**)	**วินิจฉัย** : ADL=9, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** เดินลำบาก มีโรคประจำตัว	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - ตา (eyes) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

①

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ญ.พรสุดา สิงห์เทพ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 1412200013102	**ที่อยู่** หมู่ที่ 07 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 11 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2533 (**อายุ** 34 **ปี**)	**วินิจฉัย** : ADL=2, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ มีรายได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ญ.กิติมา พิศิลป์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 1412200019739	**ที่อยู่** 126 ม.5 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 22 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2535 (**อายุ** 32 **ปี**)	**วินิจฉัย :** ADL=10, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ช่วยเหลือตัวเองได้ ตัดนิ้วเท้า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

(4)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางมณีรัต เหง้าที **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3410200433891	**ที่อยู่** 156 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 05 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2512 (**อายุ** 55 **ปี**)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**		**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

5

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายนรินทร์ แก้วคูณ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3320501228715	**ที่อยู่** 39 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 11 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2521 (อายุ 46 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=8, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** เดินลำบาก มีโรคประจำตัว	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

(6)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายผ่องสี โพธิ์ศรี **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411300762765	**ที่อยู่** 50 ม.6 ต.โนนทอง อ.นายูง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2515 **(อายุ 52 ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=8, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 6 เดือน **ระยะยาว** - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

①

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายหา ชาหล่อน **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411400466939	**ที่อยู่** หมู่ที่ 11 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2490 (**อายุ** 77 **ปี**)	**วินิจฉัย** : ADL=7, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 4 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแท่ง มาลาศรี **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411700163281	**ที่อยู่** หมู่ที่ 05 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 02 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2491 (**อายุ** 76 **ปี**)	**วินิจฉัย** : ADL=9, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหนูล้อม ศรีเมือง **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411700465458	**ที่อยู่** 247 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 07 เดือน กันยายน พ.ศ. 2496 (**อายุ** 71 **ปี**)	**วินิจฉัย** : ADL=8, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

(10)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายทะวี ไชยลา **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3410300466057	**ที่อยู่** 264 ม.11 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 03 เดือน กันยายน พ.ศ. 2504 (**อายุ** 63 **ปี**)	**วินิจฉัย** : ADL=6, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบัวลี สิงห์เทพย์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800206365	**ที่อยู่** 3 ม.6 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 04 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2487 (**อายุ** 80 **ปี**)	**วินิจฉัย :** ADL=6, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 8 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจันทร์ อุ่นเที่ยว **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800207868	**ที่อยู่** หมู่ที่ 06 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 21 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2507 (**อายุ** 60 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=8, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** เดินลำบาก มีโรคประจำตัว น้ำหนักเกิน	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

19

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางจันที อุ่นเที่ยว
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800208431</td><td colspan="2">ที่อยู่ หมู่ที่ 06 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 17 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2483
(อายุ 84 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td colspan="2">การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- ความสามารถในการมองเห็น</td><td colspan="2" rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- ตา (eyes)
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายวีระ แก้วสรภูมิ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800331763	**ที่อยู่** หมู่ที่ 05 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 21 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2507 (**อายุ** 60 **ปี**)	**วินิจฉัย** : ADL=4, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

หน้า

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยา... หรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางลำดวน พละกุล **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800340045	**ที่อยู่** 91 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 08 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 [**อายุ** 73 **ปี**]	**วินิจฉัย** : ADL=2, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ติดเตียง เดินไม่ได้	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]**	

16

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางคอง ไชยคำจันทร์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800344709	**ที่อยู่** 113 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 26 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2490 (**อายุ** 77 **ปี**)	**วินิจฉัย** : ADL=7, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายทองใส สิงห์กลาง
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800343303</td><td>ที่อยู่ 87
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 27 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 18 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2502
(อายุ 66 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : คนไข้นอนติดเตียง ใส่ออกซิเจนช่วยหายใจ</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>- กลืนลำบาก
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ข้อติด/ข้อเท้าตก
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</td><td>ระยะสั้น
-
ระยะยาว
- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

17

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสีทน ชัยพุทธา **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800538708	**ที่อยู่** 309 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (**อายุ** 86 **ปี**)	**วินิจฉัย :** ADL=9, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**		**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - หู (ears) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

19

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยา... เหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางขันแก้ว ชัยพุทธา **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800538716	**ที่อยู่** หมู่ที่ 11 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 02 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2486 (อายุ 81 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=8, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**		**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 6 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

19

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยา... หรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายปาน วรรณุรักษ์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3420901251349	**ที่อยู่** หมู่ที่ 04 ต.เอราวัณ อ.เอราวัณ จ.เลย **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 03 เดือน มกราคม พ.ศ. 2474 **(อายุ 93 ปี)**	**วินิจฉัย** : ADL=10, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**		**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

๑๐

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยา... หรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสมจิตร ธรรมชาติ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3451100623320	**ที่อยู่** 145 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 15 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2502 **(อายุ** 65 **ปี)**	**วินิจฉัย** : ADL=3, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ติดเตียง เดินไม่ได้	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 6 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนึ่งฤทัย อุไร	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	