แผนผังควบคุมกำกับงาน

กิจกรรม	เดือน		
	ส.ค.-ก.ย.๖๗	ก.ย.๖๗-ส.ค.๖๘	ก.ย.-ต.ค.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	←→		
ขั้นประเมินผล ๑.วิเคราะห์ข้อมูล แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหา และติดตามกำกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทุก ๑ เดือน			←→
๒.สรุปผลการดำเนินงาน			←→

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุญจันทร์ นันทะแพทย์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800201100	**ที่อยู่** 22 ม.4 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** -	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 09 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2495 (อายุ 72 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=2, TAI=12 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้ป่วยติดเตียง มีอาการปวดกล้ามเนื้อ รับประทานอาหารได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก	**ระยะสั้น** - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือดวันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายแถว พุทธชัย
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800204532</td><td>ที่อยู่ 58ม.4ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 02 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2487
(อายุ 80 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นต่อมลูกหมากโตรักษาแล้ว ปวดเอวเอว ปวดขา ปวดเข่า ร่วมกับอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง</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>- ปวดเอว ปวดเข่า ขาอ่อนแรง 2 ข้าง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- กายภาพบำบัด และการดูแลสายสวนปัสสาวะ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- อุบัติเหตุหกล้ม และภาวะติดเชื้อจากการใส่สายสวนปัสสาวะ</td><td>ระยะสั้น
- อาการปวดลดลง สามารถเดินได้เองโดยใช้อุปกรณ์ช่วย ไม่เกิดอุบัติเหตุ ภายใน 3 เดือน

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ ด.ช.พุ่มพวง พิมพ์คำ
เลขบัตรประจำตัวประชน 1411800001911</td><td>ที่อยู่ 36 ม.3ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2527
(อายุ 40 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางสมอง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย</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>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
- การอาบน้ำ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายเลิง ขันธะชัย
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800205385</td><td colspan="2">ที่อยู่ 76 ม.4 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2484
(อายุ 83 ปี)</td><td colspan="3>วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีอาการปวดขา กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ค่อยได้</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td colspan="2">ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td colspan="2">- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การเคลื่อนย้าย
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td colspan="2">เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td colspan="2">ระยะสั้น
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี</td><td colspan="3>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

5

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางสมบูรณ์ สิงห์เทพ
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800204168</td><td>ที่อยู่ 51 ม.4 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2482
(อายุ 85 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ลำบาก มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้</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>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การเคลื่อนย้าย
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางแหล่ จันทร์ดวง
เลขบัตรประจำตัวประชน 5420990015693</td><td colspan="2">ที่อยู่ 120 ม.4 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 09 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2491
(อายุ 76 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีอาการปวดเอว เดินลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่ได้</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td colspan="2">ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td colspan="2">- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td colspan="2">เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td colspan="2">ระยะสั้น
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดวันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายโจม ผิวสว่าง **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800200596	**ที่อยู่** 37 ม. 4 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0618784878	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 08 เดือน เมษายน พ.ศ. 2478 (อายุ 89 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=4, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้ป่วย CAPD ใช้ Oxygen ช่วยเมื่อมีอาการเหนื่อยเพลีย มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว รับประทานอาหารได้โดยต้องมีคนป้อน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - สมอง (Brain) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือดวันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายสงวน ผากอง **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800202271	**ที่อยู่** 22 ม.4 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 25 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2516 **(อายุ 51 ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=5, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุมีอาการปวดขา และเอว รับประทานอาหารได้น้อยลง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางตื่อ บรรจงปรุ
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3340900490162</td><td>ที่อยู่ 119 ม.4 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2495
(อายุ 72 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีอาการปวดขา และเข่า เดินไม่สะดวก</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>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- การพลัดตกหกล้ม
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายล้วน นันทะแพทย์
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800203773</td><td>ที่อยู่ 45 ม.4 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 13 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2489
(อายุ 78 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีอาการเดินลำบาก ต้องใช้ไม้เท้าช่วยพยุง</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>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดา้นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสวย สิงห์เทพ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800197153	**ที่อยู่** อ. นายูง จ. อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 06 เดือน กันยายน พ.ศ. 2485 (อายุ 82 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยหน้าตาสดชื่น มีปวดขา ต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

<table>
<tr><td>ชื่อ นางสีไพร บุดดี
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800197587</td><td>ที่อยู่ 20 ม.3 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]</td><td>วันที่จัดทำ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 10 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2480
[อายุ 87 ปี]</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ลำบาก มีปัญหาการกบั้นปัสสาวะ</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
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
- การเคลื่อนย้าย
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การพลัดตกหกล้ม
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบท นันทะแพทย์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800204206	**ที่อยู่** 52 ม.4 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 04 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489 (อายุ 78 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่า และขาทั้ง 2 ข้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,422 **บาท**	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางลิด สุขาน้อย
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800198761</td><td>ที่อยู่ อ. นายูง จ. อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 07 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2497
[อายุ 70 ปี]</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและความดันโลหิตสูง ฟอกไตผ่านทางหน้าทอง มีอาการปวดขาทั้ง 2 ข้าง ปวดศีรษะบ่อยครั้ง</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>- ความสามารถในการมองเห็น
- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- ท้อง (stomach)
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 วัน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน

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

15

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางหนูพูน มุ่งหมาย
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800199946</td><td>ที่อยู่ 59ม.3ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 06 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2489
(อายุ 78 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -</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</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม</td><td>ระยะสั้น
-
ระยะยาว
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางเหลื่อน พิมพาแสง
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800199644</td><td>ที่อยู่ 17 ม.3 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 10 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2481
(อายุ 86 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุหลังผ่านตัดหัวเข่าข้างขวา เคลื่อนที่ได้ลำบาก รับประทานอาหารน้อย มีอาการเหนื่อยเพลีย</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>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</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
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายวุฒิ ปวงปะชัง
เลขบัตรประจำตัวประชน 3301200922664</td><td>ที่อยู่ 165 ม.3 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 30 เดือน เมษายน พ.ศ. 2489
(อายุ 78 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยStroke เดิม เดินลำบาก รับประทานอาหารได้น้อย</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
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</td><td>ระยะสั้น
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดานอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกา คอนสวรรค์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 5430800022189	**ที่อยู่** 135 ม.3 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2491 **(อายุ** 76 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว รับประทานอาหารได้น้อยลง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือดว้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

<table>
<tr><td>ชื่อ นางเปลี่ยน นิวงษา
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800351713</td><td>ที่อยู่ 45ม.2ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2484
(อายุ 83 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ เป็นโรคกระดูกพรุนรักษาที่ รพศ.อุดรธานี ปวดหลัง ร่วมกับปวดขา ขาไม่มีแรงทั้ง 2 ข้าง</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></td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- กายภาพบำบัด
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม</td><td>ระยะสั้น
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- อาการคงสภาพหรือดีขึ้น สามารถเดินได้เองโดยใช้อุปกรณ์ช่วย ไม่เกิดอุบัติเหตุ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

40

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายหนู บุญประกอบ
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800197838</td><td colspan="2">ที่อยู่ 23 ม.4 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477
(อายุ 90 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลีย และมีภาวะสับสน</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td colspan="2">การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</td><td colspan="2" rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- การอาบน้ำ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td></td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 เดือน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหนูงาม พิมพ์คำ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800197374	**ที่อยู่** 17 ม.3 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 06 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2494 **(อายุ** 73 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุ เดินลำบาก รับประทานอาหารได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

๒๒

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจันทะ หล้าเรืองแสง **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800197081	**ที่อยู่** 12 ม.3 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 15 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2490 (**อายุ** 77 **ปี**)	**วินิจฉัย** : ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้สูงอายุเดินลำบาก รับประทานอาหารได้น้อยลง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,422 **บาท**	- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือดา้นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสอน พิมพ์คำ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800197226	**ที่อยู่** 15 ม.2 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2491 (**อายุ** 76 **ปี**)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่า และขาทั้งสองข้าง เคลื่อนไหวได้ลำบาก รับประทานอาหารได้น้อยลง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือดาันอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายบัวลี หล้าเรืองแสง
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800198699</td><td colspan="2">ที่อยู่ 91 ม.3 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 06 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2499
(อายุ 68 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่ได้</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td colspan="2">ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td colspan="2">- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td colspan="2">เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td colspan="2">ระยะสั้น
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดว้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ญ.พิมพ์ผกา วิเทศชน **เลขบัตรประจำตัวประชน** 1110201370996	**ที่อยู่** อ. นายูง จ. อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 04 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2552 (อายุ 15 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=2, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยพิการทางสมองตั้งแต่กำเนิด ติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม**
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 7 วัน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายทา วินากรณ์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3411800351632	**ที่อยู่** 44 ม.2 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 90 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวได้ลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**		**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือดว้นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางห่วง ชาลีกุล **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800349654	**ที่อยู่** 5 ม.2 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 22 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2484 (**อายุ** 83 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ได้ลำบาก รับประทานอาหารน้อยลง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือดา้นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

28

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางไทย ดีประเสริฐ
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800194057</td><td colspan="2">ที่อยู่ 81ม.2ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0647892248</td><td>วันที่จัดทำ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 05 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483
(อายุ 84 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย : ADL=2, TAI=12
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ESRD (ปฏิเสธการฟอกไต) เกาท์ ปวดข้อ และขา อ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง วิงเวียนศีรษะตลอด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td colspan="2">ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td colspan="2">- ขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- โภชนาการ กายภาพบำบัด
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td colspan="2">เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม</td><td colspan="2">ระยะสั้น
-
ระยะยาว
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายชนะ ดอนวิชา
เลขบัตรประจำตัวประชน 5411800016180</td><td colspan="2">ที่อยู่ 77 ม.2 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 02 เดือน เมษายน พ.ศ. 2484
(อายุ 83 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว และปัญหาสายตา กลั้นปัสสาวะไม่ได้</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>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ความสามารถในการมองเห็น
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td colspan="2" rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดว้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสวัสดิ์ สุระสังข์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 5601100059747	**ที่อยู่** หมู่ที่ 02 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2487 (**อายุ** 80 **ปี**)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมได้ ปวดขา ขาไม่มีแรงทั้ง 2ข้าง เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางบุญเทา ชัยสุข **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411700897536	**ที่อยู่** 100 ม.2 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485 [อายุ 82 ปี]	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว กลั้นปัสสาวะไม่ได้ รับประทานอาหารได้น้อยลง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือดา้นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางสุข ขุนเทพ
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800351527</td><td colspan="2">ที่อยู่ 41 ม.2 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2480
(อายุ 87 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีปัญหาปวดเข่าทั้งสองข้าง เคลื่อนไหวลำบาก</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td colspan="2">ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td colspan="2">- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td colspan="2">เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td colspan="2">ระยะสั้น
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางแปลง วินากรณ์
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800351641</td><td>ที่อยู่ 44 ม.2 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2484
(อายุ 83 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเข่า เคลื่อนไหวได้ไม่สะดวก มีปัญหาเรื่องการมองเห็น</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>- ความสามารถในการมองเห็น
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
- การพลัดตกหกล้ม</td><td>ระยะสั้น
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายวีระพล พันธ์ลำภู
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411200126999</td><td colspan="2">ที่อยู่ 14 ม.2ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 07 เดือน กันยายน พ.ศ. 2499
(อายุ 68 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดขา เคลื่อนไหวได้ไม่สะดวก รับประทานอารน้อยลง</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td colspan="2">ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td colspan="2">- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td colspan="2">เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td colspan="2">ระยะสั้น
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายนคร ปานาพุฒ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 1411500046030	**ที่อยู่** 144 ม. 1 ต.โนนทองอ. นายูง จ. อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 07 เดือน กันยายน พ.ศ. 2529 (**อายุ** 38 **ปี**)	**วินิจฉัย :** ADL=6, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตนเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายหนู คำหา
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800193701</td><td colspan="2">ที่อยู่ 22 ม.1 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 06 เดือน มกราคม พ.ศ. 2472
(อายุ 95 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ได้ลำบาก รับประทานอาหารได้น้อย</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td colspan="2">ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td colspan="2">- ความสามารถในการมองเห็น
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td colspan="2">เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การพลัดตกหกล้ม</td><td colspan="2">ระยะสั้น
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบัวผัน สุนทร **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800195177	**ที่อยู่** 43 ม.1 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 08 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2497 (อายุ 70 ปี)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุเป็นรูมาตอยด์ มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนที่ หัวเข่าข้างซ้ายบวม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายสมบูรณ์ เจริญทรัพย์
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800192411</td><td>ที่อยู่ 71 ม.1 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 24 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2503
(อายุ 64 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย Old CVA มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนที่ มีอาการปวดบวมที่เขาทั้ง 2 ข้าง</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
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
- การอาบน้ำ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ ข้อติด/ข้อเท้าตก</td><td>ระยะสั้น
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือดว้นอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ น.ส.สมพร พานสายตา
เลขบัตรประจำตัวประชน 3410102254959</td><td colspan="2">ที่อยู่ 132 ม.2ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2504
(อายุ 63 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนที่ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ รับประทานอาหารได้น้อย</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td colspan="2">ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td colspan="2">- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต
- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td colspan="2">เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td colspan="2">ระยะสั้น
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

40

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางตื้อ บุญเสริฐ
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3411800192445</td><td colspan="2">ที่อยู่ 6ม.1ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 15 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2481
(อายุ 86 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมได้ ปวดขา ขาไม่มีแรงทั้ง 2ข้าง เดินลำบาก</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td colspan="2">ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท</td><td colspan="2">- มีความอ่อนแงของกล้ามเนื้อขาทั้ง 2 ข้าง</td><td rowspan="2">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- โภชนาการ
- การรับประทานยาถูกต้อง
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td colspan="2">เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td colspan="2">ระยะสั้น
-
ระยะยาว
- เดิน เคลื่อนไหวภายในบ้านเองโดยใช้อุปกรณ์ช่วย</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

41

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางปี ลาวันดี
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800192372</td><td colspan="2">ที่อยู่ 5 ม.1 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 02 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2483
(อายุ 84 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ลำบาก ปวดเข่า และขาทั้งสองข้าง</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>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td colspan="2" rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายโอด ตะวงษา **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3411800195070	**ที่อยู่** 48 ม.1 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 05 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 23 เดือน เมษายน พ.ศ. 2470 (**อายุ** 97 **ปี**)	**วินิจฉัย :** ADL=11, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูอายุเคลื่อนที่ได้ลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 10,442 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางบุญเลิศ บุตรพัน
เลขบัตรประจำตัวประชน 3411800193301</td><td colspan="2">ที่อยู่ 16 ม.1 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 08 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2489
(อายุ 78 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ เคลื่อนไหวลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้ รับประทานอาหารได้ลดลง ปวดขาและเอว</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>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td colspan="2" rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายทอง โหงคำ
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3411800194324</td><td colspan="2">ที่อยู่ 31 ม.1 ต.โนนทอง อ.นายูง จ.อุดรธานี
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2478
(อายุ 89 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ได้ลำบาก รับประทานอาหารได้น้อย</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>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง
- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</td><td colspan="2" rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
- การเคลื่อนย้าย
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</td><td>ระยะสั้น
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน
- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน

ระยะยาว
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ชนก คงดี</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>