

**แบบฟอร์มโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**  
**สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการ**  
**หลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ**  
**ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**

.....

**ส่วนที่ 1 : โครงการ**

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
 เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ด้วยศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์  
 จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน  
 พื้นที่เทศบาลตำบลไผ่ โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับ  
 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศฯ เป็นค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย)  
 ต่อคนต่อปี จำนวน 10 คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน 60,000 บาท (หกหมื่นบาทถ้วน) รายละเอียด  
 มีดังนี้

| กลุ่มติดบ้าน   |                    |   |                    | กลุ่มติดเตียง   |                    |  |                    | รวม           |                    |
|--|--------------------|---|--------------------|---|--------------------|--|--------------------|---------------|--------------------|
| กลุ่มที่ 1   |                    | กลุ่มที่ 2  |                    | กลุ่มที่ 3  |                    | กลุ่มที่ 4   |                    |               |                    |
| เคลื่อนไหวได้บ้างมี<br>ปัญหาการกิน/การ<br>ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ<br>สับสน |                    | กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง<br>มีภาวะสับสน และอาจมี<br>ปัญหาการกิน/การ<br>ขับถ่าย |                    | กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง<br>ไม่ได้ ไม่มีปัญหาการ<br>กิน/การขับถ่ายหรือ<br>เจ็บป่วยรุนแรง |                    | กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง<br>ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง<br>หรืออยู่ในระยะท้าย<br>ของชีวิต |                    |               |                    |
| จำนวน<br>(คน)  | ค่าบริการ<br>(บาท) | จำนวน<br>(คน)   | ค่าบริการ<br>(บาท) | จำนวน<br>(คน)   | ค่าบริการ<br>(บาท) | จำนวน<br>(คน)  | ค่าบริการ<br>(บาท) | จำนวน<br>(คน) | ค่าบริการ<br>(บาท) |
| 10   | 60,000             | -   | -                  | -   | -                  | -  | -                  | 10            | 60,000             |

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี  
 เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณา  
 สนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2568

ลงชื่อ ..... ผู้จัดทำโครงการ

(นายประครอง สุไผ่โพธิ์)

ตำแหน่งประธานกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ฯ

ส่วนที่ 2

สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาว (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี

เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสถนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ

|  |  |                           |
|--|--|---------------------------|
| ชื่อ   | ที่อยู่  | วันจัดทำ                  |
| เลขบัตรประชาชน   | หมายเลขโทรศัพท์(ขีติดต่o)  |                           |
| เกิดวันที่ เดือน ปี (อายุ.....ปี)  | วินิจฉัย   |                           |
| สถานะสุขภาพ/ค่าบริการดูแลระยะยาว(เหมาจ่าย)<br>ต่อคนต่อปี ที่ขอรับการสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ   | เป้าหมายการดูแล           |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ .....                                  |  | - ระยะสั้น                |
| ขอรับการสนับสนุนค่าบริการดูแลระยะยาวฯ<br>(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี               |  | - ระยะยาว                 |
| เป็นจำนวนเงิน .....  |  | ข้อควรระวังในการให้บริการ |
|  | การดูแล  |                           |
|  | ระบุเฉพาะกิจกรรมบริการหลักๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์ระบบทันตกรรม<br>ประเภทศัลยกรรมกระดูกที่ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย<br>หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน<br>หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เช่น<br>กายภาพบำบัด การดูแลแผลกดทับ การให้อาหารทาง<br>สายยาง<br>*ทั้งนี้ ในกาปฏิบัติจริงสามารถหย่อนได้โดยคำนึงถึงสถานะ<br>ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ” |                           |

**แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/67 วันที่ 01/05/67**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน**

|   |   |   |                            |                       |        |                   |
|---|---|---|----------------------------|-----------------------|--------|-------------------|
| <p>ชื่อ นายประเด็จ ภูมาลี<br/>         เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460700329278</p>   | <p>ที่อยู่ 50 หมู่ 1<br/>         หมายเลขโทรศัพท์</p>   | <p>จัดทำวันที่ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567<br/>         วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3<br/>         ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1<br/>         ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้อ อ่อนแรง หลัง<br/>         กลับจาก รพ.ภาพลื่นรู่ ปอดอักเสบ</p> |                            |                       |        |                   |
| <p><b>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</b><br/> <b>ผู้สูงอายุ</b><br/>         - อยากรช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่<br/>         - อยากรให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง<br/> <b>ญาติ</b><br/>         - อยากรให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</p> | <p><b>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</b><br/>         - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p>  | <p><b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b><br/>         - การพลัดตกหกล้ม</p>   |                            |                       |        |                   |
| <p><b>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</b><br/>         - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ<br/>         - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</p>   | <p><b>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</b><br/>         - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วนภายใน 3 เดือน<br/>         - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน<br/>         - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ภายใน 3 เดือน</p> | <p><b>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)</b></p>  |                            |                       |        |                   |
| <p align="center"><b>กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal</b></p>   |   |   |                            |                       |        |                   |
| <p><b>กิจกรรม</b></p>   | <p><b>ความถี่</b></p>   | <p align="center">จ.    อ.    พ    พฤ    ศ    ส    อ</p>  | <p><b>ผู้รับผิดชอบ</b></p> |                       |        |                   |
| การนวดกระตุ้นการไหลเวียน  | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง   | ✓   |                            | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |        |                   |
| วัดความดันโลหิต   | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง   | ✓   |                            | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |        |                   |
| ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน  | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง   | ✓   |                            | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |        |                   |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ   | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง   | ✓   |                            | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |        |                   |
| ประเมินภาวะโภชนาการ   | เดือนละ 1 ครั้ง   |   |                            | ✓                     | พยาบาล |                   |
| ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม   | เดือนละ 1 ครั้ง   |   |                            |                       | ✓      | พยาบาล            |
| ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา  | เดือนละ 1 ครั้ง   |   |                            |                       | ✓      | พยาบาล            |
| วัดสัญญาณชีพ  | เดือนละ 1 ครั้ง   |   |                            |                       | ✓      | พยาบาล            |
| การนวด  | เดือนละ 1 ครั้ง   |   |                            |                       | ✓      | เจ้าหน้าที่แผนไทย |
| <p><b>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต</b><br/>         - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้ากลางวัน และเย็นโดยญาติ<br/>         - กายภาพบำบัดโดย Caregiver<br/>         - ออกกำลังกาย</p>  | <p><b>ผู้จัดทำ</b> นายสุวิทย์ ทบแก้ว<br/> <b>ผู้รับผิดชอบ</b><br/> <b>Caregiver :</b> นางผดุงพร พันธุ์พิบูลย์<br/> <b>ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน</b><br/> <b>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</b></p>  | <p>1) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์<br/>         .....<br/>         2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์<br/>         .....</p>   |                            |                       |        |                   |

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

|   |   |  |
|---|---|--|
| ชื่อ นายประเด็จ ภูมาลี<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460700329278  | ที่อยู่ 50 หมู่ 1<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)   | วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567   |
| เกิดวันที่ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2503<br>(อายุ 64 ปี)  | วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้อ อ่อนแรง หลังกลับจากรพ.ภาพลื่นรู่ ปอดอักเสบ  |  |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน  | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ  | การดูแล  |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 6,000 บาท | - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ<br>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา   | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>- โภชนาการ<br>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป<br><br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  |   |  |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ   |   |  |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ   | เป้าหมายการดูแล   |  |
| - การพลัดตกหกล้ม  | ระยะสั้น<br>- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3<br>เดือน<br>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี<br>ขึ้น ภายใน 3 เดือน<br>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ<br>น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน<br><br>ระยะยาว<br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง |  |
| ผู้จัดทำ Care plan นายสุริทธิ์ ทบแก้ว   | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)  |  |

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

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

**แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/67 วันที่ 01/05/67**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>ชื่อ นางหนูนา สุวรรณ<br/>         เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100959319</p>  | <p>ที่อยู่ 65 หมู่ 4<br/>         หมายเลขโทรศัพท์</p>  | <p>จัดทำวันที่ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567<br/>         วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3<br/>         ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1<br/>         ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : การเคลื่อนไหว ข้อเข่าเสื่อม</p> |
| <p><b>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</b><br/> <b>ผู้สูงอายุ</b><br/>         - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่<br/>         - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง<br/> <b>ญาติ</b><br/>         - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดเปลี่ยนแปลง</p> | <p><b>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</b><br/>         - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p>   | <p><b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b><br/>         - การพลัดตกหกล้ม</p>  |
| <p><b>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</b><br/>         - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา<br/>         - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</p>  | <p><b>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</b><br/>         - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน<br/>         - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p> | <p><b>บริการนอกเหนือรายลับค่าที่ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)</b></p>   |

| กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal |                   |    |    |   |    |   |   |   |                       |
|--|-------------------|----|----|---|----|---|---|---|-----------------------|
| กิจกรรม  | ความถี่           | จ. | อ. | พ | พฤ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ          |
| การนวดกระตุ้นการไหลเวียน                                       | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    | ✓ |    |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน                                   | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    | ✓ |    |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ                                      | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    | ✓ |    |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดความดันโลหิต  | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    | ✓ |    |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| ประเมินภาวะโภชนาการ  | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม                                | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| วัดสัญญาณชีพ   | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| ประเมินภาวะเครียด ST5  | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| การนวด   | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | เจ้าหน้าที่แผนไทย     |
| การดูแลสุขภาพช่องปาก ตรวจฟัน                                   | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | นักทันตภิบาล          |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต</b><br/>         - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้ากลางวัน และเย็นโดยญาติ<br/>         - ภายภพบำบัดโดยญาติ<br/>         - ออกกำลังกาย</p> | <p><b>ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว</b><br/> <b>ผู้รับผิดชอบ</b><br/> <b>Caregiver : นางพิชชาพร ภูน้ำย่อย</b><br/> <b>ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน</b><br/> <b>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</b></p> <p>1) ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป<br/>         .....<br/>         2) ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป<br/>         .....</p> |
|---|---|

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

|  |  |   |
|--|--|---|
| ชื่อ นางหนูนา สุวรรณ<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100959319   | ที่อยู่ 65 หมู่ 4<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)  | วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567  |
| เกิดวันที่ 05 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2494<br>(อายุ 73 ปี)  | วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : การเคลื่อนไหว ข้อเข่าเสื่อม   |   |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน  | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ   | การดูแล   |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 6,000 บาท | - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา<br>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่<br>หลับ  | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  |  |   |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ  |  |   |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ  | เป้าหมายการดูแล  |   |
| - การพลัดตกหกล้ม   | ระยะสั้น<br>- ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี<br>ขึ้น ภายใน 3 เดือน<br>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ<br>น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซึบถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน<br><br>ระยะยาว<br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง |   |
| ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว   | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)   |   |

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

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

**แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/67 วันที่ 01/05/67**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพ**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>ชื่อ นางหนูจิว พิมพาหนู<br/>         เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100959874</p>  | <p>ที่อยู่ 75 ม.4<br/>         หมายเลขโทรศัพท์</p>   | <p>จัดทำวันที่ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567<br/>         วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3<br/>         ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1<br/>         ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน ความดันโลหิต</p>  |
| <p><b>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</b><br/> <b>ผู้สูงอายุ</b><br/>         - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่<br/>         - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า<br/>         - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง</p> <p><b>ญาติ</b><br/>         - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น<br/>         - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม</p> | <p><b>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</b><br/>         - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p>   | <p><b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b><br/>         - การพลัดตกหกล้ม<br/>         - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</p>   |
| <p><b>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</b><br/>         - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</p>   | <p><b>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</b><br/>         - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน<br/>         - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน<br/>         - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p>        | <p><b>บริการนอกเหนือรายการสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) บริการอื่นๆ</b><br/>         - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล<br/>         - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน</p> |
| <p>กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal</p>   |  |  |
| <p><b>กิจกรรม</b></p>   | <p><b>ความถี่</b></p>  | <p><b>จ.    อ.    พ    พฎ    ศ    ส    อ    ผู้รับผิดชอบ</b></p>   |
| <p>การนัดกระตุ้นการไหลเวียน</p>   | <p>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</p>   | <p>✓</p>   |
| <p>ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน</p>   | <p>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</p>   | <p>✓</p>   |
| <p>การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ</p>  | <p>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</p>   | <p>✓</p>   |
| <p>วัดความดันโลหิต</p>  | <p>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</p>   | <p>✓</p>   |
| <p>วัดสัญญาณชีพ</p>   | <p>เดือนละ 1 ครั้ง</p>   | <p>✓</p>   |
| <p>ประเมินภาวะโภชนาการ</p>  | <p>เดือนละ 1 ครั้ง</p>   | <p>✓</p>   |
| <p>ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม</p>  | <p>เดือนละ 1 ครั้ง</p>   | <p>✓</p>   |
| <p>ประเมินภาวะเครียด ST5</p>  | <p>เดือนละ 1 ครั้ง</p>   | <p>✓</p>   |
| <p>การดูแลสุขภาพช่องปาก</p>   | <p>เดือนละ 1 ครั้ง</p>   | <p>✓</p>   |
| <p>การนวด</p>   | <p>เดือนละ 1 ครั้ง</p>   | <p>✓</p>   |
| <p><b>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต</b><br/>         - ตื่นนอน<br/>         - ล้างหน้า<br/>         - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้ากลางวัน และเย็นโดยญาติ<br/>         - กายภาพบำบัดโดย Caregiver<br/>         - ออกกำลังกาย</p>   | <p><b>ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว</b><br/> <b>ผู้รับผิดชอบ</b><br/>         Caregiver : นางพิชชาพร ภูน้ำน้อย<br/>         ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน<br/>         ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</p> <p>1) ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป<br/>         2) ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป</p> |  |

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

|  |  |   |
|--|--|---|
| ชื่อ นางหนูจิว พิมพ์พานู<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100959874   | ที่อยู่ 75 ม.4<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)   | วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567  |
| เกิดวันที่ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2498<br>(อายุ 69 ปี)   | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน ความดันโลหิต  |   |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน  | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ   | การดูแล   |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 6,000 บาท | - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ซา  | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้   |  |   |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ  |  |   |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ  | เป้าหมายการดูแล  |   |
| - การพลัดตกหกล้ม<br>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้<br>ยา/การแพ้ยา                                      | ระยะสั้น<br>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน<br>- ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี<br>ขึ้น ภายใน 3 เดือน<br>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ<br>น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซึบถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน<br><br>ระยะยาว<br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง |   |
| ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว   | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)   |   |

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

**แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/67 วันที่ 16/05/67**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน**

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>ชื่อ นายสำเภา ภูซัน<br/>         เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100960660</p>  | <p>ที่อยู่ 91 หมู่ 4<br/>         หมายเลขโทรศัพท์</p>   | <p>จัดทำวันที่ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567<br/>         วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3<br/>         ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1<br/>         ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี</p>  |
| <p><b>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</b><br/> <b>ผู้สูงอายุ</b><br/>         - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่<br/>         - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง<br/> <b>ญาติ</b><br/>         - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น<br/>         - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน</p> | <p><b>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</b><br/>         - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้<br/>         - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p>  | <p><b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b><br/>         - การพลัดตกหกล้ม</p>   |
| <p><b>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</b><br/>         - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ<br/>         - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา<br/>         - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p>  | <p><b>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</b><br/>         - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน<br/>         - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน<br/>         - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p> | <p><b>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)</b><br/> <b>บริการอื่นๆ</b><br/>         - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน<br/>         - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล</p> |

**กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal**

| กิจกรรม                         | ความถี่             | จ. | อ. | พ | พฤ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ          |
|---------------------------------|---------------------|----|----|---|----|---|---|---|-----------------------|
| การนวดกระตุ้นการไหลเวียน        | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง   |    | ✓  |   |    |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน    | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง   |    | ✓  |   |    |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง   |    | ✓  |   |    |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดความดันโลหิต                 | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง   |    | ✓  |   |    |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การดูแลแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง     | วันละ 1 ครั้ง(เช้า) |    | ✓  |   |    |   |   |   | พยาบาล                |
| วัดสัญญาณชีพ                    | เดือนละ 1 ครั้ง     |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| ประเมินภาวะโภชนาการ             | เดือนละ 1 ครั้ง     |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม | เดือนละ 1 ครั้ง     |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| การนวดกระตุ้นการไหลเวียน        | เดือนละ 1 ครั้ง     |    |    |   |    |   | ✓ |   | เจ้าหน้าที่แผนไทย     |
| การดูแลสุขภาพช่องปาก ตรวจฟัน    | เดือนละ 1 ครั้ง     |    |    |   |    |   | ✓ |   | นักทันตภิบาล          |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต</b></p> | <p><b>ผู้จัดทำ</b> นายสุวิทย์ ทบแก้ว<br/> <b>ผู้รับผิดชอบ</b><br/> <b>Caregiver :</b> นางพิชชาพร ภูน้ำน้อย<br/> <b>ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน</b><br/> <b>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</b></p> <p>1) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป<br/>         2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป</p> |
|---|---|

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|  |   |   |
|--|---|---|
| ชื่อ นายลำไย ภูซัน<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100960660   | ที่อยู่ 91 หมู่ 4<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)   | วันที่จัดทำ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567  |
| เกิดวันที่ 06 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2497<br>(อายุ 70 ปี)  | วินิจฉัย : ADL=9, TAI=BB<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี  |   |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน  | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ  | การดูแล   |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 6,000 บาท | - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ<br>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา<br>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง  | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป<br>- การเคลื่อนย้าย<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  |   |   |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ  |   |   |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ  | เป้าหมายการดูแล   |   |
| - การพลัดตกหกล้ม   | <b>ระยะสั้น</b><br>- ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน<br>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน<br>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน<br><b>ระยะยาว</b><br>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้<br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง |   |
| ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว   | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)  |   |

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

**แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/67 วันที่ 16/05/67**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>ชื่อ นางเพ็ญ กิ่งทอง<br/>         เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101001976</p>  | <p>ที่อยู่ 111 หมู่ 4<br/>         หมายเลขโทรศัพท์</p>   | <p>จัดทำวันที่ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567<br/>         วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2<br/>         ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2<br/>         ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปอดติดเชื้อ</p> |
| <p><b>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</b><br/> <b>ผู้สูงอายุ</b><br/>         - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่<br/>         - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง<br/> <b>ญาติ</b><br/>         - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล<br/>         - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</p> | <p><b>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</b><br/>         - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p>   | <p><b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b><br/>         - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</p>   |
| <p><b>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</b><br/>         - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</p>   | <p><b>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</b><br/>         - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 6 เดือน<br/>         - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 6 เดือน<br/>         - รับประทานอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 6 เดือน<br/>         - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน</p> | <p><b>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) บริการอื่นๆ</b><br/>         - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน</p>                     |

**กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal**

| กิจกรรม                         | ความถี่           | จ. | อ. | พ | พฤ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ          |
|---------------------------------|-------------------|----|----|---|----|---|---|---|-----------------------|
| การนัดกระตุ้นการไหลเวียน        | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    |   | ✓  |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน    | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    |   | ✓  |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ       | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    |   | ✓  |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| จัดเตรียมยาตามเวลา              | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    |   | ✓  |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดความดันโลหิต                 | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    |   | ✓  |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| ประเมินภาวะโภชนาการ             | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา    | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| วัดสัญญาณชีพ                    | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| การนัดกระตุ้นการไหลเวียน        | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | เจ้าหน้าที่แผนไทย     |
| การตรวจสุขภาพช่องปาก คำแนะนำ    | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | นักทันตภิบาล          |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต</b><br/>         - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้ากลางวัน และเย็นโดยญาติ<br/>         - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ<br/>         - กายภาพบำบัดโดย Caregiver<br/>         - ออกกำลังกาย</p> | <p><b>ผู้จัดทำ นายสุริย์ ทบแก้ว</b><br/> <b>ผู้รับผิดชอบ</b><br/> <b>Caregiver : นางพิชชาพร ภูน้ำย่อย</b><br/> <b>ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน</b><br/> <b>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</b></p> <p>1) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป<br/>         .....<br/>         2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป<br/>         .....</p> |
|--|--|

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเฉลี่ยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

|  |  |   |
|--|--|---|
| ชื่อ นางเพ็ญ กิ่งทอง<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101001976   | ที่อยู่ 111 หมู่ 4<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)   | วันที่จัดทำ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567  |
| เกิดวันที่ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2491<br>(อายุ 76 ปี)  | วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปอดติดเชื้อ   |   |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน  | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ   | การดูแล   |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2<br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 6,000 บาท | - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่<br>หลับ   | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>- โภชนาการ<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม<br>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้   |  |   |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ  |  |   |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ  | เป้าหมายการดูแล  |   |
| - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้<br>ยา/การแพ้ยา  | <b>ระยะสั้น</b><br>- อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 6 เดือน<br>- ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 6 เดือน<br>- รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 6<br>เดือน<br>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม<br>ภายใน 3 เดือน<br><br><b>ระยะยาว</b><br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง |   |
| ผู้จัดทำ Care plan นายสุริทธิ์ ทบแก้ว  | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)   |   |

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

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

**แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/67 วันที่ 01/05/67**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพ**

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>ชื่อ นางผอຍทอง บุญผง<br/>         เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100955585</p>   | <p>ที่อยู่ 15 หมู่ 4<br/>         หมายเลขโทรศัพท์</p>   | <p>จัดทำวันที่ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567<br/>         วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3<br/>         ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1<br/>         ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีภาวะข้อเข่าเสื่อม<br/>         กล้ามเนื้ออ่อนแรง</p> |
| <p><b>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</b><br/> <b>ผู้สูงอายุ</b><br/>         - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่<br/>         - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง<br/> <b>ญาติ</b><br/>         - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล<br/>         - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม</p> | <p><b>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</b><br/>         - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง<br/>         - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</p>   | <p><b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b><br/>         - การพลัดตกหกล้ม<br/>         - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์</p>  |
| <p><b>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</b><br/>         - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</p>   | <p><b>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</b><br/>         - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน<br/>         - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p> | <p><b>บริการนอกเหนือรายการสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)</b></p>   |

**กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal**

| กิจกรรม                         | ความถี่           | จ. | อ. | พ | พฤ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ          |
|---------------------------------|-------------------|----|----|---|----|---|---|---|-----------------------|
| การนวดกระตุ้นการไหลเวียน        | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    |   | ✓  |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| ทำความสะอาดพื้นนอน/บริเวณบ้าน   | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    |   | ✓  |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ       | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    |   | ✓  |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดความดันโลหิต                 | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    |   | ✓  |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| ประเมินภาวะโภชนาการ             | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา    | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| วัดสัญญาณชีพ                    | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| การนวด                          | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | เจ้าหน้าที่แผนไทย     |
| การดูแลสุขภาพช่องปาก ตรวจฟัน    | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | นักทันตภิบาล          |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต</b><br/>         - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ<br/>         - กายภาพบำบัดโดย Caregiver<br/>         - ออกกำลังกาย</p> | <p><b>ผู้จัดทำ</b> นายสุวิทย์ ทบแก้ว<br/> <b>ผู้รับผิดชอบ</b><br/> <b>Caregiver</b> : นางพิชชาพร ภูน้ำย่อย<br/> <b>ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน</b><br/> <b>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</b></p> <p>1) ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป<br/>         .....<br/>         2) ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป<br/>         .....</p> |
|---|---|

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

|  |   |   |
|--|---|---|
| ชื่อ นางผอຍทอง บุญผง<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100955585   | ที่อยู่ 15 หมู่ 4<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)   | วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567  |
| เกิดวันที่ 18 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2486<br>(อายุ 81 ปี)  | วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีภาวะข้อเข่าเสื่อม กล้ามเนื้ออ่อนแรง  |   |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน  | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ  | การดูแล   |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 6,000 บาท | - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ซา   | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  |   |   |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ  |   |   |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ  | เป้าหมายการดูแล   |   |
| - การผลิตตกหล่น<br>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้<br>ยา/การแพ้ยา                                       | ระยะสั้น<br>- พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี<br>ขึ้น ภายใน 3 เดือน<br>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ<br>น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซึบถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน<br><br>ระยะยาว<br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง<br>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ |   |
| ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว   | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)  |   |

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

**แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/67 วันที่ 01/05/67**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน**

| <p>ชื่อ นายบุญ นนทยะโส<br/>         เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100959548</p>  | <p>ที่อยู่ 69 หมู่ 4<br/>         หมายเลขโทรศัพท์</p>   | <p>จัดทำวันที่ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567<br/>         วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3<br/>         ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1<br/>         ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ได้รับอุบัติเหตุขาซ้ายหัก<br/>         เมื่อ 1 เดือนที่ผ่านมา</p>   |    |    |   |    |                       |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |
|---|---|--|----|----|---|----|-----------------------|---|---|--------------|--|---|--|--|--|--|--|-----------------------|--|---|--|--|--|--|--|-----------------------|--|---|--|--|--|--|--|-----------------------|--|---|--|--|--|--|--|-----------------------|--|---|--|--|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|---|--|--------|--|--|--|--|--|---|--|--------|--|--|--|--|--|---|--|--------|--|--|--|--|--|---|--|--------|--|--|--|--|--|---|--|-------------------|--|--|--|--|--|---|--|--------------|
| <p><b>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</b><br/> <b>ผู้สูงอายุ</b><br/>         - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง<br/> <b>ญาติ</b><br/>         - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วย<br/>         ของผู้สูงอายุที่ดูแล</p> | <p><b>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</b><br/>         - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์<br/>         - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p>   | <p><b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b><br/>         - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง</p>  |    |    |   |    |                       |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |
| <p><b>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</b><br/>         - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง<br/>         - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</p>  | <p><b>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</b><br/>         - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน<br/>         - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง<br/>         อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้<br/>         ภายใน 3 เดือน</p> | <p><b>บริการนอกเหนือรายการสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) บริการอื่นๆ</b><br/>         - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล<br/>         - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน</p>   |    |    |   |    |                       |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |
| <p><b>กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal</b></p>  |   |  |    |    |   |    |                       |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |
| <p><b>กิจกรรม</b></p>   | <p><b>ความถี่</b></p>   | <table border="1"> <thead> <tr> <th>จ.</th> <th>อ.</th> <th>พ</th> <th>พฤ</th> <th>ศ</th> <th>ส</th> <th>อ</th> <th>ผู้รับผิดชอบ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>เจ้าหน้าที่แผนไทย</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>นักทันตภิบาล</td> </tr> </tbody> </table> | จ. | อ. | พ | พฤ | ศ                     | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ |  | ✓ |  |  |  |  |  | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |  | ✓ |  |  |  |  |  | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |  | ✓ |  |  |  |  |  | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |  | ✓ |  |  |  |  |  | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |  | ✓ |  |  |  |  |  | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |  |  |  |  |  | ✓ |  | พยาบาล |  |  |  |  |  | ✓ |  | พยาบาล |  |  |  |  |  | ✓ |  | พยาบาล |  |  |  |  |  | ✓ |  | พยาบาล |  |  |  |  |  | ✓ |  | เจ้าหน้าที่แผนไทย |  |  |  |  |  | ✓ |  | นักทันตภิบาล |
| จ.  | อ.  | พ  | พฤ | ศ  | ส | อ  | ผู้รับผิดชอบ          |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |
|   | ✓   |  |    |    |   |    | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |
|   | ✓   |  |    |    |   |    | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |
|   | ✓   |  |    |    |   |    | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |
|   | ✓   |  |    |    |   |    | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |
|   | ✓   |  |    |    |   |    | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |
|   |   |  |    |    | ✓ |    | พยาบาล                |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |
|   |   |  |    |    | ✓ |    | พยาบาล                |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |
|   |   |  |    |    | ✓ |    | พยาบาล                |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |
|   |   |  |    |    | ✓ |    | พยาบาล                |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |
|   |   |  |    |    | ✓ |    | เจ้าหน้าที่แผนไทย     |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |
|   |   |  |    |    | ✓ |    | นักทันตภิบาล          |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |
| <p><b>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต</b><br/>         - ล้างหน้า<br/>         - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหาร<br/>         กลางวัน และเย็นโดยญาติ<br/>         - กายภาพบำบัดโดย Caregiver<br/>         - ออกกำลังกาย</p>                              | <p><b>ผู้จัดทำ</b> นายสุวิทย์ ทบแก้ว<br/> <b>ผู้รับผิดชอบ</b><br/> <b>Caregiver</b> : นางพิชชาพร ภูน้ำ้อย<br/> <b>ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า</b> 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน<br/> <b>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</b></p>                      | <p>1) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป<br/>         .....<br/>         2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป<br/>         .....</p>  |    |    |   |    |                       |   |   |              |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |   |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |        |  |  |  |  |  |   |  |                   |  |  |  |  |  |   |  |              |

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

|  |   |   |
|--|---|---|
| ชื่อ นายบุญ นนทยะโส<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100959548  | ที่อยู่ 69 หมู่ 4<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)   | วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567  |
| เกิดวันที่ 01 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2490<br>(อายุ 77 ปี)  | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ได้รับอุบัติเหตุขาซ้ายหัก เมื่อ 1 เดือนที่ผ่านมา   |   |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน  | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ  | การดูแล   |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 6,000 บาท | - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง<br>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้  | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>- การเคลื่อนย้าย<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  |   |   |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ  |   |   |
| ชื่อควรระวังในการให้บริการ   | เป้าหมายการดูแล   |   |
| - ข้อติด/ข้อห้ามนก   | <b>ระยะสั้น</b><br>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน<br>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน<br><br><b>ระยะยาว</b><br>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์<br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง |   |
| ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว   | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)  |   |

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

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/67 วันที่ 16/05/67

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพ

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>ชื่อ นายวิจิตร ถินสกลิตย์<br/>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100184007</p>  | <p>ที่อยู่ 39 หมู่ 6<br/>หมายเลขโทรศัพท์</p>   | <p>จัดทำวันที่ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567<br/>วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3<br/>ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1<br/>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไตวาย ขาบวมสองข้าง</p> |
| <p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต<br/>ผู้สูงอายุ<br/>- อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่<br/>- อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง<br/>ญาติ<br/>- อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น<br/>- อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน</p> | <p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)<br/>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง<br/>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p>   | <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ<br/>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์<br/>- การพลัดตกหกล้ม</p>  |
| <p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต<br/>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ<br/>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</p>   | <p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)<br/>- พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน<br/>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p> | <p>บริการนอกเหนือรายลับัตร (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)</p>   |

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

| กิจกรรม   | ความถี่           | จ. | อ. | พ | พฤ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ          |
|---|-------------------|----|----|---|----|---|---|---|-----------------------|
| ทาโลชั่น / น้ำมันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    |   | ✓  |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน                      | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    |   | ✓  |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ                         | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    |   | ✓  |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดความดันโลหิต                                   | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    |   | ✓  |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| ประเมินภาวะโภชนาการ                               | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม                   | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| จัดเตรียมยาตามเวลา                                | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| วัดสัญญาณชีพ                                      | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| การนวด  | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | เจ้าหน้าที่แผนไทย     |
| การดูแลสุขภาพช่องปาก ตรวจฟัน                      | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | นักทันตภิบาล          |

|  |  |
|--|--|
| <p>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต<br/>- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารกลางวัน และเย็นโดยญาติ<br/>- กายภาพบำบัดโดย Caregiver<br/>- ออกกำลังกาย</p> | <p>ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว<br/>ผู้รับผิดชอบ<br/>Caregiver : นางวรรณุช นาใจยงค์<br/>ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0นาท./วัน<br/>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</p> <p>1) ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป<br/>.....<br/>2) ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป<br/>.....</p> |
|--|--|

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

|  |   |   |
|--|---|---|
| ชื่อ นายวิจิตร ถินสถิตย์<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100184007   | ที่อยู่ 39 หมู่ 6<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)   | วันที่จัดทำ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567  |
| เกิดวันที่ 12 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487<br>(อายุ 80 ปี)   | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไตวาย ซาบวมสองข้าง   |   |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน  | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ  | การดูแล   |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 6,000 บาท | - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ<br>- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา   | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออาจจะไม่ได้   |   |   |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ  |   |   |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ  | เป้าหมายการดูแล   |   |
| - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้<br>ยา/การแพ้ยา<br>- การพลัดตกหกล้ม                                      | <b>ระยะสั้น</b><br>- ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี<br>ขึ้น ภายใน 3 เดือน<br>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ<br>น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน<br><br><b>ระยะยาว</b><br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง<br>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า |   |
| ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว   | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)  |   |

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณรายปีสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)

|   |  |   |
|---|--|---|
| ชื่อ นางบัวพันธุ์ ถนอมศรี<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101083778   | ที่อยู่ 10 หมู่ 7<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)  | วันที่จัดทำ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567  |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480<br>[อายุ 87 ปี]  | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีภาวะข้อเข่าเสื่อม   |   |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน  | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ   | การดูแล   |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 6,000 บาท | - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา  | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  |  |   |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ   |  |   |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ   | เป้าหมายการดูแล  |   |
| - การพลัดตกหกล้ม  | ระยะสั้น<br>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน<br>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน<br><br>ระยะยาว<br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง<br>- เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ |   |
| ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว  | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)   |   |

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

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

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

**แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/67 วันที่ 16/05/67**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>ชื่อ นายเจียง พันธุ์ศักดิ์<br/>         เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101087161</p>  | <p>ที่อยู่ 56 หมู่ 7<br/>         หมายเลขโทรศัพท์</p>  | <p>จัดทำวันที่ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567<br/>         วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3<br/>         ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1<br/>         ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : การเคลื่อนไหว ข้อเข่าเสื่อม</p> |
| <p><b>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</b><br/> <b>ผู้สูงอายุ</b><br/>         - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่<br/>         - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง<br/> <b>ญาติ</b><br/>         - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล<br/>         - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น<br/>         - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม</p> | <p><b>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</b><br/>         - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง<br/>         - ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p>  | <p><b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b><br/>         - การพลัดตกหกล้ม</p>  |
| <p><b>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</b><br/>         - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</p>  | <p><b>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</b><br/>         - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน<br/>         - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p> | <p>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)</p>  |

**กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal**

| กิจกรรม                         | ความถี่           | จ. | อ. | พ | พฤ | ศ | ส | อ | ผู้รับผิดชอบ          |
|---------------------------------|-------------------|----|----|---|----|---|---|---|-----------------------|
| การนวดกระตุ้นการไหลเวียน        | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    | ✓ |    |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ       | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    | ✓ |    |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน    | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    | ✓ |    |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| วัดความดันโลหิต                 | อาทิตย์ละ 1 ครั้ง |    |    | ✓ |    |   |   |   | ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG) |
| ประเมินภาวะโภชนาการ             | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| วัดสัญญาณชีพ                    | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| ประเมินภาวะเครียด ST5           | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | พยาบาล                |
| การนวดกระตุ้นการไหลเวียน        | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | เจ้าหน้าที่แผนไทย     |
| การดูแลสุขภาพช่องปาก ตรวจฟัน    | เดือนละ 1 ครั้ง   |    |    |   |    |   | ✓ |   | นักทันตภิบาล          |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต</b><br/>         - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารกลางวัน และเย็นโดยญาติ<br/>         - กายภาพบำบัดโดย Caregiver<br/>         - ออกกำลังกาย</p> | <p><b>ผู้จัดทำ</b> นายสุวิทย์ ทบแก้ว<br/> <b>ผู้รับผิดชอบ</b><br/> <b>Caregiver :</b> นางนิยมาจิตร คำประสาร<br/> <b>ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน</b><br/> <b>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</b></p> <p>1) ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วตป<br/>         .....<br/>         2) ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วตป<br/>         .....</p> |
|--|--|

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

|  |   |   |
|--|---|---|
| ชื่อ นายเชื่อง พันธุ์ภักดี<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101087161   | ที่อยู่ 56 หมู่ 7<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)   | วันที่จัดทำ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567  |
| เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2483<br>(อายุ 84 ปี)   | วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : การเคลื่อนไหว ข้อเข่าเสื่อม  |   |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน  | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ  | การดูแล   |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 6,000 บาท | - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา   | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้   |   |   |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ  |   |   |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ  | เป้าหมายการดูแล   |   |
| - การพลัดตกหกล้ม   | ระยะสั้น<br>- ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน<br>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน<br><br>ระยะยาว<br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง<br>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า |   |
| ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว   | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)  |   |

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

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

**ส่วนที่ 3 : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 4 ประจำปีงบประมาณ 2567 เมื่อวันที่ 26 เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ได้พิจารณาโครงการของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการดูแลระยะยาวฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

**อนุมัติ** โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ จำนวน 10 คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน 60,000 บาท (หกหมื่นบาทถ้วน) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลไผ่เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 60,000 บาท (หกหมื่นบาทถ้วน)

รายละเอียดตามตาราง

| กลุ่มติดบ้าน   |                    |   |                    | กลุ่มติดเตียง   |                    |   |                    | รวม           |                    |
|--|--------------------|---|--------------------|---|--------------------|---|--------------------|---------------|--------------------|
| กลุ่มที่ 1<br>เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหา<br>การกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มี<br>ภาวะสับสน |                    | กลุ่มที่ 2<br>กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมี<br>ภาวะสับสน และอาจมี<br>ปัญหาการกิน/การขับถ่าย |                    | กลุ่มที่ 3<br>กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้<br>ไม่มีปัญหาการกิน/การ<br>ขับถ่าย หรือเจ็บป่วย<br>รุนแรง |                    | กลุ่มที่ 4<br>กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้<br>เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ใน<br>ระยะท้ายของชีวิต |                    | จำนวน<br>(คน) | ค่าบริการ<br>(บาท) |
| จำนวน<br>(คน)  | ค่าบริการ<br>(บาท) | จำนวน<br>(คน)   | ค่าบริการ<br>(บาท) | จำนวน<br>(คน)   | ค่าบริการ<br>(บาท) | จำนวน<br>(คน)   | ค่าบริการ<br>(บาท) |               |                    |
| 10   | 60,000             | -   | -                  | -   | -                  | -   | -                  | 10            | 60,000             |

**ไม่อนุมัติ** เนื่องจาก.....  
 หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ..... (ระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการอนุมัติ).....

ลงชื่อ.....

(นายประกรรณ สุโขไพรี)  
 นายกเทศบาลตำบลไผ่

ประธานคณะกรรมการ

สนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง  
 เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์