

**แบบฟอร์มโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**  
**สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการ**  
**หลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ**  
**ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**

.....

**ส่วนที่ 1 : โครงการ**

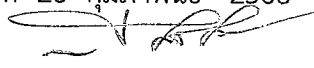
เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
 เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ด้วยศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์  
 จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน  
 พื้นที่เทศบาลตำบลไผ่ โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับ  
 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศฯ เป็นค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย)  
 ต่อคนต่อปี จำนวน 4 คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน 24,000 บาท (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน)  
 รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ 1		กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3		กลุ่มที่ 4			
เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย		กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่ายหรือ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
2	12,000	1	6,000	1	6,000	-	-	4	24,000

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี  
 เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณา  
 สนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568

ลงชื่อ .....  ผู้จัดทำโครงการ

(นายประครอง สุไฟโพธิ์)

ตำแหน่งประธานกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ฯ

ส่วนที่ 2

สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี

เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณามาสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ

ชื่อ	ที่อยู่	วันจัดทำ
เลขบัตรประชาชน	หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	
เกิดวันที่ เดือน ปี (อายุ.....ปี)	วินิจฉัย	
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการดูแลระยะยาว(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ .....		- ระยะสั้น
ขอรับการสนับสนุนค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี		- ระยะยาว
เป็นจำนวนเงิน ..... บาท	การดูแล	ขอความร่วมมือในการให้บริการ
<p>.....ระบุเฉพาะกิจกรรมบริการหลักๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เช่น ภาวะสุขภาพบำบัด. การดูแลแผลกดทับ. การให้อาหารทางสายยาง</p> <p>*ทั้งนี้ ในกรปฏิบัติการปฏิบัติงานสามารถยืดหยุ่นได้โดยคำนึงถึงสภาพของผู้ป่วยเป็นสำคัญ"</p>		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางบุญยืน สำราญอินทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100183477	ที่อยู่ 30 หมู่ 1 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 04 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2504 (อายุ 63 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวานเท้าชาถูกตัด เดินไม่ได้เอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
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 01/03/67**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน**

ชื่อ นางบุญอัน สำราญอินทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100183477	ที่อยู่ 30 หมู่ 1 หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 01 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567 วินิจฉัย : ADL=6, TAI=BB3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน เท้าขาถูกตัด เดินไม่ได้เอง																																																																																																															
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																																																																																															
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจกรรมประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) ภายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																																																																																															
<b>กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal</b>																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>ความถี่</th> <th>จ.</th> <th>อ.</th> <th>พ</th> <th>พญ</th> <th>ศ</th> <th>ส</th> <th>อ</th> <th>ผู้รับผิดชอบ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ทำความสะอาดห้องนอน/บริเวณบ้าน</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>วัดความดันโลหิต</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>อาบน้ำ</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ทาโลชั่น /น้ำมันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>การดูแลสุขภาพช่องปากและให้คำปรึกษา</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>นักทันตภิบาล</td> </tr> <tr> <td>การตรวจเพื่อการบำบัดและการใช้ยาสมุนไพร</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>เจ้าหน้าที่แผนไทย</td> </tr> </tbody> </table>	กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	ทำความสะอาดห้องนอน/บริเวณบ้าน	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	วัดความดันโลหิต	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	อาบน้ำ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล	เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล	ทาโลชั่น /น้ำมันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล	การดูแลสุขภาพช่องปากและให้คำปรึกษา	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักทันตภิบาล	การตรวจเพื่อการบำบัดและการใช้ยาสมุนไพร	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย	ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว ผู้รับผิดชอบ Caregiver : นางริญจวน มาตรประสงค์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้		1) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วตป ..... 2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วตป .....
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																								
ทำความสะอาดห้องนอน/บริเวณบ้าน	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																								
การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																								
วัดความดันโลหิต	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																								
อาบน้ำ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล																																																																																																								
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล																																																																																																								
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล																																																																																																								
ทาโลชั่น /น้ำมันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล																																																																																																								
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล																																																																																																								
การดูแลสุขภาพช่องปากและให้คำปรึกษา	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักทันตภิบาล																																																																																																								
การตรวจเพื่อการบำบัดและการใช้ยาสมุนไพร	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย																																																																																																								
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดย Caregiver - กายภาพบำบัดโดย Caregiver	ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว ผู้รับผิดชอบ Caregiver : นางริญจวน มาตรประสงค์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้																																																																																																																

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายชาย สุริยบุญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100190503	ที่อยู่ 4 หมู่ 2 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความจำเสื่อม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
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 01/02/67**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน**

<p>ชื่อ นายชาย สุริยบุญ          เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100190503</p>	<p>ที่อยู่ 4 หมู่ 2          หมายเลขโทรศัพท์</p>	<p>จัดทำวันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567          วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13          ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3          ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความจำเสื่อม</p>																																																																																										
<p><b>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</b>  <b>ผู้สูงอายุ</b>          - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่          - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง  <b>ญาติ</b>          - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น          - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม</p>	<p><b>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</b>          - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง          - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม          - ไม่มีภาวะซึมเศร้า          - ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	<p><b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b>          - การพลัดตกหกล้ม</p>																																																																																										
<p><b>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</b>          - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ          - กลั้นปัสสาวะไม่ได้          - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา          - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้          - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p>	<p><b>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</b>          - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน          - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p>	<p><b>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) บริการอื่นๆ</b>          - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน</p>																																																																																										
<p><b>กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal</b></p>																																																																																												
<p><b>กิจกรรม</b></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ความถี่</th> <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>ดูแลสุขภาพช่องปาก</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>นักทันตภิบาล</td> </tr> <tr> <td>การนวด</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>เจ้าหน้าที่แผนไทย</td> </tr> <tr> <td>การนวดกระตุ้นการไหลเวียน</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>เจ้าหน้าที่แผนไทย</td> </tr> <tr> <td>ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะโภชนาการ</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>วัดสัญญาณชีพ</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> </tbody> </table>	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	ดูแลสุขภาพช่องปาก	เดือนละ 1 ครั้ง					✓		นักทันตภิบาล	การนวด	เดือนละ 1 ครั้ง					✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย	การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง					✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย	ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 1 ครั้ง					✓		พยาบาล	เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	เดือนละ 1 ครั้ง					✓		พยาบาล	ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง					✓		พยาบาล	
ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																																				
ดูแลสุขภาพช่องปาก	เดือนละ 1 ครั้ง					✓		นักทันตภิบาล																																																																																				
การนวด	เดือนละ 1 ครั้ง					✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย																																																																																				
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง					✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย																																																																																				
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																				
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																				
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																				
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 1 ครั้ง					✓		พยาบาล																																																																																				
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	เดือนละ 1 ครั้ง					✓		พยาบาล																																																																																				
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง					✓		พยาบาล																																																																																				
<p><b>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต</b>          - ตื่นนอน          - ล้างหน้า          - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้ากลางวัน และเย็นโดยญาติ          - ออกกำลังกาย</p>	<p><b>ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว</b>  <b>ผู้รับผิดชอบ</b>  <b>Caregiver : น.ส.จิราวรรณ ปรีผ่อง</b>  <b>ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน</b>  <b>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</b></p> <p>1) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป          .....</p> <p>2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป          .....</p>																																																																																											

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายศักดิ์มณี สำราญบุญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100194169	ที่อยู่ 62 หมู่ 2 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 19 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 26 เดือน มกราคม พ.ศ. 2514 (อายุ 53 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นผู้ป่วยสุขภาพจิต สมองได้รับการกระทบกระเทือนจสก mc ล้มเอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - 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 19/03/67**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน**

<p>ชื่อ นายศักดิ์มณี สำราญบุญ          เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100194169</p>	<p>ที่อยู่ 62 หมู่ 2          หมายเลขโทรศัพท์</p>	<p>จัดทำวันที่ 19 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567          วินิจฉัย : ADL=5, TAI=83          ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1          ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นผู้ป่วยสุขภาพจิต สมองได้รับการกระทบกระเทือนจสก mc ล้มเอง</p>
<p><b>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</b>  <b>ผู้สูงอายุ</b>          - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่          - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง          - อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม          - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า  <b>ญาติ</b>          - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม</p>	<p><b>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</b>          - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้          - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p>	<p><b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b>          - การพลัดตกหกล้ม          - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</p>
<p><b>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</b>          - กลับปัสสาวะไม่ได้          - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ          - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</p>	<p><b>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</b>          - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน          - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน          - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p>	<p><b>บริการนอกเหนือรายลับค่าที่ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) บริการอื่นๆ</b>          - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล          - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน</p>

**กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal**

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวด	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 1 ครั้ง							✓	พยาบาล
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง							✓	พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง							✓	พยาบาล
ฝึกการกลืนปัสสาวะ	เดือนละ 1 ครั้ง							✓	พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง							✓	พยาบาล
ดูแลสุขภาพช่องปาก	เดือนละ 1 ครั้ง							✓	นักทันตภิบาล
การนวดเพื่อการบำบัด และการใช้ยาสมุนไพรที่จำเป็น	เดือนละ 1 ครั้ง							✓	เจ้าหน้าที่แผนไทย

<p><b>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต</b></p>	<p>ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว          ผู้รับผิดชอบ          Caregiver : น.ส.จิราวรรณ ปรีผ่อง          ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน          ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</p> <p>1) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ .....</p> <p>2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ .....</p>
---	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเซตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางจันทร์เพ็ง พันสองงค์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101100371	ที่อยู่ 95 หมู่ 3 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489 [อายุ 78 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สมองเสื่อม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การหลงทาง	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - 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 01/03/67**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพ**

ชื่อ นางจันทร์เพ็ญ พันธสงค์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101100371	ที่อยู่ 95 หมู่ 3 หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 01 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567 วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สมองเลื่อม																																																																																																
<b>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</b> ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดเปลี่ยน	<b>แนวโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</b> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	<b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b> - การหลงทาง																																																																																																
<b>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</b> - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	<b>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</b> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซักถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน	<b>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal)</b> บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																																																																																
<b>กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal</b>																																																																																																		
<b>กิจกรรม</b>	<b>ความถี่</b>	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>จ.</td> <td>อ.</td> <td>พ</td> <td>พฤ</td> <td>ศ</td> <td>ส</td> <td>อ</td> <td>ผู้รับผิดชอบ</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>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td></td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td></td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td></td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td></td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td></td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>นักทันตภิบาล</td> </tr> <tr> <td></td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>เจ้าหน้าที่แผนไทย</td> </tr> </table>	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)		เดือนละ 1 ครั้ง				✓		พยาบาล		เดือนละ 1 ครั้ง				✓		พยาบาล		เดือนละ 1 ครั้ง				✓		พยาบาล		เดือนละ 1 ครั้ง				✓		พยาบาล		เดือนละ 1 ครั้ง				✓		พยาบาล		เดือนละ 1 ครั้ง				✓		นักทันตภิบาล		เดือนละ 1 ครั้ง				✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																																											
		✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																											
		✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																											
		✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																											
		✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																											
	เดือนละ 1 ครั้ง				✓		พยาบาล																																																																																											
	เดือนละ 1 ครั้ง				✓		พยาบาล																																																																																											
	เดือนละ 1 ครั้ง				✓		พยาบาล																																																																																											
	เดือนละ 1 ครั้ง				✓		พยาบาล																																																																																											
	เดือนละ 1 ครั้ง				✓		พยาบาล																																																																																											
	เดือนละ 1 ครั้ง				✓		นักทันตภิบาล																																																																																											
	เดือนละ 1 ครั้ง				✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย																																																																																											
<b>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต</b> - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ภาวะภาพบำบัดโดย Caregiver - ภาวะภาพบำบัดโดยญาติ	<b>ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทนแก้ว</b> <b>ผู้รับผิดชอบ</b> Caregiver : น.ส.แพรวพราย ทรัพย์นันท์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้  1) ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป ..... 2) ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป .....																																																																																																	

**ส่วนที่ 3 : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

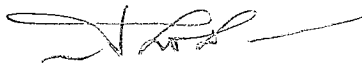
การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 3 ประจำปีงบประมาณ 2567 เมื่อวันที่ 23 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ได้พิจารณาโครงการของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการดูแลระยะยาว(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

**อนุมัติ** โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ จำนวน 4 คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน 24,000 บาท (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลไผ่เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 24,000 บาท (สองหมื่นสี่พันบาทถ้วน)

รายละเอียดตามตาราง

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหา การกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มี ภาวะสับสน		กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมี ภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย หรือเจ็บป่วย รุนแรง		กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต		จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)		
2	12,000	1	6,000	1	6,000	-	-	4	24,000

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

ลงชื่อ.....  


ประธานคณะกรรมการ  
 สนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง  
 เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ประธานคณะกรรมการ  
 สนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง  
 เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์