

แบบฟอร์มโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ส่วนที่ 1 : โครงการ

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ด้วยศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอมืองกาฬสินธุ์
จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน
พื้นที่เทศบาลตำบลไผ่ โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศฯ เป็นค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย)
ต่อคนต่อปี จำนวน 7 คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน 73,094 บาท (เจ็ดหมื่นสามพันเก้าสิบสี่บาท
ถ้วน) 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)
7	73,094	-	-	-	-	-	-	7	73,094

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี
เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณา
สนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2568

ลงชื่อ ผู้จัดทำโครงการ

(นายประครอง สุไผ่โพธิ์)

ตำแหน่งประธานกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ฯ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางบุญรื่น ตาสาโรจน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100181202	ที่อยู่ 86 หมู่ 1 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 17 เดือน เมษายน พ.ศ. 2493 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง/โรคหลอดเลือดสมอง รักษาโรงพยาบาลขอนแก่นทุก 4 เดือน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - อยู่บ้านคนเดียวไม่มีผู้ดูแล	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกมลใจ วิลาไชย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100190431	ที่อยู่ 64 หมู่ 2 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 11 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2502 [อายุ 65 ปี]	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง รับประทานโรงพยาบาลกาฬสินธุ์/โรคหัวใจ/นิ้วในโต	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ซา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุญยัง มีคหา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100185836	ที่อยู่ 55 หมู่ 2 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2493 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หอบหืด/โรคเก๊าท์	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ซา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซึบถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลรายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายสมพร ภูแดนแผน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101095024	ที่อยู่ 74 หมู่ 3 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 02 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 23 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2504 [อายุ 63 ปี]	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มะเร็งลำไส้ใหญ่/ให้อาหารทางหน้าท้อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชั้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของช่องและกลืนเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเบญจ ทรงวงเขต เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101088800	ที่อยู่ 81 หมู่7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2497 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง / การเคลื่อนไหวลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ซา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกึ่งปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....รพท.
 [.....]

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

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

ชื่อ นางอำนาจ ยานเรือง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5460190024949	ที่อยู่ 152 หมู่ 7 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 02 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 30 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2509 (อายุ 58 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปวดกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - มีอาการปวดตามข้อ ตลอดเวลา ต้องกินยาแก้ ปวดเป็นประจำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

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

ชื่อ นายอ่าง ถิ่นแสนดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101093421	ที่อยู่ 134 หมู่ 8 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 02 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 14 เดือน มกราคม พ.ศ. 2493 [อายุ 74 ปี]	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลอดเลือดสมอง / เคลื่อนไหวลำบาก / ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ฝ้าย้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ 	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

ส่วนที่ 3 : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

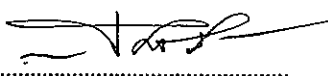
การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 6 ประจำปีงบประมาณ 2567 เมื่อวันที่ 28 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ได้พิจารณาโครงการของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปรูปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการดูแลระยะยาว(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

อนุมัติ โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ จำนวน 7 คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน 73,094 บาท (เจ็ดหมื่นสามพันเก้าสิบลีบบาทถ้วน) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลไผ่เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 73,094 บาท (เจ็ดหมื่นสามพันเก้าสิบลีบบาทถ้วน)

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)		
7	73,094	-	-	-	-	-	-	7	73,094

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

ลงชื่อ.....


.....

ประธานคณะกรรมการ

สนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
 เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์