

แบบฟอร์มโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

.....

ส่วนที่ 1 : โครงการ

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลไผ่
 อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ด้วยศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์
 จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่
 เทศบาลตำบลไผ่ โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับบุคคลที่มีภาวะ
 พึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศฯ เป็นค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี
 จำนวน 2 คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน 20,884 บาท (สองหมื่นแปดร้อยแปดสิบสี่บาทถ้วน)
 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	20,884	-	-	-	-	-	-	2	20,884

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี เพื่อ
 เสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสันนิษฐาน
 ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2569

ลงชื่อ ผู้จัดทำโครงการ
 (นายประครอง สุใหม่โพธิ์)
 นายกเทศมนตรีตำบลไผ่

ตำแหน่งประธานกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ฯ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเพ็ญศรี ภูธงไชย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3461300285894	ที่อยู่ 4 หมู่ 1 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 09 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2502 (อายุ 66 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มะเร็งลำไส้ใหญ่ เย็บปิดทวารหนัก ถ่ายทางหน้าท้อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,440 บาท	- ถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ต้องใช้ถุงใส่อุจจาระ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำคัญอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุริทธิ์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/68 วันที่ 25/06/68
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

<p>ชื่อ นางเต็มศรี ภูทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3461300285894</p>	<p>ที่อยู่ 4 หมู่ 1 หมายเลขโทรศัพท์</p>	<p>จัดทำวันที่ 25 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568 วินิจฉัย : ADL-10, TAI=83 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มะเร็งลำไส้ใหญ่ เข้าบิดวารหนัก ถ่ายทางหน้าท้อง</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิตผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ <p>ญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน 	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ช่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากกรณีนอนนานๆ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - ถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง ต้องใช้ถุงใส่อุจจาระ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา 	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน 	<p>บริการนอกเหนือรายการสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและท้องถิ่น)</p> <p>อุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ถุงใส่อุจจาระทางหน้าท้อง <p>บริการอื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมพยาบาลภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การบวกระงับการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทาโลชั่น /นวดน้มนะบอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การดูแลถุงอุจจาระทางหน้าท้อง	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การวัดและการใช้ยาสมุนไพร	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การดูแลสุขภาพช่องปาก	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักทันตภิบาล

<p>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลเตรียมให้ยา - ภายภาพบำบัด - ออกกำลังกาย 	<p>ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทนแก้ว ผู้รับผิดชอบ Caregiver: นางวิญจนา มาตรประสงค์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</p> <p>1) _____ (ผู้ช่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ _____</p> <p>2) _____ (ผู้ช่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ _____</p>
--	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายประเวศ สำราญภูมิ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3469900304927	ที่อยู่ 71 หมู่ 8 ตำบลไผ่ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 24 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2485 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย: ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีภาวะต่อมลูกหมากโต มีปัญหาปัสสาวะบ่อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,440 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/67 วันที่ 25/06/68
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ นายประเวศ สำนวนภูมิ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3469900304927	ที่อยู่ 71 หมู่ 8 ตำบลไผ่ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 25 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2568 วิจัยชัย : ADL=4, TAI=3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีภาวะต่อมลูกหมากโต มีปัญหาปัสสาวะบ่อย							
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้งญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลหลังเปลี่ยน	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ต้องอุปกรณ์	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การพลัดตกหกล้ม							
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - หันหลังภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายชื่อบุคลากร (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) บริการอื่นๆ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล							
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พค	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 3 ครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 3 ครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 3 ครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดพื้นอบ/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 3 ครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ผิกรกลิ้นปัสสาวะ	อาทิตย์ละ 3 ครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การตรวจกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 3 ครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
สร้างหน้า แปรงหิน	เดือนละ 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	นักทันตภิบาล
การวัดและการใช้ยาสมุนไพร	เดือนละ 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เจ้าหน้าที่แผนไทย
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	พยาบาล
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	พยาบาล
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้อาโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้อาโดย Caregiver - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - ออกกำลังกาย	ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว ผู้รับผิดชอบ Caregiver : นางนุชนาถ สุขกำเนิด ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0นาท/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) รับผิดชอบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) รับผิดชอบ								

ส่วนที่ 3 : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแล ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแล สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง


การประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 5 ประจำปีงบประมาณ 2568 เมื่อวันที่ 19 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 ได้พิจารณาโครงการของศูนย์พัฒนา และฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามโครงการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการดูแลฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

อนุมัติ โครงการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่าย ตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ จำนวน 2 คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน 20,884 บาท (สองหมื่นแปดร้อยแปดสิบบาทถ้วน) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลไผ่เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20,884 บาท (สองหมื่นแปดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)

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	20,884	-	-	-	-	-	-	2	20,884

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

ลงชื่อ.....


(นายประครอง สุโผสิทธิ์)

นายกเทศมนตรีตำบลไผ่

ประธานคณะอนุกรรมการ

สนับสนุนการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์