

**แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/69 วันที่ 05/03/69**  
**หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน**

ชื่อ นายทรง สุมิธเศษ  
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460900180010

ที่อยู่ 166 หมู่ 6  
 หมายเลขโทรศัพท์

**วินิจฉัย :**  
 กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL  
 รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินหัตถะแผน ADL : ADL=6, TAI=83  
 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1  
 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีภาวะมีน้ำในช่องท้อง นอนราบไม่ได้  
 โรคประจำตัว :  
 - เนื่องจากวัยของต้นและหน้าดิน

**แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต**  
**ผู้สูงอายุ**  
 - ยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกหกล้มถึง  
**ญาติ**  
 - สามารถรับประทานอาหารด้วยตนเองได้ปกติไม่เกิดการสำลัก  
 - ยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยนแปลง

**ประเด็นปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต**  
 - ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียด/ความรู้สึกลดลง  
 เป็นภาระ  
 - ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร  
 - ต้องการความช่วยเหลือในการลุกขึ้นจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้  
 - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า  
 - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ  
 - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน  
 - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ

**ข้อควรระวังในการให้บริการ**  
 - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

**กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต**  
 - ภายภาพบำบัด โดยญาติ  
 - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ  
 - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ  
 - รับประทานยา

**เป้าหมายการดูแล**  
**ระยะสั้น (3 เดือน)**  
 - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ภายใน 1 เดือน  
 - ลูกขึ้นจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ด้วยตนเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 1 เดือน  
 - ญาติและผู้ดูแลมีระดับความเครียด/ความรู้สึกลดลงเป็นกระดกภายใน 1 เดือน  
 - รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 1 เดือน  
**ระยะยาว (6 เดือน)**  
 - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย และยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค  
 - ญาติได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ฝ้าย้อม

**กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal**

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินอาการเบื้องต้น เพื่อรายงาน/ส่งต่อ ปัญหากับ CM	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำกิจวัตร /บ้านขณะออก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise)	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
จัดท่านอน ท่างั่ง หลีกเลี่ยงแรงกดทับป้องกันแผลกดทับ	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
การดูแลสุขภาพช่องปากและการให้คำแนะนำ	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			นักทันตภิบาล
การวัดเพื่อการบำบัดและการใช้ยาสมุนไพร	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			เจ้าหน้าที่แผนไทย

**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal)**  
**อุปกรณ์ทางการแพทย์**  
 - เตียงผู้ป่วย  
 - เครื่องผลิตออกซิเจน  
 - ฝ้าย้อมผู้ใหญ่  
**กายอุปกรณ์**  
 - รถเข็นนั่ง  
**บริการอื่นๆ**  
 - ภายภาพบำบัด โดย Caregiver  
 - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล  
 - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ  
 - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

**ผู้จัดทำ :** นายสุวิทย์ หบแก้ว  
**ผู้รับผิดชอบ :**  
 Caregiver : นางกัทดี นามนุงคุณ  
**ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน**  
**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้**  
 1) ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] าลป  
 2) ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] าลป

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน  
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นางสาว โสวัตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100188053	ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 05 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 05 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2487 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=6, TAI=83 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : - โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ได้รับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - เก้าอ้นนั่งถ่าย 1 ชุด	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ ตัวเองได้ ทานข้าวเองได้ ซักถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ซึบถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทนแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหึ่งหึ่งและบุคคลที่มีภาวะหึ่งหึ่ง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน  
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

ชื่อ นายเส็ง อิ่มพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480101100656	ที่อยู่ 100 หมู่ 3 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 05 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะหึ่งหึ่ง : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=6, TAI=B3 ผู้ที่มีภาวะหึ่งหึ่ง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีปัญหาต่อมลูกหมาก มีภาวะหลงลืม โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะหึ่งหึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - โภષิตสภาวะชาย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การดูแลอุปกรณ์ สายfeed สายระบาย สายสวน - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลด้านจิตใจ - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม	เป้าหมายการดูแล  ระยะสั้น - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว -	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน  
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

<p>ชื่อ นายณรงค์ สุวังคงเดช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460900190010</p>	<p>ที่อยู่ 168 หมู่ 6 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 05 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2510 (อายุ 59 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=6, TAI=83 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีภาวะมีน้ำในช่องท้อง นอนราบไม่ได้ โรคประจำตัว : - เนื่องจากวัยของตับและท่อน้ำดีในตับ</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท</p>	<p>- ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระ - ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการลุกขึ้นจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ</p>	
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>		
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน</p>	<p>มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<p>- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p>	<p><b>ระยะสั้น</b> - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ภายใน 1 เดือน - ลุกขึ้นจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ด้วยตนเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 1 เดือน - ญาติและผู้ดูแลมีระดับความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระลดลง ภายใน 1 เดือน - รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 1 เดือน</p> <p><b>ระยะยาว</b> - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วยและยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ญาติได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม</p>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทนแก้ว</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

**แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน  
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

<p>ชื่อ นายหนูแกน สำราญบุญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101095288</p>	<p>ที่อยู่ อ. เมืองกาฬสินธุ์ จ. กาฬสินธุ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 05 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569</p>
<p>เกิดวันที่ 29 เดือน มกราคม พ.ศ. 2508 (อายุ 81 ปี)</p>	<p><b>วินิจฉัย :</b>  <b>กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :</b>  <b>รูปแบบการประเมิน :</b> รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=4, TAI=3  <b>ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :</b> กลุ่ม 3  <b>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :</b> มีภาวะเลือดออกในช่องท้อง  <b>โรคประจำตัว :</b>                      - เบาหวานที่ไม่ระบุง่ายละเอียด</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท</p>	<p>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม</p>
<p><b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b></p>		
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน</p>	<p>มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	
<p><b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b></p>	<p><b>เป้าหมายการดูแล</b></p>	
<p>- การผลิตตกหล่น</p>	<p><b>ระยะสั้น</b>                      - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน                      - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p> <p><b>ระยะยาว</b>                      - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้                      - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว</p>	<p>ข้าพเจ้านเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/69 วันที่ 05/03/69  
 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ น.ส.มนิรัตน์ สำราญสม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 34601001099378	ที่อยู่ 125 หมายเลขโทรศัพท์	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้พิการทางสติปัญญา : รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=83 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคประจำตัว : -
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผู้สูงอายุ - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลช่วยเหลือ	ประเด็นปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - เบื่ออาหาร	ข้อควรระวังในการให้บริการ - ข้อติด/ข้อเท้าวม

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็น - ดูแลเตรียมให้ยา - ภายภาพบำบัด - ออกกำลังกาย - รับประทานยา	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น (3 เดือน) - การได้รับช่วยเหลือรับอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยความช่วยเหลือ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว (6 เดือน) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ยาดีสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า
---	--

กิจกรรม	กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									ผู้รับผิดชอบ
	ความถี่	จ.	อ.	พ.	พฤ.	ศ.	ส.	อ.		
การนัดกระสุนปืนการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
หาโลชั่น / น้ำมันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่น ๆ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓			พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓			พยาบาล
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓			พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓			พยาบาล
การวัดและการใช้ยาสมุนไพร	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓			เจ้าหน้าที่แผนไทย
การดูแลสุขภาพช่องปาก	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓			นักทันตกรรม

บริการนอกเหนือรายลี้ปะดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และ Informal) บริการอื่นๆ - จัดหา อาหารเสริม 1 กระป๋อง / 3 เดือน	ผู้จัดทำ : นายสุวิทย์ ทนเมแก้ว ผู้รับผิดชอบ : Caregiver : นางหยอย ประชาโรจน์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ ..... 2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ .....
---	---