

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 10 คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน 60,000 บาท (หกหมื่นบาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย		กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่ายหรือ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ 4 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)
6	36,000	2	12,000	2	12,000	-	-	10	60,000

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี เพื่อ
 เสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสันนิษฐาน
 ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2569

ลงชื่อ ผู้จัดทำโครงการ
 (นายประครอง สุไผ่โพธิ์)

นายกเทศมนตรีตำบลไผ่

ตำแหน่งประธานกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ
 เทศบาลตำบลไผ่

วันที่ เดือน พ.ศ.

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/69 วันที่ 27/10/68
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ นางทองแก้ว ภูพานแร่ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100188533	ที่อยู่ ท.2 หมู่ 1 หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568 วินิจฉัย : ADL=4, TAI=3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงระดับที่ 3 ข้อควรระวังเบื้องต้น : แขนขาอ่อนแรง ไชวร้ายแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - ต้องการช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวโน้ตของการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารและดื่มน้ำได้อย่างเพียงพอ - สามารถรื้อถอนเตียงผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ข้อคิด/ข้อกังวล	
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนบิสทาสไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ได้รับอาหารและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยความช่วยเหลือ อาบน้ำเองได้ หากเข้าตัวเองได้ รับก้นเองได้ ภายใน 3 เดือน	บริการนอกเหนือจากแผนพัฒนา (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและภาคีภาคี) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - ที่นอนลม - ผ้าอ้อม บริการอื่นๆ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal			
กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ พท ศ ส อ	ผู้รับผิดชอบ
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดบ้าน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทาโลชั่น / บำรุงน้ะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การดูแลสุขภาพช่องปาก	เดือนละ 1 ครั้ง		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวด	เดือนละ 1 ครั้ง		นักกายภาพบำบัด
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง		เจ้าหน้าที่แผนกโภชนาการ
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง		พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง		พยาบาล
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	เดือนละ 1 ครั้ง		พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 1 ครั้ง		พยาบาล
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็น - ออกกำลังกาย - ภายภาพบำบัด - รับประทานยา			
ผู้จัดทำ นายสุวิทย์ ทบแก้ว ผู้รับผิดชอบ Caregiver : นางอินทรา นุทวีโต ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง วันอาทิตย์/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้		1) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์	

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

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ที่อยู่ 125

หมายเลขโทรศัพท์

วินิจฉัย:

กลุ่มอาการผู้สูงอายุพึ่งพิง:

รูปแบบการประเมิน: รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL: ADL=11, TAI=83

ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง: กลุ่ม 1

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: มะเร็งเม็ดเลือดขาว

โรคประจำตัว: -

ข้อควรระวังในการให้บริการ

- ข้อคิด/ข้อเท็จจริง

ชื่อ น.ส.นันทิยา ลำภูสม
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100109378

แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

ผู้สูงอายุ
- อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า
- อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง

ญาติ

- อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น
- อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลคนติดเตียง

ประเด็นปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต

- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา
- เบื่ออาหาร

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหาร (เช้า กลางวัน และเย็น)
- ดูแลเตรียมเสื้อผ้า
- กายภาพบำบัด
- ออกกำลังกาย
- รับประทานยา

เป้าหมายการดูแล

ระยะสั้น (3 เดือน)

- การได้รับช่วยเหลือรับอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว (6 เดือน)

- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

ความถี่

จ.

อ.

พ.

พฤ.

ศ.

อ.

อ.

ผู้รับผิดชอบ

การนัดตรวจ/นัดพบ/นัดเยี่ยม

อาทิตย์ละ 1 ครั้ง

✓

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

หาเงินซื้อ/นำเงินมาซื้อ หรือผลิต/นำเงินมาซื้อ

อาทิตย์ละ 1 ครั้ง

✓

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

หาเงินซื้อ/นำเงินมาซื้อ หรือผลิต/นำเงินมาซื้อ

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

✓

เจ้าหน้าที่แผนกไทย

การดูแลสุขภาพช่องปาก

อาทิตย์ละ 1 ครั้ง

✓

นักทันตกรรม

บริการนอกเหนือจากนี้ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal)
บริการอื่นๆ

- จัดหา อาหารเสริม 1 กระป๋อง / 3 เดือน

ผู้จัดทำ: นายสุวิทย์ ทบแก้ว

ผู้รับผิดชอบ:

Caregiver: นางนงนุช ประชาโรจน์

ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง วันจันทร์/วัน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติงานตาม Care Plan นี้

1)

(ผู้ช่วย/ญาติ) วลป

2)

(ผู้ช่วย/ญาติ) วลป

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นายสวัสดิ์ จำเริญพัฒน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100959700	ที่อยู่ 72 หมู่ 4 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ภาวะสมองเสื่อม ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางสาวศรี พันธุ์สอาด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100959173	ที่อยู่ 63 หมู่ 4 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2496 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เข้าขวา บวม รับยาวันโรค จาก รพ.กส.	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ทำอาหารผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชั้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อผิดพลาด/ข้อเท็จจริง	ระยะสั้น - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายนัน วัฒนา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100187588	ที่อยู่ 92 หมู่ 6 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 03 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2497 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=BS ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มะเร็งตับ ปวดหลัง แขนขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหมาราย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาววัลย์ เนื่องชมภู เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100189424	ที่อยู่ 126 ม.6 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 28 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 17 เดือน เมษายน พ.ศ. 2510 (อายุ 58 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=63 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตัดนิ้วเท้า กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ต้องการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ละมัย ถิ่นแสนดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101090201	ที่อยู่ 7 หมู่ 8 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 13 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2514 (อายุ 54 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลอดเลือดสมอง / เคลื่อนไหวลำบาก / ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมายจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมายจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(.....)

ลงชื่อ.....อปท.
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(.....)

ส่วนที่ 3 : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแล ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแล สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง

การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2569 เมื่อวันที่ 16 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ได้พิจารณาโครงการของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามโครงการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการดูแล (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

☒ **อนุมัติ** โครงการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่าย ตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ จำนวน 10 คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน 60,000 บาท (หกหมื่นบาทถ้วน) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลไผ่เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 60,000 บาท (หกหมื่นบาทถ้วน)

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)
6	36,000	2	12,000	2	12,000	-	-	10	60,000

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

ลงชื่อ.....

(นายประครอง สุไพโพธิ์)

นายกเทศมนตรีตำบลไผ่

ประธานคณะกรรมการ

สนับสนุนการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
วัน เดือน พ.ศ.