

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

ชื่อ นางบัวลอย นันสภิตย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100187219	ที่อยู่ 87 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2490 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=8, TAI=B3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย โรคประจำตัว : - E11 - E04	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ญาติและผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการ ดูแลผู้ป่วย - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายใน ห้องหรือบ้าน - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise) - ดูแลให้รับประทานยาตามเวลา - ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามสภาพ ปัญหาและความต้องการผู้ป่วยได้รับประทาน อาหาร - ประเมินภาวะโภชนาการและยา การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การฟื้นฟูสภาพ - กายภาพบำบัด - บริการแพทย์ทางเลือก การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์ เครื่องช่วยที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - ปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ภายใน 3 เดือน - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่าง สม่ำเสมอ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย และยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - กลั้นปัสสาวะได้ปกติ - ญาติและผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด หรือความรู้สึก กดดันเป็นภาระ - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วย ที่จำเป็น	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ หบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

{.....}

ลงชื่อ.....อปท.

{.....}

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

{.....}

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/69 วันที่ 08/06/69
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ นางบัวลอย นันตเกิด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3486100187219	ที่อยู่ 87 หมายเลขโทรศัพท์	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=8, TAI=83 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย โรคประจำตัว : - E11 - E04							
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - สามารถรับประทานอาหารด้วยตนเองได้ปกติไม่เกิดการสำลัก - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง - ลูกมีเงิน เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้ปกติ - ทำความสะอาดหลังซึ้นถ่ายอุจจาระปัสสาวะได้เองปกติ	ประเด็นปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต - ญาติและผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน - มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ							
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ภายหลังผ่าตัด โดย Caregiver - ภายหลังผ่าตัด โดยญาติ - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมรักษาโดยญาติ - ออกกำลังกาย	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น (3 เดือน) - ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์ช่วยเหลือที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - ปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ภายใน 3 เดือน - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว (6 เดือน) - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย และยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - กลืนปัสสาวะได้ปกติ - ญาติและผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด หรือความรู้สึกกดดันเป็นการเรื้อรัง - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยอุปกรณ์ช่วยเหลือที่จำเป็น								
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ช่วยเหลือยืนถ่ายบนเตียงและลงจากเตียง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการทรงตัว	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการเดิน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันการกลืน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการและยา	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร/ยา ที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การวัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การวัดและทำการใช้ยาสมุนไพร	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การดูแลสุขภาพช่องปาก	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักทันตภิบาล
บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - เครื่องปั๊มยา กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ - ภายหลังผ่าตัด โดย Caregiver - ภายหลังผ่าตัด โดยญาติ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ	ผู้จัดทำ : นายสุวิทย์ ทนแก้ว ผู้รับผิดชอบ : Caregiver : นางบุญจวน มาตรประสงค์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 3 วัน/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้	1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัดป							

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางสาวปิ่น สุริยะบุญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480101097141	ที่อยู่ 69 หมู่ 3 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 02 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2499 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=2, TAI=13 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขน ขา อ่อนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โรคประจำตัว : - โรคกระดูกพรุนในโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลเสี่ยงต่อการเกิด ความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาวะ - มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย - ต้องการความช่วยเหลือในการล้างหน้า แปรง ฟัน หวีผม โกนหนวด - มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ - มีปัญหาในการกลืนอุจจาระ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อจัดระเบียบ พื้นฟู สภาพและป้องกันอุบัติเหตุ - การดูแลความสะอาดช่องปาก - การทำความสะอาดที่นอนบริเวณรอบเตียง - การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise) - การอาบน้ำ/สระผม บนเตียง - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การดูแลด้านโภชนาการ - การประเมินความ สามารถในการบดเคี้ยว การ กลืนและภาวะโภชนาการ • การฟื้นฟูสภาพ - จัดการดูแลด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) ที่เหมาะสมตามบริบทรายโรค การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม -
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าตัดผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับปกติ สามารถนอน พักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ภายใน 3 เดือน - ปรับรูปแบบอาหาร/ความชื้นเหลวอย่างเหมาะสม ภายใน 3 เดือน - ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการจัดทำนึ่งรับประทาน อาหาร การป้อนอาหาร ลักษณะอาหารที่เหมาะสม ภายใน 3 เดือน - ทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะเองได้ บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย และยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามชุดสิทธิประโยชน์/ สิทธิทางสังคม (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ) - สามารถรับประทานอาหารได้ ไม่ขาดสารอาหาร - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ่าตัด	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

{.....}

{.....}

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

{.....}

**แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 8 คะแนน
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

ชื่อ นางสาวปิ่น สุริยะบุญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101097141 เกิดวันที่ 02 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2499 (อายุ 70 ปี)	ที่อยู่ 69 หมู่ 3 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=2, TAI=13 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขน ขา อ่อนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โรคประจำตัว : - โรคกระดูกพรุนในโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระ - มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย - ต้องการความช่วยเหลือในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ - มีปัญหาในการกลั้นอุจจาระ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อจัดระเบียบ พื้นฟูสภาพและป้องกันอุบัติเหตุ - การดูแลความสะอาดช่องปาก - การทำความสะอาดท่อนอนบริเวณรอบเตียง - การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล [Passive exercise] - การอาบน้ำ/สระผม บนเตียง - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การดูแลด้านโภชนาการ - การประเมินความ สามารถในการบดเคี้ยว การกลืนและภาวะโภชนาการ • การฟื้นฟูสภาพ - จัดการดูแลด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) ที่เหมาะสมตามบริบทรายโรค การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับปกติ สามารถนอนพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ภายใน 3 เดือน - ปรับรูปแบบอาหาร/ความชื้นเหลวอย่างเหมาะสมภายใน 3 เดือน - ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการจัดทำนั่งรับประทานอาหาร การป้อนอาหาร ลักษณะอาหารที่เหมาะสมภายใน 3 เดือน - ทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วยและยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามชุดสิทธิประโยชน์/สิทธิทางสังคม (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ) - สามารถรับประทานอาหารได้ ไม่ขาดสารอาหาร - ออกมาได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การดูแลด้านโภชนาการ - การประเมินความ สามารถในการบดเคี้ยว การกลืนและภาวะโภชนาการ • การฟื้นฟูสภาพ - จัดการดูแลด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD) ที่เหมาะสมตามบริบทรายโรค การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
ผู้จัดทำ Care plan นายสุริทธิ์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/69 วันที่ 08/06/69
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ นางสาวปิ่น สุริยะบุญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101097141	ที่อยู่ 69 หมู่ 3 หมายเลขโทรศัพท์	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้มีความเสี่ยงสูง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=2, TAI=13 ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขน ขา อ่อนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โรคประจำตัว : - โรคกระดูกพรุนในโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - สามารถรับประทานอาหารด้วยตนเองได้ปกติไม่เกิดการสำลัก - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยนแปลง	ประเด็นปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต - ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด/ความรู้สึกลดลง เป็นภาระ - มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย - ต้องการความช่วยเหลือในการล้างหน้า แปรงฟัน หรือแปรงฟัน - มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ - มีปัญหาในการกลืนอุจจาระ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ถ่ายภาพบำบัด โดย Caregiver - ถ่ายภาพบำบัด โดยญาติ - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ล้างหน้า - รับประทานยา	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น (3 เดือน) - ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับปกติ สามารถนอนหลับได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ภายใน 3 เดือน - ปรับรูปแบบอาหาร/ความชื้นเหลวอย่างเหมาะสม ภายใน 3 เดือน - ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการจัดท่ารับรับประทานอาหาร การป้องกันอาหาร ลักษณะอาหารที่เหมาะสม ภายใน 3 เดือน - ทำความสะอาดหลังจับถ่ายอุจจาระปัสสาวะเองได้บ้าง และต้องมิให้ผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน	
	ระยะยาว (6 เดือน) - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย และยอมรับแบบแผนการดำเนินในของโรค - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามชุดสิทธิประโยชน์/สิทธิทางสังคม (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ) - สามารถรับประทานอาหารได้ ไม่ขาดสารอาหาร - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
จัดท่านอน นอนหงาย หลีกเลี่ยงการกดทับ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ดูแลให้รับประทานอาหารตามเวลา	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ญาติและผู้ดูแลหาความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะโภชนาการและยา	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การบวบทเพื่อการบำบัดและการใช้ยาสมุนไพร	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การดูแลสุขภาพช่องปาก	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักทันตภิบาล

บริการนอกเหนือรายสี่ปีค่า (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - เตียงผู้ป่วย - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ถ่ายภาพบำบัด โดย Caregiver - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมสหวิชาชีพและเภสัช	ผู้จัดทำ : นายสุวิทย์ หนองบัว ผู้รับผิดชอบ : Caregiver : นางน้อย ภูมิโนนแก้ว ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง วัน/วัน จำแนกเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้	1) (ผู้ช่วย/ญาติ) วัดป 2) (ผู้ช่วย/ญาติ) วัดป
---	---	--

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางสาวปัทม พันธุ์กิจ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460101095067	ที่อยู่ 3 หมู่ 3 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569	
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=9, TAI=33 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : - โรคประจำตัว : - ปวดหลัง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท	- หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การนัดกระตุ้นการ ไหลเวียน - ช่วยเคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์ เครื่องช่วยที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - ผู้ป่วยสามารถสื่อสารพูดคุยโดยเฉพาะเมื่อมีความ เจ็บปวด หรือไม่สบายตัว ภายใน 3 เดือน - ปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ภายใน 3 เดือน - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่าง สม่าเสมอ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย และยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วย ที่จำเป็น - ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม/ไม่เกิดการหกล้ม	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซสค่าบริการ เหมารจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว พันต้น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471400082774	ที่อยู่ 131 หมู่ 4 หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2504 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลกระทบ ADL : ADL=9, TAI=83 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สะโพกแตก ตามหลัก โรคประจำตัว : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ผู้ป่วย มีโอกาสเกิดความเครียด/ความรู้สึก กดดันที่เป็นภาระ - มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายใน ห้องหรือบ้าน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - กระตุ้นการช่วยเหลือตนเอง - การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อจัดระเบียบ พื้นฟู สภาพและป้องกันอุบัติเหตุ - การวัดสัญญาณชีพ - การเคลื่อนย้าย
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ลูกนั่ง เดิน เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้บ้าง และต้องมีผู้ ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน - อาบน้ำเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน - รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือ บางส่วน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย และยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม/ชุมชน ได้ - ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วย ที่จำเป็น - ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามชุดสิทธิประโยชน์/ สิทธิทางสังคม (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ)	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[...]

[이 글은 2014년 11월 14일 14:00에 작성된 글입니다. 현재는 2015년 11월 14일 14:00에 작성된 글입니다. 이 글은 2014년 11월 14일 14:00에 작성된 글입니다.]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[illegible]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/69 วันที่ 08/08/69
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ นางสาว หันตัน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471400082774	ที่อยู่ 131 หมู่ 4 หมายเลขโทรศัพท์	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้มีความบกพร่อง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=8, TAI=83 ผู้ที่มีความบกพร่อง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สะโพกแตก ตามหลักโรคประจำตัว : -
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - ลูกขึ้นจากพื้นนอนหรือเตียงไปนั่งเก้าอี้ด้วยตนเองได้ปกติ - ล้างหน้า หรือแปรงฟัน โกนหนวด ด้วยตนเองได้ปกติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รกเข็นผ้าอ้อม	ประเด็นปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต - ผู้ป่วย มีโอกาสเกิดความเครียด/ความรู้สึกกดดันที่เป็นภาระ - มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่า่งกาย - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การหัดตกหักล้ม
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - กายภาพบำบัด โดย Caregiver - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารกลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้อาาโดยญาติ - ออกกำลังกาย	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น (3 เดือน) - ผู้ป่วย เดิน เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้บ้าง และต้องให้ผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน - อาบน้ำเองได้บ้าง และต้องให้ผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน - รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องให้ผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว (6 เดือน) - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย และยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม/ชุมชน ได้ - ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น - ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามชุดสิทธิประโยชน์/สิทธิทางสังคม (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ)	

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ช่วยเหลือขนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการออกกำลังกายด้วยตัวผู้ป่วยเอง (Active exercise)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันการล้ม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
แนะนำการป้องกัน และเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะโภชนาการและยา	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การรณรงค์เพื่อการบำบัดและการนุ้ชาสมุนไพร	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การดูแลสุขภาพช่องปาก	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักทันตภิบาล

บริการนอกเหนือรายการปกติที่ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) กายอุปกรณ์ - ไม่ท้าวช่วยพยุง บริการอื่นๆ - กายภาพบำบัด โดย Caregiver - กายภาพบำบัด โดยญาติ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ดูแลเตรียมให้อาาโดยญาติ - ออกกำลังกาย - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	ผู้จัดทำ : นายสุวิทย์ ทนแก้ว ผู้รับผิดชอบ : Caregiver : นางบุญอาจ สุทธิประภา ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ช่วย/ญาติ) วดป
---	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางทองใส กุศลน้ำ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100960481	ที่อยู่ 87 หมู่ 4 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 03 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2498 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้มีความบกพร่อง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=5, TAI=83 ผู้ที่มีความบกพร่อง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : - โรคประจำตัว : - ไตวายเรื้อรัง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีความบกพร่องที่จัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ผลไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับและได้รับยาที่ไม่เหมาะสมกับโรคและการรักษา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีความบกพร่องขั้นพื้นฐานหรือดูจากระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - สภาพแวดล้อมได้รับการปรับปรุง ภายใน 3 เดือน - ลูกขึ้นจากพื้นนอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ด้วยตนเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน - ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย และยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ และขาดสารอาหาร - อยากรให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - สามารถรับประทานอาหารได้ ไม่ขาดสารอาหาร	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ..... อปท.

[အခြားအသုံးပြုမှုများ]

[-----]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[illegible]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางศศิวิมล ศรีพิศ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100188100	ที่อยู่ 150 หมู่ 6 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 02 เดือน มกราคม พ.ศ. 2505 (อายุ 64 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=B3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : - โรคประจำตัว : - ไตวายเรื้อรัง - เบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม - มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่า่งกาย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - กระตุ้นการช่วยเหลือตนเอง - การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อจัดระเบียบ พื้นฟู สภาพและป้องกันอุบัติเหตุ - การนวดกระตุ้นการไหลเวียน - การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร/ยา ที่เหมาะสม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ผู้ป่วยยอมรับข้อจำกัดการเคลื่อนไหว และได้รับการ ฝึกกายอุปกรณ์ที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับปกติ สามารถนอน พักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ภายใน 3 เดือน - ประเมินการทรงตัว และได้รับการฝึกออกกำลังกาย เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภายใน 3 เดือน - ญาติและผู้ดูแลมีระดับความเครียด/ความรู้สึก กดดันเป็นการลดลง ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย และยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วย ที่จำเป็น - ลูกนั่ง เดิน เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้ปกติ - ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ และขาดสารอาหาร	การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การประเมิน/ คัดกรองภาวะสุขภาพ - ประวัติการเจ็บป่วย (กลุ่มโรคเรื้อรัง อื่นๆ) - ตรวจน้ำตาลในเลือด • ทำความสะอาดแผล - ดูแลทำความสะอาดแผล CAPD • การดูแลอุปกรณ์ สาย feed สายระบาย สายสวน - ดูแลล้างไตทางหน้าท้อง • การดูแลด้านโภชนาการ - ให้คำแนะนำ ส่งเสริมและแก้ไขภาวะโภชนาการ การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม -
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

