

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

ชื่อ นางงาม พรหมชน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100190881	ที่อยู่ 8 หมู่ 2 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 31 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2493 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=5, TAI=B3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : - โรคประจำตัว : - E11 - G70	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน NaN บาท	- ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ช่วยดูแลความสะอาดของร่างกาย - ดูแลแผลกดทับ ตกแต่งแผลกดทับ - ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันการหกล้ม - ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร/ยา ที่เหมาะสม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การประเมิน/ คัดกรองภาวะสุขภาพ - ตรวจน้ำตาลในเลือด - ตรวจวัดสัญญาณชีพ : ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร การหายใจ การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม -
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - ผู้ป่วยได้รับการออกกำลังกายโดยผู้อื่นช่วยเคลื่อนไหว หรือการขยับข้อต่อ (Passive exercise) ภายใน 3 เดือน - ประเมินการทรงตัว และได้รับการฝึกออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภายใน 3 เดือน - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ภายใน 3 เดือน - รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วยและยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีแผลกดทับใหม่/แผลเดิมดีขึ้นหรือหาย - ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ และขาดสารอาหาร	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/70 วันที่ 14/09/69
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ นายวิวัฒน์ บุตรดอน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100183213	ที่อยู่ 79 หมู่ 6 หมายเลขโทรศัพท์	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้มีความพิการ : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 ผู้ที่มีความพิการ : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลอดเลือดสมอง / เคลื่อนไหวลำบาก / ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย โรคประจำตัว : - โรคหลอดเลือดสมองอื่น							
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ด้วยตนเองได้ปกติ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	ประเด็นปัญหาที่ต้องความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การผลิตตกหล่น							
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น (3 เดือน) - ผู้ป่วยยอมรับข้อจำกัดการเคลื่อนไหว และได้รับการฝึกกายอุปกรณ์ที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - ประเมินการทรงตัว และได้รับการฝึกออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภายใน 3 เดือน - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ภายใน 3 เดือน - รับประทานอาหารเช้าได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว (6 เดือน) - ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามชุดสิทธิประโยชน์/สิทธิทางสังคม (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ) - ลูกนั่ง เดิน เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้ปกติ - สวมใส่เสื้อผ้าเองได้ปกติ								
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการออกกำลังกายด้วยตัวผู้ป่วยเอง (Active exercise)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันการหกล้ม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ประเมินภาวะโภชนาการและยา	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การรณรงค์และการใช้ยาสมุนไพร	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การดูแลสุขภาพช่องปากและการให้คำแนะนำ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		นักทันตภิบาล
บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) กายอุปกรณ์ - ไม่ทำสามขา/ขาเดียว บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ	ผู้จัดทำ : นายสุวิทย์ หบแก้ว ผู้รับผิดชอบ : Caregiver : นางกิติ นามมุงคุณ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป								

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/70 วันที่ 14/09/69
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพ

ชื่อ เด็กหญิงฐิติญาพร แคนไกล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1469901222740	ที่อยู่ 121 หมู่ 6 หมายเลขโทรศัพท์	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้มีความพิการ : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=2, TAI=13 ผู้ที่มีความพิการ : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ซ้ำอ่อนแรง เดินไม่ได้ โรคประจำตัว : - รูปพิการแต่กำเนิดแบบอื่นของกล้ามเนื้อและโครงร่าง
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ญาติ - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลฝึกเปลี่ยน - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	ประเด็นปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต - ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน - มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ - มีปัญหาในการกลืนอุจจาระ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น (3 เดือน) - อาบน้ำเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน - สวมใส่เสื้อผ้าเองได้ปกติเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน - ประเมินการทรงตัว และได้รับการฝึกออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภายใน 3 เดือน - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว (6 เดือน) - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น - ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง/ถูกทำร้ายร่างกาย - ลูกนั่ง เดิน เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้ปกติ - สวมใส่เสื้อผ้าเองได้ปกติ	

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พว	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
กระตุ้นการช่วยเหลือตนเอง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันการหกล้ม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
อุปกรณ์การแพทย์ตามความต้องการและจำเป็น อื่นๆ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร/ยา ที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ทำความสะอาดพื้นนอน/บริเวณบ้าน	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามสภาพปัญหาและความต้องการผู้ป่วย ได้รับประทานอาหาร	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การดูแลสุขภาพช่องปากและแนะนำญาติ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักทันตภิบาล

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - ผ้าอ้อมเด็ก บริการอื่นๆ - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - เปลี่ยนผ้าอ้อม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	ผู้จัดทำ : นายสุวิทย์ หบแก้ว ผู้รับผิดชอบ : Caregiver : นางกักดี นามมุงคุณ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป
---	---

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/70 วันที่ 14/09/69
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ เด็กหญิงศิริพรทิพย์ มวยคสอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1409904841467	ที่อยู่ 185 หมู่ 8 หมายเลขโทรศัพท์	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้มีความพิการ : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=0, TAI=13 ผู้ที่มีความพิการ : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิจารณาแต่กำเนิด กินอาหารทางสายยาง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โรคประจำตัว : - รูปพิการแต่กำเนิดแบบอื่นของกล้ามเนื้อและโครงร่าง	
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต	ประเด็นปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต - ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ - มีปัญหาในการกลืนอุจจาระ - สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (immobility) - มีปัญหาการกลืน - เสี่ยงต่อการสำลักอาหาร	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต -	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น (3 เดือน) - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการฝึกสอนและกระตุ้นสมองด้วยกิจกรรมบำบัด ภายใน 3 เดือน - ไม่มีเหตุการณ์สำลักในช่วง 3 เดือน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว (6 เดือน) - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามชุดสิทธิประโยชน์/สิทธิทางสังคม (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ) - ได้รับผ้าอ้อมเด็ก		
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal			
กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ พญ ศ ส อ ผู้รับผิดชอบ	
การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทาโลชั่น /น้ำมันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เปลี่ยนผ้าอ้อม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
อาบน้ำ	เดือนละ 1 ครั้ง		พยาบาล
ดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง	เดือนละ 1 ครั้ง		พยาบาล
การป้องกันการสำลัก	เดือนละ 1 ครั้ง		พยาบาล
กระตุ้นพัฒนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง		พยาบาล
การดูแลสุขภาพช่องปากและการให้คำแนะนำ	เดือนละ 1 ครั้ง		นักทันตภิบาล
บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - สายยางให้อาหาร NG tube บริการอื่นๆ - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน		ผู้จัดทำ : นายสุวิทย์ ทบแก้ว ผู้รับผิดชอบ : Caregiver : นางนุชนาถ สุขกำเนิด ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วตป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วตป	

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/70 วันที่ 14/09/69
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพน

ชื่อ นางจันทร์หอม พันธุ์ชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100202382	ที่อยู่ 157 หมู่ 9 หมายเลขโทรศัพท์	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้มีความพิการ : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=1, TAI=13 ผู้ที่มีความพิการ : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลอดเลือดสมอง / เคลื่อนไหวลำบาก / ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย โรคประจำตัว : - I67	
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	ประเด็นปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต - ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - กายภาพบำบัด โดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น (3 เดือน) - ผู้ป่วยได้รับการออกกำลังกายโดยผู้อื่นช่วยเหลือเคลื่อนไหว หรือการขยับข้อต่อ (Passive exercise) ภายใน 3 เดือน - ผู้ป่วยยอมรับข้อจำกัดการเคลื่อนไหว และได้รับการฝึกกายอุปกรณ์ที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - ทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน - รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว (6 เดือน) - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย และยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะได้เองปกติ - ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ และขาดสารอาหาร		
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal			
กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ พฤ ศ ส อ ผู้รับผิดชอบ	
การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ช่วยเคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	✓	พยาบาล
ประเมินภาวะโภชนาการและยา	เดือนละ 1 ครั้ง	✓	พยาบาล
อุปกรณ์การแพทย์ตามความต้องการและจำเป็น อื่นๆ	เดือนละ 1 ครั้ง	✓	พยาบาล
การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อจัดระเบียบ พื้นฟูสภาพและป้องกันอุบัติเหตุ	เดือนละ 1 ครั้ง	✓	พยาบาล
การทำความสะอาดที่นอนบริเวณรอบเตียง	เดือนละ 1 ครั้ง	✓	พยาบาล
การนัดและการใช้ยาสมุนไพร	เดือนละ 1 ครั้ง	✓	เจ้าหน้าที่แผนไทย
การดูแลสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ	เดือนละ 1 ครั้ง	✓	นักทันตภิบาล
บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ - เบาะนอนป้องกันแผลกดทับ กายอุปกรณ์ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน บริการอื่นๆ - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	ผู้จัดทำ : นายสุวิทย์ ทบแก้ว ผู้รับผิดชอบ : Caregiver : นางบุญอาจ สุทธิประภา ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) [ผู้ป่วย/ญาติ] วด 2) [ผู้ป่วย/ญาติ] วด		

**แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

ชื่อ นางสาว วรรคสาร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3340700642759	ที่อยู่ 33 หมู่ 4 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 14 เดือน กันยายน พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 19 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2519 (อายุ 50 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=6, TAI=B3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลอดเลือดสมอง / เคลื่อนไหวลำบาก / ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย โรคประจำตัว : - โรคหลอดเลือดสมองอื่น - โรคไตจากความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อจัดระเบียบ พื้นฟูสภาพและป้องกันอุบัติเหตุ - การนัดกระตุ้นการ ไหลเวียน - ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันการหกล้ม - ฝึกการออกกำลังกายด้วยตัวผู้ป่วยเอง (Active exercise) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม -
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - ผู้ป่วยได้รับการประเมินการช่วยเหลือ ภายใน 3 เดือน - ผู้ป่วยยอมรับข้อจำกัดการเคลื่อนไหว และได้รับการฝึกกายอุปกรณ์ที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วยและยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น - สร้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โทนหวอด ด้วยตนเองได้ปกติ - ลูกนั่ง เดิน เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้ปกติ - ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม/ไม่เกิดการหกล้ม	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

ชื่อ เด็กหญิงฐิติญาพร แคนไกล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1469901222740	ที่อยู่ 121 หมู่ 6 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 14 เดือน กันยายน พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 21 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564 (อายุ 5 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=2, TAI=13 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ชาวอเมริกัน เดินไม่ได้ โรคประจำตัว : - รูปพิการแต่กำเนิดแบบอื่นของกล้ามเนื้อและโครงร่าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ได้รับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน - มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ - มีปัญหาในการกลืนอุจจาระ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - กระตุ้นการช่วยเหลือตนเอง - การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อจัดระเบียบ พื้นฟูสภาพและป้องกันอุบัติเหตุ - การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise) - ดูแลเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป - ประเมินภาวะโภชนาการและยา
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	• การฟื้นฟูสภาพ - กายภาพบำบัด - บริการแพทย์แผนไทย
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	• การดูแลสุขภาพช่องปาก - ดูแลสุขภาพช่องปาก กรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง สนับสนุนให้แปรงฟันด้วยตัวเอง ให้คำแนะนำแก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือครอบครัวการทำควมสะอาดช่องปากและฟันที่เหมาะสม โดยคำนึงเรื่องการจัดทำทางเพื่อความปลอดภัยจากการสำลัก การกลืน
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - อาบน้ำเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วนภายใน 3 เดือน - สวมใส่เสื้อผ้าเองได้ปกติเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน - ประเมินการทรงตัว และได้รับการฝึกออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภายใน 3 เดือน - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น - ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง/ถูกทำร้ายร่างกาย - ลูกนั่ง เดิน เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้ปกติ - สวมใส่เสื้อผ้าเองได้ปกติ	การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ เด็กหญิงศิริจันทร์ทิพย์ มวยคล่อง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1409904841467	ที่อยู่ 185 หมู่ 8 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 14 เดือน กันยายน พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 19 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 (อายุ 7 ปี)	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=, TAI=13 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พักการแต่กำเนิด กินอาหารทางสายยาง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โรคประจำตัว : - Q68	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ - มีปัญหาในการกลืนอุจจาระ - สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (Immobility) - มีปัญหาการกลืน - เสี่ยงต่อการสำลักอาหาร	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ช่วยดูแลความสะอาดของร่างกาย - ทำความสะอาดที่นอน/ บริเวณที่อยู่อาศัย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การดูแลด้านโภชนาการ - ให้คำแนะนำ วางแผนและฝึกสอนการเตรียม อาหารเสริม / อาหาร feed ให้กับผู้ดูแล หรือ ครอบครัว • การดูแลสุขภาพช่องปาก - ประเมินสุขภาพช่องปาก หากมีความจำเป็น ต้องได้รับการบริการทางทันตกรรม ดูแลประสานหน่วย ทันตกรรมเพื่อร่วมให้บริการที่บ้าน การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม -
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 2 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่าง สม่ำเสมอ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการฝึกสมองและกระตุ้นสมองด้วยกิจกรรม บำบัด ภายใน 3 เดือน - ไม่มีเหตุการณ์สำลักในช่วง 3 เดือน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามชุดสิทธิประโยชน์/ สิทธิทางสังคม (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ) - ได้รับผ้าอ้อมเด็ก	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

ชื่อ นางจันทร์หอม พันธุ์ชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100202382		ที่อยู่ 157 หมู่ 9 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 14 เดือน กันยายน พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 05 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2500 (อายุ 69 ปี)		วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=1, TAI=I3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลอดเลือดสมอง / เคลื่อนไหวลำบาก / ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย โรคประจำตัว : - I67	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล	
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise) - การวัดสัญญาณชีพ - การอาบน้ำ/สระผม บนเตียง - การอาบน้ำ - ช่วยเคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง - ช่วยเหลือการสวมใส่เสื้อผ้า การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การฟื้นฟูสภาพ - กายภาพบำบัด - บริการแพทย์แผนไทย การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม -	
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้			
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ		เป้าหมายการดูแล	
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ		ระยะสั้น - ผู้ป่วยได้รับการออกกำลังกายโดยผู้อื่นช่วย เคลื่อนไหว หรือการขยับข้อต่อ (Passive exercise) ภายใน 3 เดือน - ผู้ป่วยยอมรับข้อจำกัดการเคลื่อนไหว และได้รับการฝึกกายอุปกรณ์ที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - ทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน - รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย และยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะได้เองปกติ - ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ และขาดสารอาหาร	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	