

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 7 คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน 42,000 บาท (สี่หมื่นสองพันบาทถ้วน) 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)
3	18,000	-	-	3	18,000	1	6,000	7	42,000

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี เพื่อ
เสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสันนิษ
ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 กันยายน 2569 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2570

ลงชื่อ ผู้จัดทำโครงการ

(นายประครอง สุไผ่โพธิ์)

นายกเทศมนตรีตำบลไผ่

ตำแหน่งประธานกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ฯ
เทศบาลตำบลไผ่

วันที่ เดือน พ.ศ.

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเก็บค่าบริการ 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/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท	- ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายใน ห้องหรือบ้าน - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ช่วยดูแลความสะอาดของร่างกาย - ดูแลแผลกดทับ ตกแต่งแผลกดทับ - ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันการ หกล้ม - ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร/ยา ที่เหมาะสม การดูแลพยาบาลเฉพาะ • การประเมิน/ คัดกรองภาวะสุขภาพ - ตรวจน้ำตาลในเลือด - ตรวจวัดสัญญาณชีพ : ความดันโลหิต อุณหภูมิ ร่างกาย ชีพจร การหายใจ การดูแลด้านจิตใจ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม -
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนบัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์ เครื่องช่วยที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - ผู้ป่วยได้รับการออกกำลังกายโดยผู้ช่วย เคลื่อนไหว หรือการขยับข้อต่อ (Passive exercise) ภายใน 3 เดือน - ประเมินการทรงตัว และได้รับการฝึกออกกำลังกาย เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภายใน 3 เดือน - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่าง สม่ำเสมอ ภายใน 3 เดือน - รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือ บางส่วน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย และยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - 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 นางเยาว์ อรรถสาร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3340700642759	ที่อยู่ 33 หมู่ 4 หมายเลขโทรศัพท์	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=6, TAI=B3 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลอดเลือดสมอง / เคลื่อนไหวลำบาก / ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย โรคประจำตัว : - โรคหลอดเลือดสมองอื่น - โรคไตจากความดันโลหิตสูง
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - ลูกขึ้นจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ด้วยตนเองได้ปกติ - ลูกนั่ง เดิน เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้ปกติ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	ประเด็นปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต - ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - กายภาพบำบัด โดยญาติ - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารกลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น (3 เดือน) - ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - ผู้ป่วยได้รับการประเมินการช่วยเหลือ ภายใน 3 เดือน - ผู้ป่วยยอมรับข้อจำกัดการเคลื่อนไหว และได้รับการฝึกกายอุปกรณ์ที่จำเป็น ภายใน 3 เดือน - รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว (6 เดือน) - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วย และยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น - ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ด้วยตนเองได้ปกติ - ลูกนั่ง เดิน เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้ปกติ - ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม/ไม่เกิดการหกล้ม	

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พว	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ช่วยเคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันการหกล้ม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการออกกำลังกายด้วยตัวผู้ป่วยเอง (Active exercise)	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
แนะนำการป้องกัน และเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
มีโอกาสดูแลภาวะแทรกซ้อน ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ผลไม่พึงประสงค์จากยาที่ได้รับยาที่ไม่เหมาะสมกับโรคและการรักษา	ทำครั้งเดียว						✓		พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล
การนวดและการใช้ยาสมุนไพร	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย
การดูแลสุขภาพช่องปากและการให้คำแนะนำ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		นักทันตภิบาล

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ กายอุปกรณ์ - ไม้เท้าช่วยพยุง บริการอื่นๆ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารกลางวัน และเย็นโดยญาติ - กายภาพบำบัด โดยญาติ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	ผู้จัดทำ : นายสุวิทย์ ทบแก้ว ผู้รับผิดชอบ : Caregiver : นางบุญอาจ สุทธิประภา ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม
---	---

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

ชื่อ นายวิวัฒน์ บุตรดอน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100183213	ที่อยู่ 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	ประเด็นปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวภายในห้องหรือบ้าน	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 - รับประทานอาหารเองได้บ้าง 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 พฤ 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
การรูดและการใช้ยาสมุนไพร	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓ เจ้าหน้าที่แผนไทย
การดูแลสุขภาพช่องปากและการให้คำแนะนำ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓ นักทันตภิบาล
บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) กายอุปกรณ์ - ไม่ทำสามขา/ขาเดียว บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ	ผู้จัดทำ : นายสุริทธิ์ ทบแก้ว ผู้รับผิดชอบ : Caregiver : นางกักดี นามมุงคุณ 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 เด็กหญิงฐิติญาพร แคนไกล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1469901222740	ที่อยู่ 121 หมู่ 6 หมายเลขโทรศัพท์	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=2, TAI=13 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ซาอ่อนแรง เดินไม่ได้ โรคประจำตัว : - รูปพิการแต่กำเนิดแบบอื่นของกล้ามเนื้อและโครงร่าง																																																																																																														
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ญาติ - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	ประเด็นปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต - ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน - มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ - มีปัญหาในการกลืนอุจจาระ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																																																																																														
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า 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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>ความถี่</th> <th>จ.</th> <th>อ.</th> <th>พ</th> <th>พญ</th> <th>ศ</th> <th>ส</th> <th>อ</th> <th>ผู้รับผิดชอบ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>กระตุ้นการช่วยเหลือตนเอง</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise)</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันการหกล้ม</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะโภชนาการ</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>อุปกรณ์การแพทย์ตามความต้องการและจำเป็น อื่นๆ</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร/ยา ที่เหมาะสม</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ทำความสะอาดพื้นนอน/บริเวณบ้าน</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามสภาพปัญหาและความต้องการผู้ป่วย ได้รับประทานอาหาร</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>การดูแลสุขภาพช่องปากและแนะนำญาติ</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>นักทันตภิบาล</td> </tr> </tbody> </table>			กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	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
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	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 (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - ผ้าอ้อมเด็ก บริการอื่นๆ - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - เปลี่ยนผ้าอ้อม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	ผู้จัดทำ : นายสุวิทย์ ทบแก้ว ผู้รับผิดชอบ : Caregiver : นางภิกขิ 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 เด็กหญิงสิรินทร์ทิพย์ มวยค้อย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1409904841467	ที่อยู่ 185 หมู่ 8 หมายเลขโทรศัพท์	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้มีความพิการ : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=0, TAI=13 ผู้ที่มีความพิการ : กลุ่ม 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พักการแต่กำเนิด กินอาหารทางสายยาง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โรคประจำตัว : - รูปพิการแต่กำเนิดแบบอื่นของกล้ามเนื้อและโครงร่าง	
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต	ประเด็นปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต - ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ - มีปัญหาในการกลืนอุจจาระ - สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (immobility) - มีปัญหาการกลืน - เสี่ยงต่อการสำลักอาหาร	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต -	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น (3 เดือน) - มีความเชื่อมั่นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการฝึกสอนและกระตุ้นสมองด้วยกิจกรรมบำบัด ภายใน 3 เดือน - ไม่มีเหตุการณ์สำคัญในช่วง 3 เดือน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว (6 เดือน) - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามชุดสิทธิประโยชน์/สิทธิทางสังคม (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ) - ได้รับผ้าอ้อมเด็ก		
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal			
กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ พฤ ศ ส อ	ผู้รับผิดชอบ
การออกกำลังกายโดยผู้ช่วยดูแล (Passive exercise)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทาลิ้น / 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 - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน		ผู้จัดทำ : นายสุวิทย์ ทบแก้ว ผู้รับผิดชอบ : Caregiver : นางนุชนา สุขกำเนิด 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 นางจันทร์หอม พันธุ์ชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100202382	ที่อยู่ 157 หมู่ 9 หมายเลขโทรศัพท์	วินิจฉัย : กลุ่มอาการผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม ADL รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=1, TAI=13 ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : 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 - ภาวะพบบาด โดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น (3 เดือน) - ผู้ป่วยได้รับการออกกำลังกายโดยผู้ช่วยเคลื่อนไหว 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
การนวดและการใช้ยาสมุนไพร	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 : นางบุญอาว สุทธิประภา ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 0 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป		

**ส่วนที่ 3 : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลฯ ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแล
สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง**

การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 5 ประจำปีงบประมาณ 2569 เมื่อวันที่ 27 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 ได้พิจารณาโครงการของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามโครงการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการดูแลฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

☒ **อนุมัติ** โครงการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ จำนวน 7 คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน 42,000 บาท (สี่หมื่นสองพันบาทถ้วน) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลไผ่เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 42,000 บาท (สี่หมื่นสองพันบาทถ้วน)

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)
3	18,000	-	-	3	18,000	1	6,000	7	42,000

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

ลงชื่อ.....
(นายประครอง สุไผ่โพธิ์)

นายกเทศมนตรีตำบลไผ่

ประธานคณะกรรมการ

สนับสนุนการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
วัน เดือน พ.ศ.