

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

<p>ชื่อ นายสุพจน์ ศิลปะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3530800201949</p>	<p>ที่อยู่ 56 หมู่ 7 ตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล อุตรดิตถ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 00000000</p>	<p>วันที่จัดทำ 05 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488 (อายุ 77 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=2, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ก.ย 2565 ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง ตาค้าง ญาตินำส่ง รพ.ลับแล และ รพ.ลับแล นำส่ง รพ.อต. นอน รพ.อต.ได้ประมาณ 2 อาทิตย์ก็กลับมาแล้วมีขาอ่อนแรง 2 ข้าง แขนยกได้ปกติ มือสั้น 2 ข้าง</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 500 บาทจำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 6000 บาท ค่า แพมเพิส จำนวน 2 ชิ้น/วัน จำนวน 365 วัน เป็น เงิน 6,935 บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> </ul>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> </ul>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางศรีสอางค์ ชำนาญยา</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>สุพจน์ ศิลปะ</i></p>	

**แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน  
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

<b>ชื่อ</b> นางมอย ชำคอง <b>เลขบัตรประจำตัวประชาชน</b> 5530800023923	<b>ที่อยู่</b> 8 ม. 6 ต.ชัยชุมพล อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์ <b>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</b> 0000000000	<b>วันที่จัดทำ</b> 07 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
<b>เกิดวันที่</b> 29 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485 <b>(อายุ 80 ปี)</b>	<b>วินิจฉัย :</b> ADL=4, TAI=13 <b>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :</b> ผ่าตัดกระเพาะรั่ว ประมาณ มี.ค. 61 หลังจากนั้น ขา 2 ข้างอ่อนแรง เดินไม่ได้ มีข้อติด	
<b>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</b>	<b>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</b>	<b>การดูแล</b>
<b>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3</b>  <b>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท</b> <b>โดยมีรายละเอียดดังนี้</b> ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 500 บาท จำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 6,000 บาท ค่าแพมเพิส จำนวน 2 ชิ้น/วัน จำนวน 365 วัน เป็นเงิน 6,935 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> <li>- อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)</li> </ul>
<b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b>		
<b>มีความต้องการ/ควรได้รับ</b> - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน	<b>มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</b>	
<b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b>	<b>เป้าหมายการดูแล</b>	
	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> </ul>	
<b>ผู้จัดทำ Care plan</b> นางศรีสอางค์ ชำนาญยา	<b>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</b> กนกพร พงษ์ ๗๖๐๖๑๘	



**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]**

<p>ชื่อ นางชลิ้ม มีไย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3530800187997</p>	<p>ที่อยู่ 152/11..หมู่..6...ตำบล.ชัยชุมพล.....อำเภอ ลับแล.....จังหวัดอุตรดิตถ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0857308590</p>	<p>วันที่จัดทำ 08 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 25 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2500 (อายุ 65 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=2, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็น HT/stroke รับยาที่ รพ.อด. ประวัติเป็น stroke ตั้งแต่เดือนมกราคม 2561 แขน/ขาขวา อ่อนแรง เดินไม่ได้ แขนขวายกไม่ได้เลย</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบบริการเหมาะสมอย่างไร ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะสมอย่างไรเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 500 บาท จำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 6,000ค่าแพม เพิส จำนวน 2 ชั้น/วัน จำนวน 365 วัน เป็นเงิน 6,935 บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> </ul>	<p><b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p><b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b></p> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> </ul>	<p><b>ระยะสั้น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p><b>ระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> </ul>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางศรีสอางค์ ชำนาญยา</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) * <i>จำ ๗๐๐</i> <i>ช.ไย</i></p>	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

<p>ชื่อ นายสถิตย์ ม่วงตาด                  เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3530800208161</p>	<p>ที่อยู่ 187 หมู่ 6 ตำบลชัยจุมพล อำเภอลับแล                  อุดรดิตต์                  หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0000000000</p>	<p>วันที่จัดทำ 05 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2496                  (อายุ 69 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=3, TAI=I2                  ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นความดันโลหิตสูงตั้งแต่ ปี 2564 รักษาที่ รพ.อุดรดิตต์ หลังจากนั้นมึเส้นเลือด                  ในสมองตีบประมาณเดือนมิถุนายน 2565 มีอ่อนแรงที่ร่างกายซีกขวา เดินไม่ได้ พูดไม่ชัด</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่                  ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3                  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น                  จำนวนเงิน 6,000 บาท                  โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ                  500 บาทจำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 6000 บาท ค่า                  แพนเพิส จำนวน 2 ซึ้น/วัน จำนวน 365 วัน เป็น                  เงิน 6,935 บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การอาบน้ำ</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน</li> </ul>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> </ul>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางศรีสอางค์ ชำนาญยา</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>ข้าพเจ้าเห็นชอบ</i></p>	



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

<b>ชื่อ</b> นางเมื่อง กลบาง <b>เลขบัตรประจำตัวประชาชน</b> 3530800202040	<b>ที่อยู่</b> 52 หมู่ 7 ตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล อุดรดิถต์ <b>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</b>	<b>วันที่จัดทำ</b> 05 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
<b>เกิดวันที่</b> 06 เดือน มกราคม พ.ศ. 2484 <b>[อายุ 81 ปี]</b>	<b>วินิจฉัย :</b> ADL=6, TAI=B3 <b>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :</b> เป็นโรคไต ขาดการรักษาจาก รพ.อุดรดิถต์ ตั้งแต่ 2563 ปัจจุบันมีขา 2 ข้าง อ่อนแรง แขนใช้งานได้ตามปกติ ตามองไม้ชัดทั้ง 2 ข้าง	
<b>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</b>	<b>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</b>	<b>การดูแล</b>
<b>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1</b>  <b>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,600 บาท</b> <b>โดยมีรายละเอียดดังนี้</b> ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 300 บาทจำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 3600 บาท ค่าแพมเพิส จำนวน 2 ชิ้น/วัน จำนวน 365 วัน เป็นเงิน 6,935 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลับปีสภาวะไม่ได้</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปีสภาวะ)</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b>
<b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b>	<b>เป้าหมายการดูแล</b>	
	<b>ระยะสั้น</b> - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน  <b>ระยะยาว</b> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
<b>ผู้จัดทำ Care plan</b> นางศรีสอางค์ ชำนาญญา	<b>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</b> <i>นางยุบล ใจบุญ</i>	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

2

<p>ชื่อ นางมอย ชำคอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5530800023923</p>	<p>ที่อยู่ 8 ม. 6 ต.ชัยจุมพล อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0000000000</p>	<p>วันที่จัดทำ 07 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 29 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485 (อายุ 80 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผ่าตัดกระเพาะรั่ว ประมาณ มี.ค. 61 หลังจากนั้น ขา 2 ข้างอ่อนแรง เดินไม่ได้ มีข้อติด</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบบริการประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบบริการประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 500 บาท จำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 6,000 บาท ค่าแพมเพิส จำนวน 2 ชิ้น/วัน จำนวน 365 วัน เป็น เงิน 6,935 บาท</p>	<p>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</p>	<p><b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย</p> <p><b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)</p> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</p> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
	<p><b>ระยะสั้น</b> - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</p> <p><b>ระยะยาว</b> - ไม่เกิดแผลกดทับ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</p>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางศรีสำอางค์ ชำนาญญา</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>กนกพร พงษ์ศรี</i></p>	



แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน  
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางสาวลิ้ม มีใย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3530800187997</p>	<p>ที่อยู่ 152/11..หมู่..6....ตำบล.ชัยชุมพล.....อำเภอ ลับแล.....จังหวัดอุตรดิตถ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0857308590</p>	<p>วันที่จัดทำ 08 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 25 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2500 (อายุ 65 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=2, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็น HT/stroke รับยาที่ รพ.อต. ประวัติเป็น stroke ตั้งแต่เดือนมกราคม 2561 แขน/ขาขวา อ่อนแรง เดินไม่ได้ แขนขวายกไม่ได้เลย</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 500 บาท จำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 6,000ค่าแพม เพิส จำนวน 2 ชิ้น/วัน จำนวน 365 วัน เป็นเงิน 6,935 บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>		
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน</p>	<p>มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> </ul>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> </ul>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางสาวศรีสอางค์ ชำนาญยา</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) &amp; จำนวน ๓ ๗/๕</p>	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางโรย บุตรลี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5530890000103	ที่อยู่ 117/2 หมู่ที่ 06 ต.ชัยจุฬพล อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 02 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2495 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : 17 พค. 2557 ชับ Mc เกี่ยวรอกขาเล็ง แพทย์บอกสมองบวม เส้นเลือดในสมองแตก เล็กน้อย ไม่ได้ผ่าตัด แพทย์ให้กลับบ้านมาทำกายภาพบำบัดต่อ ตอนนี้มีขาอ่อนแรง พูดไม่ซัด ตาขวามองไม่ซัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,600 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 300 บาท จำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 3600 บาท ค่าแพมเพิส จำนวน 2 ชิ้น/วัน จำนวน 365 วัน เป็น เงิน 6,935 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> </ul> การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางศรีสำอางค์ ชำนาญญา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <span style="float: right;">                     ๓๗๗ สิทธิโรจน                 </span>	



แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน  
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

Idoro Program

3

<p>ชื่อ นายสถิตย์ ม่วงตาด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3530800208161</p>	<p>ที่อยู่ 187 หมู่ 6 ตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล อุดรดิตถ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0000000000</p>	<p>วันที่จัดทำ 05 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2496 (อายุ 69 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=3, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นความดันโลหิตสูงตั้งแต่ ปี 2564 รักษาที่ รพ.อุดรดิตถ์ หลังจากนั้นก็มีเส้นเลือด ในสมองตีบประมาณเดือนมิถุนายน 2565 มีอ่อนแรงที่ร่างกายซีกขวา เดินไม่ได้ พูดไม่ชัด</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 500 บาทจำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 6000 บาท ค่า แพมเพิส จำนวน 2 ชิ้น/วัน จำนวน 365 วัน เป็น เงิน 6,935 บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การอาบน้ำ</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน</li> </ul> <p>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>		
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน</p>	<p>มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> </ul>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางศรีสอางค์ ชำนาญยา</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางพิภพ ม่วงตาด</i></p>	

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน  
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

6

<p>ชื่อ นางเมื่อง กลบาง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3530800202040</p>	<p>ที่อยู่ 52 หมู่ 7 ตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล อุดรดิษฐ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 05 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 06 เดือน มกราคม พ.ศ. 2484 (อายุ 81 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นโรคไต ขาดการรักษาจาก รพ.อุดรดิษฐ์ ตั้งแต่ 2563 ปัจจุบันมีขา 2 ข้าง อ่อนแรง แขนใช้งานได้ตามปกติ ตามองไม่ชัดทั้ง 2 ข้าง</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,600 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 300 บาทจำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 3600 บาท ค่าแพมเพิส จำนวน 2 ชิ้น/วัน จำนวน 365 วัน เป็นเงิน 6,935 บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p>
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p>		
<p>มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน</p>	<p>มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> </ul>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางศรีสอางค์ ชำนาญยา</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางบุญมา เลี้ยวศรีทอง</i></p>	



**แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน  
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

5

<b>ชื่อ</b> นายสุพจน์ ศิลปะ <b>เลขบัตรประจำตัวประชาชน</b> 3530800201949	<b>ที่อยู่</b> 56 หมู่ 7 ตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล อุดรดิตต์ <b>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</b> 00000000	<b>วันที่จัดทำ</b> 05 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
<b>เกิดวันที่</b> 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488 <b>(อายุ 77 ปี)</b>	<b>วินิจฉัย :</b> ADL=2, TAI=13 <b>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :</b> ก.ย 2565 ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง ตาค้าง ญาตินำส่ง รพ.ลับแล และ รพ.ลับแล นำส่ง รพ.อต. นอน รพ.อต.ได้ประมาณ 2 อาทิตย์กลับมาแล้วมีขาอ่อนแรง 2 ข้าง แขนยกได้ปกติ มือสั้น 2 ข้าง	
<b>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</b>	<b>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</b>	<b>การดูแล</b>
<b>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3</b>  <b>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท</b> <b>โดยมีรายละเอียดดังนี้</b> ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 500 บาทจำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 6000 บาท ค่าแพมเพิส จำนวน 2 ชิ้น/วัน จำนวน 365 วัน เป็นเงิน 6,935 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน</li> </ul>
<b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b>		
<b>มีความต้องการ/ควรได้รับ</b> - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน	<b>มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</b>	
<b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b>	<b>เป้าหมายการดูแล</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> </ul>	
<b>ผู้จัดทำ Care plan</b> นางศรีสอางค์ ชำนาญญา	<b>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</b>	

*สุรศักดิ์ คุ้ม:*

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ราย/ปี)

4

<p>ชื่อ นายเทา หมิ่นไชย                  เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3530800066260</p>	<p>ที่อยู่ 135 หมู่ 6 ตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล                  อุดรดิตถ์                  หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2497                  (อายุ 68 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3                  ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ถูกท่อไอเสียมอเตอร์ไซค์ เมื่อ กันยายน 2565 มีแผลที่ขาที่นอนล่างซ้าย แล้วแผลติดเชื้อ ไปรักษาที่ รพ.อต. ปัจจุบันมีแผลที่น่องและเท้าซ้ายเป็นวงกว้าง ขา 2 ข้างอ่อนแรง มีข้อติด</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่                  ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1                  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น                  จำนวนเงิน 3,600 บาท                  โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ                  300 บาทจำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 3,600 บาท ค่า                  แพนเพิส จำนวน 2 ชิ้น/วัน จำนวน 365 วัน เป็น                  เงิน 6,935 บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป                  การดูแลพยาบาลเฉพาะ                  การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม                  การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม                  - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน                  ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> </ul>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางศรีสอางค์ ชำนาญยา</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>ประสิทธิ์</i></p>	



**แบบประเมิน**  
**บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์**  
**สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

<b>ชื่อ</b> นางโรย บุตรสี <b>หมายเลขโทรศัพท์</b>	<b>เกิดวันที่</b> 02 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2495 <b>อายุ</b> 70 ปี	<b>ที่อยู่</b> 117/2 หมู่ที่ 06 ต.ชัยชุมพล อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์
<b>ADL : 8</b> <b>วันที่ประเมิน :</b> 07 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565	<b>ผลการประเมิน</b> <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	<b>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</b> <input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ <input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่อง คลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่อง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูดทวารหนัก)
<b>ผู้ประเมิน :</b> <b>ชื่อ สกุล :</b> นางศรีสำอางค์ ชำนาญยา	<b>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่</b> <b>แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า</b> <b>อ้อมทางเลือก</b> <input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย <input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก	<b>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน :</b> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยชุมพล

**แบบประเมิน**  
**บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์**  
**สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

<p><b>ชื่อ</b> นายเทา หมื่นไชย  <b>หมายเลขโทรศัพท์</b></p>	<p><b>เกิดวันที่</b> 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2497  <b>อายุ</b> 68 ปี</p>	<p><b>ที่อยู่</b> 135 หมู่ 6 ตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล          อุดรดิตต์</p>
<p><b>ADL : 10</b>  <b>วันที่ประเมิน :</b> 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>	<p><b>ผลการประเมิน</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	<p><b>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN</b>  <b>(ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา          ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะ          อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่อง          คลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย          อุจจาระทางทวารหนัก</p> <p><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์          ใดๆอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่ง          กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ          พัลศาตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่          และหูรูดทวารหนัก)</p>
<p><b>ผู้ประเมิน :</b>  <b>ชื่อ สกุล :</b> นางศรีสอางค์ ชำนาญยา</p>	<p><b>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่</b>  <b>แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า</b>  <b>อ้อมทางเลือก</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน</p> <p><input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ</p> <p><input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</p>	<p><b>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน :</b> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยชุมพล</p>



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พิณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าใช้จ่าย/ราย/ปี)

1 ๒๖.๖. ๖๕  
๓๐ ต.ค. ๖๖

ชื่อ นางสาว แก้วสอน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3530800171381	ที่อยู่ 60 หมู่ 5 ต.ชัยชุมพล อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0613146675	วันที่จัดทำ 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 04 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2491 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แขน ขาข้างขวาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 14,135 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างCG เดือนละ 600 บาท จำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 7,200 บาท และค่า ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน ชิ้นละ 9.5 บาท เป็นเงิน 6,935 บาท รวมเป็นเงิน 14,135 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลัดอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวสุริยาพร ลามุล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <u>นางแจน คีห์ด</u>	

ลงชื่อ.....(นางสุริยาพร ลามุล).....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[.....]  
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

การ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Infol

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ล้างหน้า แปรงฟัน	ทำครั้งเดียว	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การนวดกระดูกนวดไหล่เวียน	ทำครั้งเดียว			✓		✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เปลี่ยนผ้าอ้อม	วันละ 4 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ป้อนอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมินภาวะโภชนาการ	ทำครั้งเดียว					✓			เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	ทำครั้งเดียว					✓			เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)			✓		✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
แนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย	ทำครั้งเดียว					✓			เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ	วันละ 4 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	ทำครั้งเดียว					✓			เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
วัดความดันโลหิต	ทำครั้งเดียว			✓		✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ภายนอกบำบัดโดย Caregiver
- เปลี่ยนผ้าอ้อม
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ

ผู้จัดทำ นางสาวสุริยาพร สามูล

ผู้รับผิดชอบ นางสาวสายพิน ไสดี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 30 นาที/สัปดาห์

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

- 1) นางเจน ดันดี (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์
- 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

4800

รับในอ

1 8.06.65  
30 1/11/66

ชื่อ นายบุญ คำจ้อน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3530800183169	ที่อยู่ 154 หมู่ 4 ต.ชัยชุมพล อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0946286631	วันที่จัดทำ 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย โรคเก๊าต์.ความดันโลหิตสูง รับยา รพ.ลับแล 3 เดือนก่อนมีภาวะติดเชื้ใน กระแสเลือด ส่งผลให้ขาอ่อนแรง เดินไม่ได้ ฉด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 7,980 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้าง CG เดือนละ 300 บาท จำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 3,600 บาท และค่า แผ่นรองขับ จำนวน 2 ชิ้น/วัน ชิ้นละ 6 บาท เป็น เงิน 4,380 บาท เป็นเงิน	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
- แผ่นรองขับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวสุริยาพร ลามุล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

๑๖ ธันวาคม ๖๕

ลงชื่อ.....<sup>อ๊าน</sup> (นางสุริยาพร ลามุล) ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[.....]  
[.....]  
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
[.....]

ลงชื่อ.....<sup>๗<</sup>.....อปท.  
[.....]

## กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

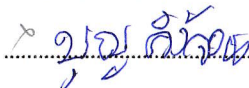
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
พลิกตะแคงตัว	ทุกๆ 2 ชั่วโมง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
วัดความดันโลหิต	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
ฝึกการทรงตัว	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนัดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

## กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

ผู้จัดทำ นางสาวสุรียาพร ลามุล

ผู้รับผิดชอบ น.ส.เยาวภา พิมพ์โพธิ์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที้/  
วัน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1)  ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป

2) ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป



**แบบประเมิน**  
**บุคคลที่มีภาวะปัญหาการสิ้นปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อป่งชี้ทางการแพทย์**  
**สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

<p>ชื่อ นายบุญ คำจ้อน          หมายเลขโทรศัพท์ 0946286631</p>	<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487          อายุ 78 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 154 หมู่ 4 ต.ชัยชุมพล อ.สับแล จ.อุดรดิตต์</p>
<p>ADL : 9          วันที่ประเมิน : 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</li> </ul>	<p>ข้อป่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</li> <li><input type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมออง ฯลฯ) หรือมีภาวะ อุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่อง คลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่าย อุจจาระทางทวารหนัก</li> <li><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์ อย่างเป็นทางการหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่ง กล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะ พิศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่ และหูรูดทวารหนัก)</li> </ul>
<p>ผู้ประเมิน:          ชื่อ สกุล : นางสุริยาพร สามูล</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้า อ้อมทางเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน</li> <li><input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ</li> <li><input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</li> </ul>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุ้ม ตำบลชัยชุมพล</p>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราารขาดเซย์ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

1 เม.ย. 65  
30 ธ.ค. 66

ชื่อ นางผัน คชหาญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5530890003315	ที่อยู่ 91 หมู่ 4 ต.ชัยชุมพล หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2470 (อายุ 95 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยล้มเองเดือน ตุลาคม 62 ปัจจุบันเดินไม่ได้ แขนข้างขวาไม่มีแรง แขนข้างซ้ายพอมีกำลังอยู่บ้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 14,135 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้าง CG เดือนละ 600 บาท จำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 7,200 บาท และค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน ชิ้นละ 9.5 บาท เป็นเงิน 6,935 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวสุริยาพร ลามุล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	อรุณภ งามดี

ลงชื่อ.....(นางสุริยาพร ลามุล).....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

ผู้ประสานงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุ้ม

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]



กำหนด การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Inform

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การจัดทำแผนป้องกันแผลกดทับ	ทุกๆ 2 ชั่วโมง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง						✓	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง						✓	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
อาบน้ำ	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เปลี่ยนผ้าอ้อม	วันละ 4 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ป้อนอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ดื่มนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ภายภาพบำบัดโดยญาติ
- ภายภาพบำบัดโดย Caregiver
- เปลี่ยนผ้าอ้อม
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ นางสาวพร สามูล

ผู้รับผิดชอบ น.ส.หน้อย จันคำ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 30 นาที/สัปดาห์

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

- 1) นางสาว พรหม งามศรี (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป .....
- 2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป .....

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุน (จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน)  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/รายปี)

1 12-0. 65  
 30 5-ค. 66

ชื่อ นายอนุวัตร ภู่งิ่งพริ้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1659902788460	ที่อยู่ 228/35 หมู่ 5 ต.ชัยชุมพล อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 24 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 (อายุ 9 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยพิการแต่กำเนิด พิการด้านสติปัญญา และพิการทางกาย ไม่สามารถนั่งเองได้ เดินไม่ได้ พูดไม่ได้ กินได้แต่นมและข้าวบด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 14,135 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างCG เดือนละ 600 บาท จำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 7,200 บาท และค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน ชิ้นละ 6 บาท เป็นเงิน 6,935 บาท เป็นเงิน 14,135 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - เดินไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ  การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด  การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์  การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวสุริยาพร ลามูล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	<i>2/5/86 รังษิณี สุวรรณ</i>

ลงชื่อ *นางสาวสุริยาพร ลามูล* ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุ้ม

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]



กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส
การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ	วันละ 4 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง	✓					
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ป้อนอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
เปลี่ยนผ้าอ้อม	วันละ 4 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)		✓		✓		
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	✓					
อาบน้ำ	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✓		✓		

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- กายภาพบำบัดโดย Caregiver
- เปลี่ยนผ้าอ้อม

ผู้จัดทำ นางสาวสุรียาพร สามกุล

ผู้รับผิดชอบ นางสาวพิน ใสดี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 30 นาที/สัปดาห์

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) *ปริญญ์ พิชัยศิริวงษา* ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป .....

2) ..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป .....



แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL มากกว่า 6 คะแนน

สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นางเงิน ทองสี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3530800126815	ที่อยู่ 9/2 หมู่ที่ 10 ต.ชัยภูมิพล อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0842182511	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : วัสดุตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ความจำหลงลืม เคลื่อนที่ได้ต้องมีคนช่วยพยุง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 4,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 400 บาท จำนวน 12 เดือน	- ปัญหาความจำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดิน ได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/กรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวัน ได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - อาการหลงลืมดีขึ้นหรือคงสภาพ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan..... (นางนงนอ ไร่สวย) (Care Manager)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้..... (ญาติ/ผู้ป่วย)	
ผู้เห็นชอบ..... (ประธานศูนย์LTC)	ผู้อนุมัติ Care plan..... (ประธานคณะกรรมการ LTC)	



แบบประเมิน

บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์  
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางเงิน ทองดี หมายเลขโทรศัพท์ 0842182511</p>	<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 อายุ 82 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 9/2 หมู่ที่ 10 ต.ชัยภูมิ อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์</p>
<p>ADL : 8 วันที่ประเมิน : 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</li> </ul>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาททบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาตครึ่งซีก ฯลฯ) หรือมีภาวะอัมพาตครึ่งซีกหรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก</li> <li><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่งกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่และหูดทวารหนัก)</li> </ul>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : นางนิตดา ไสยสุบ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน</li> <li><input type="checkbox"/> แผ่นรองขับถ่าย</li> <li><input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ</li> <li><input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</li> </ul>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลลับแล</p>



แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL มากกว่า 6 คะแนน

สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นางลำ เที่ยงเพราะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3530800123981	ที่อยู่ 67 ม.8 ต.ชัยภูมิพล อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0895247526	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี แขนขาขวาอ่อนแรง พูดไม่ชัด กินข้าวได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับบริการ สนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับบริการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวน เงิน 3,600 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 300 บาท จำนวน 12 เดือน	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 1 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวัน ได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan..... (นางนิลดา ไกรบุญ)	ข้าพเจ้านเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้..... (ญาติผู้ป่วย)	
ผู้เห็นชอบ..... (ประธานศูนย์LTC)	ผู้อนุมัติ Care plan..... (ประธานคณะกรรมการ LTC)	



แบบประเมิน

บุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบหรือออทิสติกหรือออजारะไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางสาวเสียงเพราะ หมายเลขโทรศัพท์ 0895247526</p>	<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487 อายุ 78 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 67 ม.8 ต.ชัยภูมิพล อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์</p>
<p>ADL : 9 วันที่ประเมิน : 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้</li> <li><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</li> </ul>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาททบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน สมอง ฯลฯ) หรือมีภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อนหรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก</li> <li><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่และหูดทวารหนัก)</li> </ul>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : นางนิตดา ไสสีสูบ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 1 ชิ้น/วัน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 1 ชิ้น/วัน</li> <li><input type="checkbox"/> แผ่นรองขับถ่าย</li> <li><input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ</li> </ul>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : รพ.ลับแล</p>



แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL มากกว่า 6 คะแนน

สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นางปิ่น พิมเสน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3539800020993	ที่อยู่ 59/3 หมู่ที่ 3 ต.ชัยภูมิ อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0810444796	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 21 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2477 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ฐีสึกตัวดี ตา2ข้างมองเห็น ไม่ชัดเจน ขา2ข้างไม่ค่อยมีแรง ประวัติความดัน ไขมันหลอดเลือดสมอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,600 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 300 บาท จำนวน 12 เดือน	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		ต่อผู้สูงอายุ
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - พื้นผิวสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan..... (นางนิตยา ใจรุ่ง) (Care Manager)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้.....	(ญาติ/ผู้ป่วย)
ผู้เห็นชอบ.....(ประธานศูนย์LTC)	ผู้อนุมัติ Care plan.....	(ประธานคณะกรรมการ LTC)



แบบประเมิน

บุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบหรือออทิสติกที่ไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์  
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

<p>ชื่อ นางปิ่น พิมเสน หมายเลขโทรศัพท์ 0810444796</p>	<p>เกิดวันที่ 21 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2477 อายุ 88 ปี</p>	<p>ที่อยู่ 59/3 หมู่ที่ 3 ต.ชัยภูมิ อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์</p>
<p>ADL : 10 วันที่ประเมิน : 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>	<p>ผลการประเมิน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li><input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</li> </ul>	<p>ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์/ปัญหาตาม CARE PLAN (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาตครึ่งซีก ฯลฯ) หรือมีภาวะอัมพาตครึ่งซีกหรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก</li> <li><input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ต่อมกึ่งกลางทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของกล้ามเนื้อและหูรูดทวารหนัก)</li> </ul>
<p>ผู้ประเมิน : ชื่อ สกุล : นางนิตดา ใสสีสุบ</p>	<p>ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย การขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน</li> <li><input type="checkbox"/> แผ่นรองขับถ่าย</li> <li><input type="checkbox"/> แผ่นเสริมซึมซับ</li> <li><input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก</li> </ul>	<p>ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน : โรงพยาบาลลับแล</p>



แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน

สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นางสาว ป๊อกเชื้อ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3530800140061	ที่อยู่ 169 ม.3 ต.ชัยภูมิพล อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0881565437	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2495 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 500 บาท จำนวน 12 เดือน	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ข้อแขนข้อเข่าติด - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัย
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	ต่อผู้สูงอายุ
- ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan.....(Care Manager)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้.....(ญาติ/ผู้ป่วย)	
ผู้เห็นชอบ.....(ประธานศูนย์LTC)	ผู้อนุมัติ Care plan.....(ประธานคณะกรรมการ LTC)	

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน

สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นางฟอง แก้วน้ำเพชร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3530800133919	ที่อยู่ 100/1 หมู่ 3 ต.ชัยภูมิพล อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=I2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ประวัติความดันโลหิต โรคหลอดเลือดสมอง แขนขาข้างซ้ายไม่มีแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 7,200 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 600 บาท จำนวน 12 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ปัญหาด้านความจำหลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> </ul>	ระยะสั้น - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - อาการหลงลืมดีขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan..... (นางนิลดา ใจสูง)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้.....(ญาติผู้ป่วย)	
ผู้เห็นชอบ.....(ประธานศูนย์LTC)	ผู้อนุมัติ Care plan.....(ประธานคณะกรรมการ LTC)	



แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน

สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นางไล มาแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3530800141181	ที่อยู่ 183 หมู่ที่ 3 ต.ชัยภูมิพล อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0615243211	วันที่จัดทำ 20 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2495 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : วัสดุแก้วดี กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงข้างขวา ประวัติโรคหลอดเลือดตีบสมอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 500 บาท จำนวน 12 เดือน	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดิน ได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ - ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan..... (นางไลมาแก้ว) (Care Manager)	ข้าพเจ้านเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ .....	(ญาติ/ผู้ป่วย)
ผู้เห็นชอบ..... (ประธานศูนย์LTC)	ผู้อนุมัติ Care plan.....	(ประธานคณะกรรมการ LTC)



แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน

สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นางเมื่อง เชื้อต่อมา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3530800030931	ที่อยู่ 36 หมู่ 8 ต.ชัยภูมิพล อ.ทับแฉก จ.สุคริพ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0986255553	วันที่จัดทำ 19 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สึกตัวดี ช่วยตัวเองได้เล็กน้อย ซ้ำเข้าคิด 2ข้าง ประวัติโรคหอบรักษาคลินิกและญาติซ้อยาเอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวน เงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหมา CG เดือนละ 500 บาท จำนวน 12 เดือน	- หายใจเหนื่อยหอบบางครั้ง - ซ้ำเข้าคิด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	มีภาวะกั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการคิดเชิงระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับความสะอาดและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan..... (นางชนิดดา ใจสูง)	ข้าพเจ้านเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	
ผู้เห็นชอบ.....(ประธานศูนย์LTC)	ผู้อนุมัติ Care plan.....(ประธานคณะกรรมการ LTC)	