องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ
เลขรับที่ ๙๐๙
วันที่ ๒๑ / เม.ย. / ๖๘
เวลา ๑๒.๕๓ น.

ที่ พบ ๐๖๓๓.๑/๐๙/๙๕

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะปุ
หมู่ที่ ๙ บ้านใหม่โพธิ์ลอย อำเภอบ้านลาด
จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๑๕๐

๒๑ เมษายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอขยายระยะเวลาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะปุ อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลหนองกะปุ

อ้างถึง ข้อตกลงจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ฯ สัญญาข้อตกลงเลขที่ ๐๑/๒๕๖๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนปฏิบัติการสำหรับการดำเนินกิจกรรมในช่วงที่ขอขยายระยะเวลาโครงการ

ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อบต.หนองกะปุ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ได้อนุมัติให้ดำเนินโครงการการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะปุ อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำนวนงบประมาณ ทั้งสิ้น ๓๖,๐๐๐ บาท นั้น

เนื่องด้วย การอนุมัติโครงการฯ ล่าช้า จึงมีการดำเนินการจ้างล่าช้าซึ่งทำให้ค่าจ้างเหมาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง ของ รพ.สต.หนองกะปุ คงเหลือ ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานโครงการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยดีและบรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงขอขยายเวลาในการดำเนินงานโครงการเป็นระยะเวลา ๓ เดือน โดยจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ซึ่งทางผู้ดำเนินโครงการจะดำเนินการตามแผนงานกิจกรรมที่วางแผนไว้และจะสรุปผลรายงานผลการดำเนินงานที่เสร็จเรียบร้อยแก่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้ เพื่อให้คณะกรรมการดำเนินการพิจารณาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ขยายระยะเวลาตามที่เสนอ

ขอแสดงความนับถือ

(นางปาณิสรา พุ่มจิตร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะปุ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะปุ
โทร ๐ ๓๒๕๘ ๓๒๒๔

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางมน ยิ้มรอด
เลขบัตรประจำตัวประชน 3760600054525</td><td>ที่อยู่ 52 ม.8 ต.หนองกะปุ
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</td><td>วันที่จัดทำ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477
(อายุ 90 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=2, TAI=12
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่สามารถดูแลตัวเองได้เลย ต้องมีคนดูแลอย่างใกล้ชิด</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท</td><td>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
- โภชนาการ
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- การอาบน้ำ
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- ข้อติด/ข้อเท้าตก
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- ไม่เกิดแผลกดทับ
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan หัสยา เนียมเกิด</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นางมน ยิ้มรอด</td></tr>
</table>

สำเนาถูกต้อง

น.ส.หัสยา เนียมเกิด

แผนพยาบาลดูแล [Care Plan] ฉบับที่ 2/67 วันที่ 01/02/67
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะปุ

ชื่อ นางมน ยั้มรอด **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3760600054525	**ที่อยู่** 52 ม.0 ต.หนองกะปุ **หมายเลขโทรศัพท์** -	**จัดทำวันที่** 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 **วินิจฉัย** : ADL=2, TAI=12 **ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่** 4 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** , ไม่สามารถดูแลตัวเองได้เลย ต้องมีคนดูแลตลอดเวลา ไกลิ้งโต
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ** อยากให้มีคนดูแลผลัดเปลี่ยน/ไปนอนโรงพยาบาล - อยากให้คนยื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า **ญาติ** - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	**จัดควรระวังในการให้บริการ** - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ผู้ป่วย เพศ/ที่อยู่ เป็น - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือซน ขา	**เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)** - ฟื้นสูญเสียความสามารถ เพิ่มให้คงเหลือเพิ่มขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน	**บริการรวมตามแผนรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและผู้ดูแล)** **บริการอื่นๆ** - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท ไม่ใช่การแพทย์

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ.	พฤ.	ศ.	ส.	อ.	ผู้รับผิดชอบ
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	ทำครั้งเดียว					✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ	ทำครั้งเดียว					✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจวัตรประจำวันในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ขับถ่าย - สวมผ้าอ้อม - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดยญาติ - เปลี่ยนผ้าอ้อม - สวมผ้าอ้อม - นอนหลับ - ออกกำลังกาย	**ผู้จัดทำ** นิตยา เปียมเกิด **ผู้รับผิดชอบ** **Caregiver :** น.ส.มุกดา แก้วกอง **ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า** 1 ชั่วโมง นาที/เดือน **ข้าพเจ้ายินยอมรับการให้บริการตาม Care Plan นี้** 1) มน ใยเยา ยั้มรอด (ผู้ป่วย/ญาติ) วลป ..... 2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วลป .....

สำเนาถูกต้อง

น.ส.นิสิยา เปียมเกิด

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ยุภา บุตรน้อย **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3760600055980	**ที่อยู่** 10 ม.5 ต.หนองกะปุ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** -	**วันที่จัดทำ** 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 25 เดือน กันยายน พ.ศ. 2501 (อายุ 66 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=3, TAI=12 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ไม่สามารถเดินได้	ADL = 8 TAI = 03 คม = 2
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	**ระยะสั้น** ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หัสยา เมืองเกิด	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)** นส. อำนร ปานนิยม	

สำเนาถูกต้อง

น.ส.หัสยา เมืองเกิด

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/67 วันที่ 01/02/67

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะปุ

ชื่อ น.ส.บุญา บุตรน้อย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760600055980	ที่อยู่ 10 ม.5 ต.หนองกะปุ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 วินิจฉัย : ADL=3, TAI=12 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ไม่สามารถเดินได้
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้กิจกรรมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้มีอาชีพเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)** - ฟื้นฟูสภาพข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน	**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและInformal)** **บริการอื่นๆ** - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	ทำครั้งเดียว					✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	ทำครั้งเดียว					✔			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

โดยเตรียมให้ยาโดยญาติ

- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ

ดูแลกายภาพบำบัดโดย Caregiver

- ออกกำลังกาย
- เปลี่ยนผ้าอ้อม
- สวนปัสสาวะ
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ น.ส.นัสยา เนียมเกิด

ผู้รับผิดชอบ

Caregiver : น.ส.บุพา แก้วกอง

ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ต่อวัน/เดือน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) น.ส.บุญา นิตรน้อย (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป .....

2) ..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป .....

สำเนาถูกต้อง

น.ส.นัสยา เนียมเกิด

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายลั้น บุตรสอาด **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3760600043159	**ที่อยู่** 47 ม.3 ต.หนองกะปุ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** -	**วันที่จัดทำ** 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 23 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2478 **(อายุ** 89 **ปี)**	**วินิจฉัย :** ADL=5, TAI=C3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การขับถ่าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan พัสยา เนียมเกิด	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)** นาง ลมาลย์ ลั่นการ์ด	

สำเนาถูกต้อง

น.ส.พัสยา เนียมเกิด

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/67 วันที่ 01/02/67
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะปุ

ชื่อ นายลั้น บุตรสอาด **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3760600043159	**ที่อยู่** 47 ม.3 ต.หนองกะปุ **หมายเลขโทรศัพท์** -	**วันที่ทำวันที่** 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 **วินิจฉัย** : ADL=5, TAI=C3 **ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่** 2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : สามารถช่วยเหลือกิจกรรมได้บ้าง ต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต **ผู้สูงอายุ** อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น • อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่อยากเหงา **ญาติ** - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน	**แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่เกิดแผลกดทับ	**ข้อควรระวังในการให้บริการ** - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไปได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือขวน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)** ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน	**บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)** **บริการอื่นๆ** - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กิจกรรมการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	ทำครั้งเดียว					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	ทำครั้งเดียว					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดยญาติ - สวดมนต์ - นอนหลับ	**ผู้จัดทำ** พัสยา เนียมนกิด **ผู้รับผิดชอบ** **Caregiver** : น.ส.บุพา แก้วกลาง **ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า** 1 ชั่วโมง บาฬิ/เดือน **ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้** 1) นาง สุดารัตน์ จันทร์ดี [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป ..... 2) ..... [ผู้ให้บริการ/ญาติ] วดป .....

สำเนาถูกต้อง

น.ส.พัสยา เนียมนกิด