

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะป๋อ
เลขรับที่..... ๑๕๑๕
วันที่ ๑๖ / ๕.๑ / ๖๕
เวลา..... ๑๔.๕๑ น.



ที่ พบ ๐๖๓๓.๑/๐๙/๒๗๙

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะป๋อ
หมู่ที่ ๙ ตำบลหนองกะป๋อ อำเภอบ้านลาด
จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๑๕๐

๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอส่ง Care plan การจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเพื่อพิจารณาสนับสนุน

เรียน นายองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะป๋อ

สิ่งที่แนบมาด้วย แผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (Care Plan) จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะป๋อ ได้จัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขอส่งแผนการจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีจำนวน ๘ ราย จึงขอส่ง Care Plan มาเพื่อพิจารณาสนับสนุนงบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในปีถัดไป

บัดนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะป๋อ ขอส่งแผนการจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Plan) ดังกล่าวเพื่อเป็นข้อมูลในการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวแสงเพ็ญ ทังเฮียง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะป๋อ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะป๋อ

โทร. ๐๓๒ - ๕๘๓๒๒๔

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นางละม่อม อินทรเรือง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760600052719</p>	<p>ที่อยู่ 86 ม.4 อ. บ้านลาด จ. เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันที่จัดทำ 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2497 (อายุ 67 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้ออ่อนแรง พอดีช่วยเหลือตัวเองได้</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท</p>	<p>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดหาพาหนะเคลื่อนที่และการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การพลัดตกหกล้ม 	<p>เป้าหมายการดูแล</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส. วัลลยา เนียมเกิด</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/65 วันที่ 12/07/65
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะป๋

<p>ชื่อ นางละม่อม อินทร์เรือง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760800052719</p>	<p>ที่อยู่ 66 ม.4 อ. บ้านลาด จ. เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์ -</p>	<p>จัดทำวันที่ 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565 วัตถุประสงค์ : ADL=9, TAI=C4 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้ออ่อนแรง พอดีช่วยเหลือตัวเองได้</p>																		
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อายากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อายากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตั้งห่างจากที่เป็นอยู่ - อายากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยนแปลง</p>	<p>เป้าหมายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - การพลัดตกหกล้ม</p>																		
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</p>	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 เดือน</p>	<p>บริการนอกเหนือรายลับคำ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และ Informal) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม</p>																		
<p>กิจกรรม การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ</p>	<p>กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal</p> <table border="1"> <tr> <td>ความถี่</td> <td>จ.</td> <td>อ.</td> <td>พ</td> <td>พฤ</td> <td>ศ</td> <td>ส</td> <td>อ</td> <td>ผู้รับผิดชอบ</td> </tr> <tr> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)</td> </tr> </table>	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	เดือนละ 1 ครั้ง			<input checked="" type="checkbox"/>					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)	
ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ												
เดือนละ 1 ครั้ง			<input checked="" type="checkbox"/>					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)												
<p>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - กายภาพบำบัดโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - สถานะบด - นอนหลับ</p>	<p>ผู้จัดทำ น.ส. หัสยา นิยมเกิด ผู้รับผิดชอบ นายกฤตพัฒน์ ทองปลั่ง ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาทิตย์/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติงาน Care Plan นี้</p>	<p>..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป</p>																		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลระยะยาวบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวสิริง เทียนทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760600060908	ที่อยู่ 114 ม.5 อ. บ้านลาด จ. เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2491 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้ออ่อนแรง พอช่วยเหลือตัวเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีความพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความสามารถในการได้ยิน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - ไม่เกิดแผลกดทับ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หิสาญา เนียมเกิด	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/65 วันที่ 12/07/65
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะปี่

<p>ชื่อ นางสาว พิชญ์ทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760600060908</p>	<p>ที่อยู่ 114 ม.5 อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์ -</p>	<p>จัดทำวันที่ 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565 รับผิดชอบ : ADL=8, IAI=C4 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ชื่อผู้ดูแลสุขภาพเบื้องต้น : กัลยาณน้อยอนามร พอดีช่วยเหลือตัวเองได้</p>																		
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการสร้างชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากรักษาหรือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตั้งจากที่เป็นอยู่ - อยากรักษาคนดูแลเอาใจใส่ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากรักษาคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยนแปลง - อยากรักษาวิถีชีวิตการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้อยู่</p>	<p>แผนนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยกรม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ไม่เปลี่ยนแปลง - ญาติสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - ปลอดภัย/ข้อผิดพลาด - ปลอดภัย/ข้อผิดพลาด</p>																		
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความสามารถในการได้ยิน</p>	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 เดือน</p>	<p>บริการนอกเหนือรายลับคำ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และกิจกรรม) - บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่ทันสมัย</p>																		
<p>กิจกรรม การนวดกระตุ้นการไหลเวียน</p>	<p>กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท (To/From)</p> <table border="0"> <tr> <td>ความถี่</td> <td>จ.</td> <td>อ.</td> <td>พ</td> <td>พฤ</td> <td>ศ</td> <td>ส</td> <td>อ</td> <td>ผู้รับผิดชอบ</td> </tr> <tr> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td align="center">✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)</td> </tr> </table>	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)	
ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ												
เดือนละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)												
<p>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - รับประทานยา - ทางการแพทย์บำบัดโดยญาติ - สวมมด</p>	<p>ผู้จัดทำ น.ส.หัตถา เบียมเกิด ผู้รับผิดชอบ นางสาว พงษ์ดี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติงาน Care Plan นี้</p>	<p>1) (ผู้ช่วย/ญาติ) รับผิดชอบ 2) (ผู้ช่วย/ญาติ) รับผิดชอบ</p>																		

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางเมียน ชันธุ์ทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760600046468	ที่อยู่ 111 ม.3 ต.หนองกะป๋อ บ้านลาด จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 26 เดือน มกราคม พ.ศ. 2497 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้ออ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีการพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ - ชื่อติด/ชื่อเข้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - พื้นผู้สภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หทัยา เนียมเกิด	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/65 วันที่ 18/07/65
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะป๋อ

ชื่อ นางเพ็ญ ชั้นร่ำทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760600049468	ที่อยู่ 111 ม.3 ต.หนองกะป๋อ อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565 รับผิดชอบ : ADL=11, TAI=C4 ผู้ดูแลสุขภาพระดับกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: กล้ามเนื้ออ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้																
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่ต้องการสร้างชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากรักษาคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากรักษาวิถีชีวิตการเพิ่มขึ้นภาษาที่ได้อยู่	แผนนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	จัดจรรจงในการให้บริการ - จัดตั้ง/ซ่อมทำตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการสร้างชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	เป้าหมายในการสร้างชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - คืนบุคลิกภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 เดือน	บริการนอกเหนือรายค่าบริการ [รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และ Informal] บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล																
กิจกรรม การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal <table border="0"> <tr> <td>ความถี่</td> <td>จ.</td> <td>อ.</td> <td>พ</td> <td>พฤ</td> <td>ศ</td> <td>ส</td> <td>อ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </table> เดือนละ 1 ครั้ง	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ								✓	ผู้รับผิดชอบ
ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ											
							✓											
กิจกรรมหลักในการสร้างชีวิต - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - สาธิตมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.พัชยา นิยมเกิด ผู้รับผิดชอบ นายกฤตพจน์ ทองปลั่ง ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/เดือน ช่างเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติงาน Care Plan นี้	(ผู้ช่วย/ญาติ) รับผิดชอบ 1) 2) (ผู้ช่วย/ญาติ) รับผิดชอบ																

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลระยะยาวสำหรับบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางประยงษ์ แพรมเนียม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760600050635	ที่อยู่ 49 ม.4 อ. บ้านลาด จ. เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 03 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2499 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้ออ่อนแรง แขนขาตีตรูป ช่วยเหลือตัวเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1		การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดหาพาหนะเคลื่อนและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้อนกินภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้นภายใน 12 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หัตถยา เนียมเกิด	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการผลิตแยกค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางเจ ตีเต็น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760600058342	ที่อยู่ 58 ม.5 อ. บ้านลาด จ. เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2471 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่สามารถเดินได้ มีปัญหาด้านการได้ยิน พอส่วยเหลือตัวเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ความสามารถในการได้ยิน	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดการสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส. ทัศนยา เนียมเกิด	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติงานตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/65 วันที่ 12/07/65
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะป๋อ

<p>ชื่อ นางญา บุตรน้อย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760600055980</p>	<p>ที่อยู่ 10 ม.5 อ. บ้านลาด จ. เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์ .</p>	<p>จัดทำวันที่ 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565 รหัสจัดัย : ADL=3, TAI=12 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 4 ชื่อบุคลากรที่บ่งต้น : กส.รามเนื้ออ่อนแรง พอดีช่วยเหลือตัวเองได้</p>																		
<p>แนวคิดของผู้ใช้โปรแกรมและครอบครัวที่มีต่อการสร้างชีวิตผู้สูงอายุ - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยนแปลง</p>	<p>แผนนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/จับถ้วยเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ช่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก</p>																		
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการสร้างชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p>	<p>เป้าหมายในการสร้างชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 12 เดือน</p>	<p>บริการนอกเหนือรายค่าบริการ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) บริการอื่นๆ - ได้รับการรับสภาพที่บ้านและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม</p>																		
<p>กิจกรรม การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ</p>	<p>กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal</p> <table border="1"> <tr> <td>ความถี่</td> <td>จ.</td> <td>อ.</td> <td>พ</td> <td>พฤ</td> <td>ศ</td> <td>ส</td> <td>อ</td> <td>ผู้รับผิดชอบ</td> </tr> <tr> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)</td> </tr> </table>	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)	
ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ												
เดือนละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)												
<p>กิจกรรมหลักในการสร้างชีวิต - เปลี่ยนผ้าอ้อม - กายภาพบำบัดโดยญาติ - สวดมนต์ - กายภาพบำบัดโดย Caregiver</p>	<p>ผู้จัดทำ น.ส.พัลยา น้อยมกิด ผู้รับผิดชอบ นางสาว พงษ์ดี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติงานตาม Care Plan นี้</p> <p>1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์</p> <p>2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์</p>																			

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเคสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นายพิพัฒน์ บานแย้ม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1769900134178	ที่อยู่ 103 ม.6 ต.หนองกะป๋อ บ้านลาด จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2530 (อายุ 34 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้ออ่อนแรง พยายามเคลื่อนไหวเองได้บ้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีการพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การดูแลสุขภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายใน 12 เดือน ระยะยาว - ไม่เกิดแผลกดทับ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หัสยา เนียมเกิด	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/65 วันที่ 18/07/65
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะพูน

<p>ชื่อ นายพิพัฒน์ บานเย็น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1769900134178</p>	<p>ที่อยู่ 103 ม.6 ต.หนองกะพูน อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์ -</p>	<p>จัดทำวันที่ 18 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565 วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้ออ่อนแรง พอดีช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง</p>																		
<p>แนวความคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน</p>	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ไม่เกิดแผลกดทับ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อคิด/ข้อห้าม บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและครอบครัว) บริการอื่นๆ - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม</p>																		
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกำลังมีแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/สิ่งของอยู่ที่อยู่อาศัย</p>	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 12 เดือน</p>																			
<p>กิจกรรม การบริการช่วยเหลือและกระตุ้นมือ</p>	<p>กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท (Formal)</p> <table border="0"> <tr> <td>ความถี่</td> <td>จ.</td> <td>อ.</td> <td>พ</td> <td>พฤ</td> <td>ศ</td> <td>ส</td> <td>อ</td> <td>ผู้รับผิดชอบ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td align="center">✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> </table>	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ												
			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)												
<p>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - นอนหลับ - เปลี่ยนผ้าอ้อม</p>	<p>ผู้จัดทำ น.ส.หัตถยา เนียมเกิด ผู้รับผิดชอบ นางสวาด พงษ์ศรี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติงาน Care Plan นี้</p>	<p>1) (ผู้ช่วย/ญาติ) รับผิดชอบ 2) (ผู้ช่วย/ญาติ) รับผิดชอบ</p>																		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นามชน ยัมรอด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760600054525	ที่อยู่ 52 ม.8 อ. บ้านลาด จ. เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=11 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีการพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนบิลสภาวะไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบับขับถ่าย(บิลสภาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หิทยา เมียมเกิด	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/65 วันที่ 12/07/65
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกระพ

<p>ชื่อ นางนบ อัมมรอต เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3780600054525</p>	<p>ที่อยู่ 52 น.8 อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์ -</p>	<p>จัดทำวันที่ 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565 รับผิดชอบ : ADL=2, TAI=11 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้</p>																		
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่ผู้ศอกการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี - ญาติ - อยากรให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน</p> <p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนไม่สะดวก - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</p>	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ</p> <p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 12 เดือน</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p> <p>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม</p>																		
<p>กิจกรรม การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ</p> <p>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - สาธิตมนต์ - นอนหลับ - เปลี่ยนผ้าอ้อม</p>	<p align="center">กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal</p> <table border="0"> <tr> <td>ความถี่</td> <td>จ.</td> <td>อ.</td> <td>พ</td> <td>พฤ</td> <td>ศ</td> <td>ส</td> <td>อ</td> <td>ผู้รับผิดชอบ</td> </tr> <tr> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td align="center">✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)</td> </tr> </table>	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)	<p>ผู้จัดทำ น.ส. หัสยา เข็มมเกิด</p> <p>ผู้รับผิดชอบ นายกฤตพจน์ ทองปลั่งอง ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/เดือน</p> <p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</p> <p>1) [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป</p> <p>2) [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป</p>
ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ												
เดือนละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)												