องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ
เลขรับที่ ๒๐๕๖
วันที่ ๒๕ / ต.ค. / ๖๗
เวลา ๑๐:๓๐ น.

ที่ พบ๐๖๓๓.๑ / ๑๕ /๑๗๕

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยข้อง
อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๑๕๐

๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอส่งข้อมูลผู้ป่วยขอรับการสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่หรือแผ่นรองซับ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ

ตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ จะดำเนินการจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนผ้าอ้อมหรือแผ่นรองซับให้แก่ผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ที่มีปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้นั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยข้อง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ขอส่งรายชื่อผู้ป่วยเพื่อรับสิทธิประโยชน์การสนับสนุนผ้าอ้อมหรือแผ่นรองซับ ดังนี้

๑. นายผ่าน ทองมาก อายุ ๘๖ ปี บ้านเลขที่ ๓๖ หมู่ ๒ ต.ห้วยข้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี
๒. นายแพน เดือดใจ อายุ ๗๒ ปี บ้านเลขที่ ๗๖ หมู่ ๓ ต.ห้วยข้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี
๓. นายอภินันทร์ รอดได้ อายุ ๓๘ ปี บ้านเลขที่ ๓๑ หมู่ ๓ ต.ห้วยข้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป.

ขอแสดงความนับถือ

(นางวรรณา รุ่งเจริญ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยข้อง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายอภินันทร์ รอดได้ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 1760600031588	**ที่อยู่** 31 หมู่ 3 ต.ห้วยข้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี 76150 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 24 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 05 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2529 **(อายุ** 38 **ปี)**	**วินิจฉัย** : ADL=2, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยเส้นเลือดสมองแตก ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถสื่อสารได้ มีภาวะข้อติด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** NaN **บาท**	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีภาวะข้อติด	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - ที่นอนลม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสุภาภรณ์ จงงาม	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)** นพพร รอดได้	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายแพน เดือดใจ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3760600320683	**ที่อยู่** 76 ม.3 ตำบลห้วยข้อง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี 76150 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0615910497	**วันที่จัดทำ** 24 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 03 เดือน กันยายน พ.ศ. 2485 **(อายุ 72 ปี)**	**วินิจฉัย** : ADL=5, TAI=B3 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : ผู้สูงอายุ ป่วย เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคสมองเสื่อม มา 3 ปี ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีภาวะสับสนทางสมอง แขนซ้ายอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** NaN **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - ต้องการที่นอนลม **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางสุภาภรณ์ จงงาม	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)** นางมลิน สัตย์ดาร	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายผ่าน ทองมาก **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3760600437246	**ที่อยู่** 36 ม.2 ต.ห้วยข้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี 76150 **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 24 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 86 ปี)	**วินิจฉัย** : ADL=3, TAI=13 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น** : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** NaN **บาท**	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม** - การบริการด้านอุปกรณ์ - ที่นอนลม - อุปกรณ์ ทำแผล **การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสุภาภรณ์ จงงาม	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)** อุ่น ทองมาก	