



องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปูล
เลขที่ ๒๓๒๙
วันที่ ๒๖ / ๓.๑ / ๖๕
เวลา ๑๓.๑๕ น.

ที่ พบ๐๖๓๓.๑ / ๑๕ / ๒๓๙

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยซ้อง
อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๑๕๐

๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอส่งข้อมูลผู้ป่วยขอรับการสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้ใหญ่หรือแผ่นรองขับ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปูล

ตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปูล จะดำเนินการจัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนผ้าอ้อมหรือแผ่นรองขับให้แก่ผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ที่มีปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ นั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยซ้อง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ขอส่งรายชื่อผู้ป่วยเพื่อรับสิทธิประโยชน์การสนับสนุนผ้าอ้อมหรือแผ่นรองขับ ดังนี้

๑. นายผ่าน ทองมาก อายุ ๘๗ ปี บ้านเลขที่ ๓๖ หมู่ ๒ ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี
๒. นางบุญสี ชันทรัพย์ อายุ ๙๑ ปี บ้านเลขที่ ๘๐ หมู่ ๓ ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี
๓. นายอภิสิทธิ์ รอดได้ อายุ ๓๙ ปี บ้านเลขที่ ๓๑ หมู่ ๓ ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป.

ขอแสดงความนับถือ

(นางสุภาภรณ์ จงงาม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รักษาราชการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยซ้อง

แบบประเมิน
แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อนายผ่าน ทองมาก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760600320683	ที่อยู่ 36 ม.2 ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 2 ตุลาคม 2568
เกิดวันที่ 1 เดือน มกราคม ปี 2481 (อายุ...87...ปี)	วินิจฉัย : ADL = 3 TAI = 13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงใส่สายสวนปัสสาวะ มีแผลกดทับ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายราย ปีที่ขอรับการสนับสนุน 2568	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่..... ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ เหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน.....บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ไม่สามารถทำ กิจกรรมประจำวันได้ ต้องมีผู้ดูแล -มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะต้องใส่สายสวน กลั้นอุจจาระไม่ได้ - มีแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก	การดูแลการพยาบาลทั่วไป -ทำความสะอาดร่างกาย ,ป้อนอาหาร,ดูแล เรื่องการขับถ่าย -ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. -จัดการด้านสิ่งแวดล้อม -ดูแลแผลกดทับ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน...3.....ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
-การพลัดตก -ข้อติด/ข้อเท้าตก -การกินอาหาร/การสำลักอาหาร	ระยะสั้น แผลกดทับดีขึ้นไม่พบการติดเชื้อ ระยะยาว -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง -ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวภรณ์ จงงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นางยุพิน ทองมาก (ญาติ)	

บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) นายผ่าน ทองมาก (บุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบ ปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้) หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้) -	วัน/เดือน/ปี (เกิด) วันที่ 1 เดือน มกราคม ปี 2481 อายุ 87 ปี	ที่อยู่ 36 ม.2 ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี
วันที่ประเมิน 2 ตุลาคม 2568	ผลการประเมิน ☐ มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ☐ มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ ☒ มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ) ☒ มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ☒ ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาตเกร็งกราน) หรือมีภาวะอัมพาตเกร็งกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก ☐ มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก)
ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข ชื่อ-นามสกุล นางสุภาภรณ์ จงงาม	ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับ ☐ ผ่าตัดผู้ใหญ่ จำนวน....ชิ้น	ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน รพ.สต.ห้วยซ้อง

แบบประเมิน
แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อนางบุญสี จันทร์พรม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3760600320861	ที่อยู่ 80 ม.3 ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 2 ตุลาคม 2568
เกิดวันที่ 9 เดือน เมษายน ปี 2477 (อายุ...91...ปี)	วินิจฉัย : ADL = 6 TAI = B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ เดินไม่ได้ แขนขาอ่อนแรง มีแผลกดทับ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายราย ปีที่ขอรับการสนับสนุน 2569	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่..... ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ เหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน.....บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องมีผู้ดูแล - กลั้นปัสสาวะ, อุจจาระไม่ได้ - มีแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก	การดูแลการพยาบาลทั่วไป -ทำความสะอาดร่างกาย ,ป้อนอาหาร,ดูแล เรื่องการขับถ่าย -ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. -จัดการด้านสิ่งแวดล้อม -ดูแลแผลกดทับ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน.....3.....ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ		
เป้าหมายการดูแล		
-การพลัดตก -ข้อติด/ข้อเท้าตก -การกินอาหาร/การสั่ล็กอาหาร		
ระยะสั้น แผลกดทับดีขึ้นไม่พบการติดเชื้อ ระยะยาว -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง -ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ		
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวภรณ์ จงงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นาย รวม วิสม (ญาติ)	

**บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) นางบุญสี ชันทรัพย์ (บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้น ปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้) หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้) -	วัน/เดือน/ปี (เกิด) วันที่ 1 เดือน มกราคม ปี 2477 อายุ 91 ปี	ที่อยู่ 80 ม.3 ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี
วันที่ประเมิน 2 ตุลาคม 2568	ผลการประเมิน ☐ มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ☐ มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ ☒ มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ) ☒ มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ☒ ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาตเกร็ง) หรือมีภาวะอัมพาตเกร็งกราม หย่อน หรือน้ำปัสสาวะคั่งในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก ☐ มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่งกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก)
ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข) ชื่อ-นามสกุล นางสุภาภรณ์ จงงาม	ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับ ☐ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน....ชิ้น	ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน รพ.สต.ห้วยซ้อง

แบบประเมิน
แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อนายอภิรักษ์ รอดได้ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1760600031588	ที่อยู่ 31 ม.3 ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันจัดทำ 2 ตุลาคม 2568
เกิดวันที่ 5 เดือน พฤษภาคม ปี 2529 (อายุ...39.....ปี)	วิจัย : ADL = 2 TAI = 13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเส้นเลือดสมองแตก ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ข้อติด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายราย ปีที่ขอรับการสนับสนุน 2568	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่..... ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ เหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน.....บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้	ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ไม่สามารถทำ กิจกรรมประจำวันได้ ต้องมีผู้ดูแล - มีปัญหาการกลืนปัสสาวะ - มีปัญหาท้องผูก - ปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อติด	การดูแลการพยาบาลทั่วไป -ทำความสะอาดร่างกาย ,ป้อนอาหาร,ดูแล เรื่องการขับถ่าย -ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. -จัดการด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน.....3.....ชิ้น /วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
-การพลัดตก -ข้อติด/ข้อเท้าตก -การกินอาหาร/การสำลักอาหาร	ระยะสั้น ไม่เกิดแผลกดทับจากการนอนนานๆ ระยะยาว -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง -ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสุภาภรณ์ จงงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นายบุญพวน รอดได้ (ญาติ)	

บุคคลที่มีภาวะปัญหาากลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) นายอภิสิทธิ์ รอดได้ (บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้) หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้) -	วัน/เดือน/ปี (เกิด) วันที่ 5 เดือน สิงหาคม ปี 2529 อายุ 38 ปี	ที่อยู่ 31 ม.3 ต.ห้วยซ้อง อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี
วันที่ประเมิน 2 ตุลาคม 2568	ผลการประเมิน ☐ มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ☐ มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ ☐ มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ) ☒ มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ☒ ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาตเกร็งเกรียว) หรือมีภาวะอัมพาตเกร็งเกรียว หย่อน หรือน้ำปัสสาวะคั่งในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก ☐ มิใช่รับรองแพทย์/มิผลการตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก)
ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข) ชื่อ-นามสกุล นางสุภาภรณ์ จงงาม	ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับ ☐ ผ่าตัดผู้ใหญ่ จำนวน....ชิ้น	ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน รพ.สต.ห้วยซ้อง