

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการและสูญเสียความสามารถทางการค้า

งบบริการสาธารณะสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางวัฒน์ เชื้อบริบูรณ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700229044	ที่อยู่ 167 หมู่ที่ 01 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2485 [อายุ 81 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก ตามองไม่ชัด ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปวดขา น้ำหนักมาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิการด้อยในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สาขาวิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง รถพารเดิน ไม่มีท่าสามชา	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การหลัดตกหลุม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้อแท้ค้ายาเมะสัน - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลากุล 	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]  ๒๖๒๙	

ลงชื่อ.....  
นางสาวนันบี ศรีโคตรวงศ์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ..... อปท.

ลงชื่อ.....  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หนานย์กุจ)  
เจ้าพนักงานบัญชี

ลงชื่อ.....  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันนิഹัตการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสุขภาพที่มีความซับซ้อน [อัตราการดูแลเชิงค่าบริการ เหนม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายวีระศักดิ์ ตันสมรส เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700228790	ที่อยู่ 143 หมู่ที่ 01 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0983818934	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 25 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2515 [อายุ 51 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : คลื่นไหว้ลำไก มีปัญหา และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ผู้ป่วยจิตเวช หลอดเลือด สมองตีบ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ <sup>การสนับสนุน</sup>	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางสุขภาพที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หน้อ นึงลูกประคำ เจลแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สมุนไพร เยียบบ้านปีละ 2 ครั้ง	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ชีวนิรภัย/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะก้านปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดกากลัม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น ระยะยาว - เมินต์โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้ดูแล Care plan นางจิราวดี ศิลากุณ	เข้าพำนีเจ็บไข้รองกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ผู้ดูแล	

ลงชื่อ ค.ธ.ก. ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางจิราวดี ศิลากุณ ๑๘ ๑๐ ๑๙ ]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวนิภาวรรณ ธรรมชาติยา)

เจ้าหน้าที่การเงิน  
รักษา

ลงชื่อ ก. อปท.  
[ นางคุณยรุดี ทองสิงห์ ]  
ผู้ดูแลคนดูแลบูรณาการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันบุญกรรมการสันบุญการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิการณาสันบุญ  
งบบริการสาธารณะสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ หมายจ่าย/ราย/ปี]**

<b>ชื่อ นางประเสริฐ วงศ์อุดม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700228811</b>  <b>เกิดวันที่ 18 เดือน กันยายน พ.ศ. 2500 (อายุ 66 ปี)</b>  <b>สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</b>  <b>เป็นผู้มีภาวะพึงพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1</b>  <b>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หน้อ นึงลูกประคำ เคลื่อนลากอช่องล 1 ขาด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี</b>  <b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ</b>	<b>ที่อยู่ 144 หมู่ที่ 01 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0621673900</b>  <b>วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ความดันโลหิตสูง เบานหวาน ไตaway กล้ามเนื้ออ่อนแรง หลอดเลือดสมองตี นำหัวนักมาก</b>  <b>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</b>	<b>การดูแล</b>				
<b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ</b>		<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การคลื่นอ่อนย้าย</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับบริการสัตวแพทย์ทางสัตวแพทย์</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>				
<b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ข่าด้วย</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- ภูบติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>		<b>เป้าหมายการดูแล</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">ระยะสั้น</td> <td style="width: 70%;">-</td> </tr> <tr> <td>ระยะยาว</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ตนได้เติบโตให้เชื่อมั่นในอุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> </ul> </td> </tr> </table>	ระยะสั้น	-	ระยะยาว	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ตนได้เติบโตให้เชื่อมั่นในอุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> </ul>
ระยะสั้น	-					
ระยะยาว	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ตนได้เติบโตให้เชื่อมั่นในอุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> </ul>					
<b>ผู้ดูแล Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม</b>  <b>ลงชื่อ..... จิระวัลย์ ศิลาอุดม [CM] [..... จิระวัลย์ ศิลาอุดม]</b>  <b>ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน (นางสาวนิภาพรณ วงศ์หนายโกก) [..... นิภาพรณ วงศ์หนายโกก]</b>  <b>ลงชื่อ..... รือาไส</b>		<b>ลงชื่อ..... นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ [..... นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ]</b>				
<b>เข้าพบเจ้าหน้าที่ขอรับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]</b>						

ลงชื่อ..... จิระวัลย์ ศิลาอุดม [CM]  
[..... จิระวัลย์ ศิลาอุดม]  
  
 ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพรณ วงศ์หนายโกก)  
[..... นิภาพรณ วงศ์หนายโกก]  
  
 ลงชื่อ..... รือาไส

ลงชื่อ..... อปท.  
[..... นางอุษามณี หนองสิงห์]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิการถาวรสัมบูรณ์  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิการ [อัตราการชดเชยค่าบริการ หมายความ/รายปี]

ชื่อ นางพัสดา ธนาพาง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700228561 เกิดวันที่ 06 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2497 [อายุ 69 ปี]	ที่อยู่ 140 หมู่ที่ 01 ต.พiman อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ติดต่อ) 032099619	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน เป็นผู้มีภาวะพิพิธจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปวดข้อปวดเข่า ตาเห็นไม่ชัด น้ำหนักมาก กระดูกหักเส้น ประสาท เคลื่อนไหวไม่สะดวก	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เ洁ล และ ลอกซอยล์ 1 ขาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี สนใจซื้อฟองเยื่อบ้านปีละ 2 ครั้ง	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อเข้า ขา	การดูแล
การประเมินบุคคลที่มีภาวะภารกิจปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลเพียงบางที่ท้าไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้อมท้าไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การหลัดตกหลัง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพมีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เติบโตโดยไม่ใช้อุปกรณ์	การดูแลเพียงเหลือต้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือต้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระรัลย์ ศิลากุญจน์	ข้อพเจ้ายืนยันกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <u>พญ. ก.</u> ลงชื่อ <u>จิระรัลย์ ศิลากุญจน์</u> ผู้ปฏิบัติงาน [CM] ลงชื่อ <u>พญ. ก.</u> ฉบับที่	
ลงชื่อ <u>จิระรัลย์ ศิลากุญจน์</u> เจ้าหน้าที่การเงิน	ลงชื่อ <u>พญ. ก.</u> ผู้จัดทำ Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ	
ลงชื่อ <u>จิระรัลย์ ศิลากุญจน์</u> ผู้จัดการบ้านพักคนชรา (บ้านพักคนชรา)		

ลงชื่อ จิระรัลย์ ศิลากุญจน์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
ลงชื่อ จิระรัลย์ ศิลากุญจน์ เจ้าหน้าที่การเงิน  
(ผู้จัดการบ้านพักคนชรา บ้านพักคนชรา)  
ลงชื่อ จิระรัลย์ ศิลากุญจน์ บัญชีบ้านพักคนชรา

ลงชื่อ พญ. ก. ฉบับที่

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการคุณภาพบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการคุณภาพเชิงภาษาสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณะสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิช [อัตราการขาดเชยค่าบริการ หมายจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางกองมี พิลชนะดย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700090101	ที่อยู่ 19 หมู่ที่ 01 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0935571605	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2490 [อายุ 76 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปวดซี่อปวดขา ตาเห็นไม่ชัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิชด้อยในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สูงประคบ 36 อัน/ปี เ洁ลแอล ออกซิเจน 1 ชาต/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ห่อ/ปี ทีมสหิชาชีพเย็บบ้าน ไม่มีท่าม ชา	- ความสามารถในการมองเห็น	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาเม็ด/ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์/ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุลืมทิ้ง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ลมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว	<i>↑ ก่อจุดน้ำ</i>
ผู้จัดทำ Care plan นางวิริรัลย์ ศิลปอรุณ	เข้าพบเจ้าหน้าที่ขอรับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>↑ ก่อจุดน้ำ</i>	

ลงชื่อ *วิริรัลย์* ผู้ป่วยบดีกาน [CM]  
[.... นาง วิริรัลย์ ศิลปอรุณ ]

ลงชื่อ *วิริรัลย์* เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวปิยวารรณ วงศ์หนานเกด)  
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ *คง* อปท.  
[.... นางคงพัฒน์ ทองสิงห์ ]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิสูจน์พิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิสูจน์ [ยัตรากำรชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางบุญร้อน วงศ์แสงน้อย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700089935	ที่อยู่ 17หมู่ที่ 01 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0923308525	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน กันยายน พ.ศ. 2478 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เช่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิสูจน์ต้องอยู่ในครุฑ์ที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เจรจา ลอกหอยล็อต 1 ขาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะถึงปั๊บสภาวะหรืออุบัติการณ์ไม่ได้  มีความต้องการ/ควรได้รับ		
จาระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดตกหลุม - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลงจาก จนน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางธีระรัตน์ ศิลากุḍum	เข้าพบเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ✓ ๒๗/๗/๖๔๗๖	

ลงชื่อ..... *กีรติ์* .....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ ๔๖๗๙ ดิฉันลงชื่อ *กีรติ์* ก็ตาม ]

ลงชื่อ..... *เจ้าหน้าที่การเงิน*  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์หนาٹิกก ]

เจ้าหน้าที่ ..... *จันท์*

ลงชื่อ..... *อน.* .....อปท.  
[ (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์) ]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตรากำไรชดเชยค่าบริการ เหนาฯ/ราย/ปี]

ชื่อ นางประสีทิร์ รัตนนาลี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700089528	ที่อยู่ 9หมู่ที่ 01 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0899438568	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2479 [อายุ 87 ปี]	เว็บไซต์ : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเป็นดังนี้ : ปวดซื้อปวดเข่า ตาเห็นไม่ชัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ <sup>การสนับสนุน</sup>	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ถูกประคบ 36 วัน/ปี หรือ นึ่งลูกประคบ เคลือกากอชอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สาขาวิชาชีพ เยี่ยมบ้านປีลະ 2 ครั้ง ในไม่เท้าสามขา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ชีมเคร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลช่วยเหลือด้านรังคน</li> <li>- การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</li> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับประทานยาปฏิชีฟ/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- การผลักดันกลัน</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> <li>- ผู้สูงอายุยกทาร้าย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระยะสั้น</li> <li>ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทิ้งยาด้วยเหมาะสม</li> <li>- เดินได้โดยไม่ขุ่นกรน</li> <li>- ไม่มีภาวะชีมเคร้า</li> </ul> </li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางธีระวัลย์ ศิลาอุดม	ผู้ร่วมดูแล ชีพเส้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	ดูแลด้วยดี

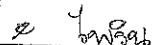
ลงชื่อ..... กัรุณากุล ....., ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

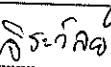
[ ୨୬୮୦ ବିର୍ହାକାଳୀ ଶ୍ରୀଗାନ୍ଧୀ ]

ลงชื่อ..... อปท.  
[ (นางฤทธิ์รัตน์ ทองสิงห์) ]

ลงชื่อ.....  เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ นางสาวนิภาพร วนค์หนู (ไทย)  
ผู้พนักงานการเงินและบัญชีอางไส ]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติการณานั้นสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]**

<b>ชื่อ นายประมวล เรืองขาวพิมพ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700226886</b>	ที่อยู่ 63 หมู่ที่ 01 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0635927263	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2495 [อายุ 71 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เช่น ป่วยเป็นไข้royer	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติดังอยู่ในกุญแจที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สนใจ วิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 1 ครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การดูแลพยาบาลทั่วไป</li> <li>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</li> <li>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม           <ul style="list-style-type: none"> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> <li>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</li> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> </li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
* ความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระยะสั้น</li> <li>ระยะยาว           <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ทิ้งผู้ญาติให้เหมาะสม</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> </ul> </li> </ul>	 <span style="font-size: 2em;">๒๕๖๖</span>
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลารุณ	เข้าใจเจ้าหน้าที่การเงิน ด้วยการลงนามในแบบฟอร์ม	

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

ลงชื่อ.....  เจ้าหน้าที่การเงิน  
[.....]  
(นางสาวนิภาพร วงศ์วนิชย์)  
ผู้ดูแลคนงานการเงินและบัญชีอาชีวศึกษา

ลงชื่อ.....  อปท.  
[.....]  
[.....]  
หัวหน้าผู้ดูแลบัญชีบุคลิกการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการจดหมายค่าบริการ เหน่าจ่าย/รายปี]**

ชื่อ นางเด่นชัย เสือขาวพิมพ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700228916	ที่อยู่ 63 หมู่ที่ 01 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0635927263	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 21 เดือน เมษายน พ.ศ. 2496 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เคลื่อน ลักษณะล้วน ขาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ห่อ/ปี	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมีอ่อนแข็ง ชา	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสี่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> - การบริการด้านอุปกรณ์ <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุดจาระไม่ได้ ด้วยความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลักดันหลังสัน - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาพิเศษ/ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์/ยา/การแพ้ยา - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น  ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan นางศิริระพัลย์ ศิลปาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>[ลายเซ็น]</i> <i>[ลายเซ็น]</i>	

ลงชื่อ..... *ศิริระพัลย์* ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
 [ นาง ศิริระพัลย์ ศิลปาอุดม ]

ลงชื่อ..... *เสือขาวพิมพ์* เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [ นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมาโยก ]  
 เรียนขอรับเงินเดือนและบัญชีอากร

ลงชื่อ..... *อ.ป.* อบต.  
 [ นายฤทธิ์รัตน์ พงษ์สิงห์ ]

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิการซึ่งพึงพิงพิจารณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิพัฒน์ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนือจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางฉลาด วงศ์ชนก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700457161	ที่อยู่ 50 หมู่ที่ 01 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0989820373	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 11 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2486 [อายุ 80 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลเชิงภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปวดซื้อปวดขา ตาเห็นไม่ชัด หูได้ยินไม่ชัด หลงลืม ให้หาย ผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสันับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิพิธต้องอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสันับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สูงประคบ 36 อัน/ปี หน้า นึงสูงประคบ เสลแฟลกโกลล์ส 1 ชุด/ปี หน้าหาก อนามัย 1 กล่อง/ปี เครื่องซ้ายฟัง พลิตภัณฑ์เสริม อาหาร	- ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นบัสสภาวะหรือจราจรไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดตกหลุม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุที่หัวร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง จนม้า	ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ตึงเวลางานไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้ดูแล Care plan นางจิราวดี ศิลปอดุณ	เข้าใจเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ๕๗ ๗๑ ๑๙๖๒๗	

ลงชื่อ.....  
[ นาง จิราวดี ศิลปอดุณ ]

ลงชื่อ.....  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์หน้ายิ่ง ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
เง้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ.....  
[ (นางฤทัยรัตน์ หลงสิงห์) ]

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิเศษรายบุคคล**  
**งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ หมายจ่าย/ราย/ปี]**

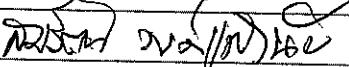
ชื่อ นางนาลัย วงศ์แสงน้อย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700228641	ที่อยู่ หมู่ที่ 01 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0930902083	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน เมษายน พ.ศ. 2478 [อายุ 88 ปี]	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หูตึง ได้หาย เบาน้ำหนา เคลื่อนไหวลำบาก ปวดตามข้อ ปวดตามร่างกาย กล้ามปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หน้อ นึงลูกประคำ เจรลแลอกอยลอล 1 ขาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี ไม้เท้าสามขา สาขาวิชาชีพเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง	- กล้านปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกล้ามปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลักดันหลังร้าม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนม้า	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้ดูแล Care plan นางจิราวดี ศิลาอุดม	ผู้เข้าร่วมกระบวนการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....	

ลงชื่อ..... จิราวดี ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
 [ นางจิราวดี ศิลาอุดม ]

ลงชื่อ..... (นางสาวทัยรัตน์ ทองสิงห์) อปท.  
 [ ผู้ดูแลผู้สูงอายุและปฏิบัติงาน ]

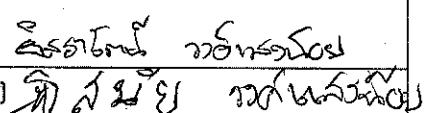
ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
 (นางสาวนิภาพร วงศ์หนาภูโภด)  
 ลงชื่อ..... แมลงบัญชีชาวไร่

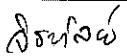
แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ หมายจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางทศดาพร วงศ์แสงน้อย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700227424	ที่อยู่ 172 หมู่ที่ 01 ต.พิมาน อ.นาแวง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0826213945	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 23 เดือน มกราคม พ.ศ. 2501 [อายุ 65 ปี]	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน : เคลื่อนไหวลำบาก ติดเตียง มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เช่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ไม่สามารถพูดได้ไม่รับรู้ความหมายของคำ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงตั้งแต่ปีที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สุกประคบ 36 อัน/ปี หม้อนึ่งลูกประคบ เจลและกอซออลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี ชนชิพเยียบ้านเดือนละ 1 ครั้ง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น <ol style="list-style-type: none"><li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li><li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li></ol>	การดูแลพยายามทั่วไป <ul style="list-style-type: none"><li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li><li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li><li>- การเคลื่อนย้าย</li><li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้อมทั่วไป</li><li>- โภชนาการ</li></ul> การดูแลพยายามเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านลังค์ <ul style="list-style-type: none"><li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li><li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li></ul> การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"><li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li></ul> <p style="text-align: right;">๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๐๖๗ (๑๘) ๖๖</p>
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"><li>- ห้องอาสัยเหมาะสม</li><li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li><li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li><li>- ไม่เกิดแพลกัดหัน</li><li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนอนนานๆ</li></ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางริระวัลย์ คิลาอุุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [นาย/ผู้ป่วย]  ลงชื่อ..... [.....]  ลงชื่อ..... [.....] อปท. (นายอุทัยรัตน์ ห้องสิงห์) นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ	

ลงชื่อ.....  
[.....]  
  
ลงชื่อ.....  
[.....]  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
[.....]  
(นางริระวัลย์ คิลาอุุดม)  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
[.....]  
(นางริระวัลย์ คิลาอุุดม)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งฟังพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งฟัง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางพิสัย วงศ์แสงน้อย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700227556	ที่อยู่ หมู่ที่ - ต.ศรีบุญเรือง อ.เมืองนากาหาร จ.นากาหาร นายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เดือนที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2500 [อายุ 66 ปี]	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : คุณสื่อให้ทราบว่า โรคไตหาย ฟอกไตทางเลือด มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ <sup>การสนับสนุน</sup>	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งฟังต้องอยู่ในครุ่นที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี รถพานเดิน	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแข็ง ฯ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การหลัดตกหลัม <sup>ระยลลัม</sup> - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยลลัม - ระยลลาระยลล์ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้ดูแลทำ Care plan นางจิรารัตน์ ศิลปาคม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] 	

ลงชื่อ.....  ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[ นาง จิรารัตน์ ศิลปาคม ]

ลงชื่อ.....  เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนูยิโภด ]  
เจ้าพนักงานตรวจสอบบัญชี [ ]

ลงชื่อ.....  อปท.  
[ (นางกุญแจรัตน์ ทองอุดม ) ]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการถาวรสัมฤทธิ์  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการ [อัตราการขาดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นายชัยยงค์ บัวบานงาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320600562541	ที่อยู่ 68หมู่ที่ 01 ต.พมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0890466928	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2516 (อายุ 50 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย หลอดเลือดสมอง แขนขาอ่อนแรงคนึงซึ้ง น้ำหนักตัวมาก เคลื่อนไหวลำบาก ได้ด้วยพูดคุยก็รู้เรื่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิการถาวรสูงที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สูงประคบ 36 อัน/ปี เจลแอ๊ ลกอซออลส์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี สห วิชาชีพเยี่ยม 2 ครั้ง/ปี ไม้เท้าสามขา	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขนขา	การดูแลเพียง basal ทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลเพียง basal เดียว การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การผลัดทดแทน - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุที่ทำร้าย	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มืออาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	ผ่าน 2 ช่วง ให้ดูแลรักษาใน ช่วง เดือน ก.ค.-ก.ย.
ผู้จัดทำ Care plan นางจิรารัตน์ ศิลาอุดม	เข้าใจเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ให้ดูแล ผู้ช่วย	

ลงชื่อ.....  
[ นาง จิรารัตน์ ศิลาอุดม ]  
ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....  
[ นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนานย์กุล ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนานย์กุล)  
เจ้าหน้าที่รักษาความเรียบเรียงและบัญชีอาชีวศึกษา

ลงชื่อ.....  
[ นางสาวทิพย์รัตน์ ทองลิสงชัย ]  
อปท.  
[ นักทัศน查 ผู้ดูแลบัญชี ]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ/ร้าย/ปี**  
**งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ/ร้าย/ปี**

ชื่อ นางดวงมาลा กัลยาณ์แก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700457080	ที่อยู่ 49 หมู่ที่ 01 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสพัฒนา(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2479 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานความดัน เดินช้าบันไดไม่ได้ ใช้รถเข็นในการเดินทาง หลังลงหุ้น	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ <sup>การสนับสนุน</sup>	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ถูกประคับ 36 อัน/ปี เจลและกอชอลล์ 1 ขาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี รถเข็นนั่ง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น <sup>*</sup> - ความสามารถในการได้ยิน <sup>*</sup> - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย <sup>*</sup> - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อเข่น ฯ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ] - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยเพื่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การหลัดหลักล้ม <sup>*</sup> - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิ้งผู้อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิราวดี ศิลาอุดม	เข้าพักรักษาตัวกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>นายอุดม ธรรมรงค์</i> <i>๕๐/๐</i>	

ลงชื่อ..... *จิราวดี* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [ นาง จิราวดี ศิลาอุดม ]

ลงชื่อ..... *จิราวดี* เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [ นางสาวนิภาพรรยุ วงศ์หนาท์ ]

ลงชื่อ..... *จิราวดี* อปท.  
 [ นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์ ]  
 ผู้พัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิจารณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิจ [อธิการราชเดชสำนักงาน หมายเหตุ/ราย/ปี]

ชื่อ นายชื่น ชินะเนา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700089293	ที่อยู่ 70 หมู่ที่ 01 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0985854290	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 30 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2484 (อายุ 82 ปี)	ชีวิตชีวิตระดับ : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเป็นดังนี้ : ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปวดซี่อ่ำ ตาบอดหน้าไม่ชัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ <sup>การสันับสนุน</sup>	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิจต่ออยู่ในก่อนที่ 1  ขอรับการสันับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปีสห วิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	<b>การดูแลเพย์ยาบาลทั่วไป</b> - การช่วยในระบบเข้าบ่าย [ปัสสาวะ] - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสีงแผลล้อมทั่วไป - โภชนาการ <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <b>การดูแลช่วยเหลือต้านสังคม</b> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <b>การดูแลช่วยเหลือต้านสีงแผลล้อม</b> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การหลัดตกหกล้ม - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง จนน้ำ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	ระยะสั้น  ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระรัตน์ ศิลปอาดุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] [ลายเซ็น]	

ลงชื่อ.....  
[ นาง จิระรัตน์ ศิลปอาดุณ ]  
ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....  
[ ลายเซ็น ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(ผู้ลงทะเบียนรายการเบิกจ่าย บุคลากรบ้านเรือน)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ.....  
[ ลายเซ็น ]  
นางฤทธิรัตน์ ทองส่งที่  
นักพัฒนาชุมชนบ้านบึง

หาก 10 บุคคล  
นัด ๗ ชั่วโมง จัดทำ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันนิษฐานการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิการทางร่างกายและสมอง [อัตราการขาดเชยค่าบริการ เท่าน้ำจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางเสือ วงศ์สุข เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700425935	ที่อยู่ 51 หมู่ที่ 02 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เดือนที่ 10 เดือน เมษายน พ.ศ. 2468 อายุ 98 ปี	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคสื่อนไหลลำบาก ติดบ้าน มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เช่น ลงน้ำหนักมาก มีโรคประจำตัวหลายโรค	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิการด้อยในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หม้อนึ่งลูกประคำ เครื่องหยอดซอส 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สมาร์ทโฟน เอียดบ้านปีละ 2 ครั้ง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะล้าบล้าสูญชาด้วยได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลัดตกหล่ม - ผู้สูงอายุลูกทาร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ข้อกรน - ทิ้งอาชญากรรม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระรัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ลายเซ็น/ผู้ป่วย]	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[..... จ.ระยอง ศึกษาดู]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนานย์กุล)  
เจ้าหน้าที่จัดทำเอกสาร..... ผู้ชื่อจากฝ่าย

ลงชื่อ..... อปท.  
[..... (นางฤทธิ์ ทองสิงห์)]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิจารณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางวันดา วงศ์สุข เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700427318	ที่อยู่ 75 หมู่ที่ 02 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2478 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคส่อนไหวลำบาก ติดป้าบัน มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เช่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสันับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสันับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สุกประคบ 36 อัน/ปี เ洁ลและ กอกหอยอลล์ 1 ชาวด/ปี ไม่เท้าสามขา รถพานเดิน การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  ด้านความต้องการ/ควรได้รับ	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข่นขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลเพียงบล็อกทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลเพียงบล็อกเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ดูแลฯ
ขอควรระวังในการให้บริการ  - การหลัดตกหล่ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล  ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางคิริระวัลย์ ศิริอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]  ๑๘๖๗	๑๘๖๗

ลงชื่อ.....  
นาง ลีรารัตน์ ศิลปาณ์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[ ๔๙๖๙ ลีรารัตน์ ศิลปาณ์ ]

ลงชื่อ.....  
.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาณรัตน์ วงศ์พงษ์ไกร)  
เจ้าหน้าที่การเงิน จังหวัดเชียงใหม่/อาชญา

ลงชื่อ.....  
(นางฤทธิรัตน์ ทองสงห์) อย่าง  
[ นางพัฒนา ชุมชนบภีบัติการ ]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันนิษฐานการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ/ร้าย/ปี]**

ชื่อ นางยอ วงศ์วิวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700429060	ที่อยู่ 102 หมู่ที่ 02 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2493 [อายุ 73 ปี]	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน : เคลื่อนไหวลำบาก ติดเตียง มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง กลืนปัสสาวะไม่ได้ ตามัวมองไม่ชัด พออม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางจิตใจในครุฑ์ที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี / ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม/	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลเพียงบางที่ท้าไป - การช่วยในระบบเข็มถ่าย[ปัสสาวะ] - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลเพียงบางส่วน การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะก้านปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การหลัดตกหล่ม <sup>ล</sup> - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง จมน้ำ	ระยะสั้น ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลากุḍum	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	นางจิระวัลย์ ศิลากุḍum

ลงชื่อ.....  
[ นาง จิระวัลย์ ศิลากุḍum ]

ลงชื่อ.....  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์หนูยิโภด ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
ผู้รับผิดชอบงานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ.....  
[ นางฤทธิรดา ทองสิงห์ ]  
อปท.  
ผู้อำนวยการชุมชนป่าบูตการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันนิഹัตการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการถาวรสัมภูน  
งบบริการสาธารณะสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการ [อัตราการขาดเชยค่าบริการ เหนม่าจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางกานดา ฝ่าระเม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700427717	ที่อยู่ หมู่ที่ 02 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสพท.[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 03 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2484 [อายุ 82 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลอุปกรณ์เบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก ตีบ้าน มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อหง้าว เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิการด้อยในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สูงประคบ 36 อัน/ปี หน้อ นึงสูงประคบ เจลแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ทึมน้ำยาซีพีเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านเรื่องเวทลักษณ์
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้ดูแล Care plan นางจิระรัลย์ ศิลปาภรณ์	เข้าพัฒนาเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <b>( ก.)</b>	ลงชื่อ <b>นางจิระรัลย์ ศิลปาภรณ์</b> ผู้ปฏิบัติงาน [CM] [ ๖๗๙ บ้าน ๑๘๒ ถนน ๑๘๐๘ ]
ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน [ นักตรวจสอบภายใน วงศ์หนาท์ ]		ลงชื่อ..... [ นางฤทธิรัตน์ ห้องสิงห์ ] อปท. [ นักพัฒนาชุมชนปัจจบัดการ ]

ลงชื่อ.....  
[ ๖๗๙ บ้าน ๑๘๒ ถนน ๑๘๐๘ ]

ลงชื่อ.....  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ นักตรวจสอบภายใน วงศ์หนาท์ ]

ลงชื่อ.....  
[ นางฤทธิรัตน์ ห้องสิงห์ ] อปท.  
[ นักพัฒนาชุมชนปัจจบัดการ ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันักงานการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิการถาวรสันสนุน  
งบบริการสาธารณะสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิการ [ยัตรารากรชดเชยค่าบริการ เหนม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางเจียง วงศ์ต่อปอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480700006581	ที่อยู่ 55 หมู่ 2 ตำบล วัวเงาะ อำเภอ จังหวัด นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2459 (อายุ 107 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : บวบเป็นโรคเบาหวาน ปวดข้อปวดเข่า ตาเห็นไม่ชัด น้ำหนักมาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคำ เหลาเลอกกอยลอร์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี แผ่นรองชับ	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - มีความย่อองแรง ของกำลังมือแข็ง ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ] - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  ความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวรรณ ศิลากุล  ลงชื่อ..... [ นาง จิระวรรณ ศิลากุล ]  ลงชื่อ..... [ นางสาวกานทรรตน์ วงศ์นัยกิต ]  ลงชื่อ..... [ ดร.พัชราภา ชัยวุฒิ ]	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ๗๗๗๖๒๙	

๗๗ ๗๖ ๒๐๑๗ ๐๙ ๒๕๖๑

ลงชื่อ.....  
[ นางฤทธิ์ ทองสุก ] อปท.  
[ ผู้ที่ให้และรับบริการ ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อส่งเสริมอัตรารับผู้ที่มีภาวะพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิจารณาสนับสนุน [อัตราการชดเชยบริการ เหน่วย/วัน/ปี]

ชื่อ นางพันธุ์ วงศ์ดาปอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700427342	ที่อยู่ 101 หมู่ที่ 02 ต.พมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 17 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2510 [อายุ 56 ปี]	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง นอนติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ญาติทำกิจวัตรประจำวันให้ทุกอย่าง ผู้ป่วยรับประทานอาหารผ่านทางสายเท้ออาหารทางช่องปาก นอนติดเตียงตลอดเวลา ข้อติดแจ้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายเหตุรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจิตรด้อยในกลุ่มที่ 4  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายเหตุรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี เพ็ททำแพล 12 กล่อง/ปี ถุงมือใช้แล้วทิ้ง 12 กล่อง/ปี น้ำร่องขับ 36 ห่อ/ปี ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ยั่งลม เดียงนอนปรับระดับได้ ถังออกซิเจน อุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายยาง สาขาวิชาชีพและภัยภาพบำบัด	- สามารถเดินได้ - ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ - ช่องปากไม่สะอาด - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถดูแลตัวเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ] - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การบริการด้านอุปกรณ์
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - ผู้สูงอายุยกท่าร้าย	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีผลกัดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบท่างเดินหายใจ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประสานพันธุ์บุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจ่ายไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัย - ไม่เกิดผลกัดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิรารัตน์ ศิลปอุดม	ผู้พิมพ์/ผู้ดูแล ผู้เข้ามาร่วมกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] นางจิรารัตน์ ศิลปอุดม	นายจิรารัตน์ ศิลปอุดม

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

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการนับสุนธรการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางร่างกายและจิตใจ

งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางร่างกายและจิตใจ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายดันตรี มีบุญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700425242	ที่อยู่ 39 หมู่ที่ 02 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566				
เกิดวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2508 (อายุ 58 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก ติดเตียง ผู้พิการ พอmom					
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล				
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางร่างกายในครั้งที่ ๓  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หน้อ นึงลูกประคำ เคลื่อและก่อชอลล์ 1 ขาด/ปี หน้าหาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี ถุงมือใช้แล้ว ทั้ง 12 กล่อง/ปี สาขาวิชาชีพและภาระพลังเยี่ยม ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขนขา</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลต้อนทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังเวดสัมผัม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>				
<p>ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">ข้อควรระวังในการให้บริการ</td> <td style="width: 50%;">เป้าหมายการดูแล</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การผลัดตกหลัง</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง จนมีไฟ</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะสั้น</li> <li>- ระยะยาว           <ul style="list-style-type: none"> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดแพลงก์ทัน</li> </ul> </li> </ul> </td> </tr> </table>			ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การผลัดตกหลัง</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง จนมีไฟ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะสั้น</li> <li>- ระยะยาว           <ul style="list-style-type: none"> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดแพลงก์ทัน</li> </ul> </li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การผลัดตกหลัง</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง จนมีไฟ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะสั้น</li> <li>- ระยะยาว           <ul style="list-style-type: none"> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดแพลงก์ทัน</li> </ul> </li> </ul>					
ผู้จัดทำ Care plan นางจิราวดี ศิลปอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ๒๐๘ ๗๖ ๓๔					

ลงชื่อ จิราวดี ศิลปอุดม  
ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[๙๗๐ จิราวดี ศิลปอุดม]  
ลงชื่อ นายสานนิภาพร วงศ์หนานาโก  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หนานาโก)  
เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ อ.  
(นางสาวพัชรา พงษ์สวัสดิ์)  
[นางสาวพัชรา พงษ์สวัสดิ์]  
ลงชื่อ อ.  
(นางสาวนิตยา บุญเรือง)  
[นางสาวนิตยา บุญเรือง]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ/รายปี**  
**งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ/รายปี**

ชื่อ นางทรงษา วงศ์สุข เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700427547	ที่อยู่ 78 หมู่ที่ 02 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์ [ที่ติดต่อ] 0621902562	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 03 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2473 [อายุ 93 ปี]	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ขาอ่อนแรง เคลื่อนไหวลำบาก น้ำหนักมาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หม้อนึ่งลูกประคำ เจลแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย [ปัสสาวะ] - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อครัวระวางในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตากล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนม้า - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแพลกัดหัน	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [นายตัว/ผู้ป่วย]  ลงชื่อ..... [ นาง จิระวัลย์ ศิลาอุดม ]	ลงชื่อ..... [ นาง พัฒนา ชุมชนบูรพา ] ลงชื่อ..... [ นางสาวนิภาพร วงศ์หนาท ] เจ้าหน้าที่การเงิน [ นางสาวนิภาพร วงศ์หนาท ] เจ้าหน้าที่การเงิน [ นางสาวนิภาพร วงศ์หนาท ]

ลงชื่อ.....  
[ นาง จิระวัลย์ ศิลาอุดม ]  
ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์หนาท ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์หนาท ]

ลงชื่อ.....  
[ นาง พัฒนา ชุมชนบูรพา ]  
ลงชื่อ.....  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์หนาท ]  
อปท.  
[ นาง พัฒนา ชุมชนบูรพา ]  
นักพัฒนาชุมชนบูรพา

**แผนกรดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันนิഹัตบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/รายปี]**

ชื่อ นายยอน วงศ์สุขะ <sup>*</sup> เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700423541	ที่อยู่ 11 หมู่ที่ 02 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอุทิศให้ศรพท.(ที่ติดต่อ) 0929194079	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566				
เกิดวันที่ 07 เดือน มกราคม พ.ศ. 2476 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก ติดเตียง มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ผอม					
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล				
เป็นผู้มีภาวะพิบัติจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี นร่องชิบ 36 ห่อ/ปี เตียงลม ถุงมือใช้แล้วทั้ง 12 กล่อง/ปีผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</li> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>				
<b>ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b> <b>มีความต้องการ/ศาร์ได้รับ</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">ข้อควรระวังในการให้บริการ</th> <th style="width: 50%;">เป้าหมายการดูแล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การหลัดตกหล่น</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุการทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะสั้น</li> <li>- ระยะยาว           <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงคดทับ</li> </ul> </li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>			ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การหลัดตกหล่น</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุการทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะสั้น</li> <li>- ระยะยาว           <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงคดทับ</li> </ul> </li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การหลัดตกหล่น</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุการทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะสั้น</li> <li>- ระยะยาว           <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงคดทับ</li> </ul> </li> </ul>					
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิริอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] นางสาวน้ำฝนบุญบดี					

ลงชื่อ..... จิระวัลย์ ศิริอุดม ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
 [ นาง จิระวัลย์ ศิริอุดม ]

ลงชื่อ..... น้ำฝนบุญบดี ผู้ดูแลบุตร [CM]  
 [ นางสาวน้ำฝนบุญบดี ]

ลงชื่อ..... น้ำฝนบุญบดี ผู้ดูแลบุตร [CM]  
 [ นางสาวน้ำฝนบุญบดี ]

ลงชื่อ..... น้ำฝนบุญบดี ผู้ดูแลบุตร [CM]  
 [ นาง น้ำฝนบุญบดี ]

ลงชื่อ..... น้ำฝนบุญบดี ผู้ดูแลบุตร [CM]  
 [ นางสาวน้ำฝนบุญบดี ]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสุขภาพที่มีความซับซ้อน**  
**งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสุขภาพที่มีความซับซ้อน [อัตราการชดเชยค่าบริการ หมายจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางกร โคงาราสา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700426885	ที่อยู่ 68 หมู่ที่ 02 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0830551179	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 09 เดือน เมษายน พ.ศ. 2482 อายุ 84 ปี	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว เป็นเบาหวานมี เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาด้านการมองเห็น มอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางสุขภาพที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เครื่องแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี ที่นั่ง สหัสราช เยี่ยมปีละ 2 ครั้ง พลิตภัณฑ์อาหารเสริม <b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b> ผู้ดูแลต้องการ/ควรได้รับ	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา	การดูแลพยายามทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยายามเฉพาะ - ตา [eyes] การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ		
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฝ่าตัวตาย - การผลักดันหลัง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ	เข้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิรารัตน์ ศิลปาอุดม	เข้าใจเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] วันที่ ๖๐๓ ก. ๒๐๗๙ ลงชื่อ..... [ นางจิรารัตน์ ศิลปาอุดม ] ผู้ป่วย [CM] ลงชื่อ..... [ นางสาวนิภาพร วงศ์ใหญ่ ] เจ้าหน้าที่การเงิน (นางสาวนิภาพร วงศ์ใหญ่) เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชุโภ	

ลงชื่อ.....  
[ นางจิรารัตน์ ศิลปาอุดม ]  
ผู้ป่วย [CM]  
ลงชื่อ.....  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์ใหญ่ ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์ใหญ่)  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชุโภ

ลงชื่อ.....  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์ใหญ่ ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์ใหญ่)  
ลงชื่อ.....  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์ใหญ่ ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์ใหญ่)

ลงชื่อ.....  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์ใหญ่ ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์ใหญ่)  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชุโภ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันนิษฐานการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางสมพร แก้วคนตรง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700428446	ที่อยู่ หมู่ที่ 02 ต.พิมาน อนาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] ๐๗๔-๖๓๕๑๖๗๗	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2489 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : คลื่นไหวลำบาก ติดเตียง มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อหง้าว เช่น แลกสำลามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายรวมปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายรวมปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สาขาวิชาชีพเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง	- มีความย่อ弄แรง ของกำลังมือแขน ขา - กล้ามปัสสาวะไม่ได้	การดูแลเพยายนบาลทั่วไป การดูแลเพยายนบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดตกหล่ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>นางสาวกัญญา ใจกลางเมือง</i> [ น.ส. กัญญา ใจกลางเมือง ] ลงชื่อ..... <i>กัญญา ใจกลางเมือง</i> ผู้บัญชาติตาม (CM) [ นาง กัญญา ใจกลางเมือง ] ลงชื่อ..... <i>กัญญา ใจกลางเมือง</i> เจ้าหน้าที่การเงิน [ นางสาวนิภาพรณ วงศ์หนานใจ ] ลงชื่อ..... <i>กัญญา ใจกลางเมือง</i> ว่าบัญชีอาชญา	

ลงชื่อ..... *กัญญา ใจกลางเมือง* ผู้บัญชาติตาม (CM)  
[ นาง กัญญา ใจกลางเมือง ]

ลงชื่อ..... *กัญญา ใจกลางเมือง* อปท.  
[ นาง กัญญา ใจกลางเมือง ]  
ลงชื่อ..... *กัญญา ใจกลางเมือง* ผู้บัญชาติตาม (CM)  
[ นาง กัญญา ใจกลางเมือง ]

แผนกรุ碌รายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิง [ยัต្តากราชดម្ភគោលការណ៍ នេរាយ/រាយ/ប]

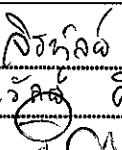
ชื่อ นายอ่อน គ.ນ.ພា เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700424068	ที่อยู่ 119 หมู่ที่ 02 ต.พินาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] ๐๘๔ ๙๕๗ ๙๘๑๙	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2496 [อายุ 70 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ชื่อบุลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งพิงต้องอยู่ในกุรุณที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ไม้เท้าสามขา สาหร่ายซีพ เยี่ยมปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ฯ	การดูแลเพียงบางทั่วไป การดูแลเพียงบางเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพัสดุตกหลุม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	2/2567 วันที่ ๑๐๖ ผู้จัดทำ Care plan นางจีระวัลย์ ศิลากุล ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
ผู้จัดทำ Care plan นางจีระวัลย์ ศิลากุล ลงชื่อ _____	ผู้เข้าร่วมการดูแล ลงชื่อ _____	ลงชื่อ _____ อปท. ลงชื่อ _____ อปท.
เจ้าหน้าที่การเงิน (นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หมายป้อม) เจ้าหน้าที่บัญชีอาวุโส		

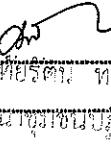
ลงชื่อ ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[.....]  
ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หมายป้อม)  
เจ้าหน้าที่บัญชีอาวุโส

ลงชื่อ ..... อปท.  
[.....]  
ลงชื่อ ..... อปท.

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิงพิจารณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิง [ยัตราราชต์เชยค่าบริการ เท่าน้ำดื่ม/ราย/ปี]

ชื่อ น.ส.สำรี บุญดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700424963	ที่อยู่ 35 หมู่ที่ 02 ต.พินา อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) ๐๖๔๗๗๔๓๙๐๗	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2524 (อายุ 42 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งผิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สม วิชาชีพเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง ถุงมือใช้แล้วทั้ง 12 กล่อง/ ปี	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่องปากไม่สะอาด - มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือก ปากแห้ง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้อมทั่วไป การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสื่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตกหล่น - การกินอาหาร/ลำบากอาหาร - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง จนน้ำ	ระยะสั้น  ระยะยาว	<p style="text-align: right;">นาย นันท์กาน พัฒน์ นาง กะรันน พัฒน์</p>
- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ทิ้งอาศัยเหมาสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแพลกัดหับ		
ผู้จัดทำ Care plan นางจิรารัตน์ ศิลาอุ่น	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] นาย นันท์กาน พัฒน์ นาง กะรันน พัฒน์	

ลงชื่อ.....  ผู้ปฏิบัติตาม (CM)  
[ นาง กะรันน พัฒน์ ต.คำอุดม ]

ลงชื่อ.....  อปท.  
[ ผู้ดูแลคนดูแลคนดูแล ]

ลงชื่อ.....  เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนาดยกด)  
[ เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาชีว ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางไครทอง วงศ์เทราษ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700074865	ที่อยู่ 161 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม นายเลิฟโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 06 23 938332	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 17 เดือน กันยายน พ.ศ. 2480 [อายุ 86 ปี]	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคื่อนไหวลำบาก ติดเตียง มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทึ้งขา เข่า และกระดูกสะโพกหักจากการได้รับอุบัติเหตุ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งผิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เ洁และลอกออกลอก 1 ขาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี ถุงมือใช้แล้วทิ้งจำนวน 12 กล่อง/ปี เท็ททำแมลงไว้แล้วทิ้ง 36 กล่อง/ปี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซืบเคร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างน้ำดื่มน้ำทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> <p style="text-align: right;">๒๖.๙๗๔๘๕๗๗ ๑๙๗๗๗</p>
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหลบล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนมื้า</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเคร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแมลงดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลปอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] วันที่ ๑๐๘ ๒๕๖๖ กบ๑๗ กบ๑๗	

ลงชื่อ..... จิระวัลย์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[..... นาง จิระวัลย์ ศิลปอุดม ]

ลงชื่อ..... จิระวัลย์ อปท.  
[..... พัฒนาชุมชนปัญบัวจิกา ]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
[..... นางสาววิภาณรดา วงศ์เมฆภิกษา ]

เจ้าหน้าที่การเงิน ๒๕๖๖/๒๕๖๖/๒๕๖๖

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิงพิเศษมาสามัญ  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนือจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นายครรชิต พรมพินิจ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700073753	ที่อยู่ 135หมู่ที่ 03 ต.พินัน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0 482279514	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2513 [อายุ 53 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคื่อนไหวลำบาก ติดบ้าน มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา ขา และกล้ามเนื้อขาล่อน แรง ข้อติดเชิง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รถเข็นแบบนั่ง สหวิชาชีพ เยี่ยมบ้านปัล 2 ครั้ง	- มีความย่อองแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลเพียงบางทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลเพียงบางเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  งานต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลักดันหลัง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแพลกัดทับ	
ผู้ดูแล Care plan นางจิราวดย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติงาน Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] นางสาวจิราวดย์ ศิลาอุดม (ลงนาม)	

ลงชื่อ ..... ลีรุณ กิตติ ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาวจิราวดย์ ศิลาอุดม ]

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนานย์กุกด)  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ ..... (นางสาวจิราวดย์ ศิลาอุดม) อปท.  
[ นางสาวจิราวดย์ ศิลาอุดม ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิการณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [ยัตราชารชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางชานพิศ วงศ์จันดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480700039519	ที่อยู่ 91 หมู่ที่ 03 ต.วินาม อ.นาแก จ.นครพนม นายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] ๐๔๐ ๖๐๗๐๕๒๗	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน กันยายน พ.ศ. 2489 [อายุ 77 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ชูดึง ให้วย เบاهหวาน เคลื่อนไหวลำบาก ป่วยตามซื้อ ปวดตามร่างกาย กล้ามปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สุกประคบ 36 อัน/ปี หน้อ นึงสุกประคบ เจลและกอชอลล์ 1 ชุด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- กล้านปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ชีมเคร้า/นอนไม่หลับ - ความสามารถในการได้ยิน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
หมายเหตุ/ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลักดันหากลั้ม - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น -	ระยะยาว
ผู้ดูแล Care plan นางจิราวดี ศิลาอุดม	เข้าใจเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นร.กมน ๒๐๑๘๙	

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

ลงชื่อ.....  
.....  
.....  
ลงชื่อ.....  
.....  
.....

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิงพิจารณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิง [ยัตราชาร์ขาดเชี่ยวชาญค่าบริการ เหนาร้าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางสุก อินทะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700305832	ที่อยู่ 99หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสพท.[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2476 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปวดซี่อปวดขา ตาเห็นไม่ชัด หลงลืม หงื่อม ผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสันับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งผิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสัน็บสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เจลแอ ลกออลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ห่อ/ปี รถพadein ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร  การประเมินบุคคลที่มีภาวะก้านปั๊สภาวะหรืออุจจาระไม่ได้  ความต้องการ/ควรได้รับ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมีอย่าง ชา</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การคลื่อนย้าย</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การผลักดันหากล้ม</li> <li>- การรับประทานยาพิเศษ/ผลลัพธ์ทางเดียวจากอาการใช้ ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลงลวก จนน้ำ</li> </ul>	<span style="font-size: small;">ระยะสั้น</span> <span style="font-size: small;">ระยะยาว</span>	
ผู้ดูแล Care plan นางจีระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <span style="font-size: small;">อ่าน</span> / <span style="font-size: small;">พิมพ์</span> <span style="font-size: small;">ลงชื่อ.....</span> <span style="font-size: small;">ผู้ปฏิบัติงาน (CM)</span> <span style="font-size: small;">[..... ห้าง ลิวิ่ง ก. ต. ลา ๐๗]</span>	

ลงชื่อ..... จีระวัลย์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[..... ห้าง ลิวิ่ง ก. ต. ลา ๐๗]  
ลงชื่อ..... จีระวัลย์ เจ้าหน้าที่การเงิน  
[..... นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนานไกด์]  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ..... อ่าน อปท.  
[..... นักพัฒนาชุมชนบูรณาภูมิบุตการ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อกองและอนุกรรมการสันบุญการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางร่างกายและสมองที่ต้องการดูแลต่อไป (อัตราการดูแลรายเดือน หมายเหตุ/รายปี)

ชื่อ นายปัญหา วงศ์คำแหง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700072277	ที่อยู่ 177 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 07 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2499 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางร่างกายในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เจลและยาหยอดตา 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี สนใจซื้อของใช้ส่วนตัว 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลักดันหลังคัน	ระยะสั้น - ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้ดูแล Care plan นางจิราวดี ศิลปาฤทธิ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๖	

ลงชื่อ.....  
[.....]  
.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หนาดี)  
เข้าพบบังคับการดูแลเดือนและปัญชีอาชีว

ลงชื่อ.....  
[.....]  
.....อาสา.....  
.....นักพัฒนาชุมชน ไกรสุวรรณ ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจและสุขภาพ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เทมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางจันทร์ วงศ์ดวงพา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700074555	ที่อยู่ 155หมู่ที่ 03 ตำบล อนงา อำเภอ นครพนม หมายเลขอร์ดท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2484 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคื่องในハウลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อหั้งขา เจ้า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง หูดึง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางจิตกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนแบบเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เครื่องช่วยฟัง ภายอุปกรณ์	- กลั่นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบชักถ่าย[ปัสสาวะ] - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		<b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> การดูแลช่วยเหลือต้านสังคอบ - การบริการด้านอุปกรณ์
จัดการระรังในการให้บริการ	ผู้呵วยการดูแล	การดูแลช่วยเหลือต้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพเวดคล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลดภัยต่อผู้รู้ญา
ผู้จัดทำ Care plan นางรีระวัลย์ ศิลปารุณ	เข้าพบเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [นาย/ผู้ช่วย] นางสาว [ ]	จัดทำ

ลงชื่อ..... *รีระวัลย์* ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[ นาง รีระวัลย์ ศิลปารุณ วังค์หนานย์ ]

ลงชื่อ..... *อนุพงษ์* อปท.  
[ อนุพงษ์ พุทธาน พองสิงห์ ]

ลงชื่อ..... *เจ้าหน้าที่การเงิน*  
(นางสาวนิภาพรรอน วงศ์หนานย์)  
[ เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสืบสานการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสมองสูง  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสมองสูง [อัตราการขาดใช้บริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]

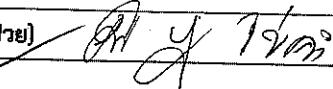
ชื่อ นางกองแพง วงศ์จำปา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700304348	ที่อยู่ หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสที่[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 03 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2479 [อายุ 87 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลงลืม นอนไม่หลับ ปวดขา หัวใจแรง กลั้นปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางสมองสูงที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เ洁 และ ลอกซอยล์ 1 ขาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ห่อ/ปี เมื่อเดือนมกราคม สาขาวิชาชีพเยี่ยมบ้าน ปีละ 2 ครั้ง	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้	การดูแลเพียง basal ทั่วไป - การช่วยในระบบชั้บด้วย [ปัสสาวะ] - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลเพียงเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลักดันหลังล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุลูกทำร้าย - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนจาก จนน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ในภาวะชีมเคราะ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลปอาด	เข้าใจเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ช่วย] 05 พ.ค. / วัน	

ลงชื่อ ..... ลงชื่อ ..... ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[ นาง จิระวัลย์ ศิลปอาด ]

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หน้ายิ่ง)  
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ ..... ลงชื่อ ..... อปท.  
[ นางทิพย์วรรณ ทองลงห์ ]  
[ ผู้อำนวยการ บุญธรรมบูรณ์ ]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการการสนับสนุนการดูแลบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางคำขัน วงศ์หนานย์โกญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700226631	ที่อยู่ 59 หมู่ที่ 01 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2491 [อายุ 75 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน : ผู้สูงอายุอยู่ด้านล่างคนเดียว น้ำหนักตัวเบะอะ ปวดขา เคลื่อนไหวลำบาก โรคความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งผิงด้วยในก่อนที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี กายอุปกรณ์ รถพาเดิน สนใจอาชีพลงเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลต้อนท่าวไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ประเมินบุคคลที่มีภาวะก้านปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเคร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางธีระรัตน์ ศิลาอุดม	ผู้พัฒนาข้อมูลปัจจุบันตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] 	

ลงชื่อ.....  
  
 ผู้ป่วยติดงาน [CM]  
 [.....]  
 หมายเหตุ : ผู้ป่วยติดงาน 100%  
 [.....]  
 ลงชื่อ.....  
 เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]  
 ลงชื่อ.....  
 ผู้ช่วยทางการเงินและบัญชี  
 [.....]

ลงชื่อ.....  
  
 ลงชื่อ.....  
 (นางฤทธิ์รัตน์ ทองสิงห์)  
 นักพัฒนาข้อมูลปัจจุบัน

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการสันสนานการดูแลบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางอาการฟิต ไชยรัตน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700072951	ที่อยู่ 120หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 25 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 30 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2497 [อายุ 69 ปี]	วินัยด้วย : ADL=11, TAI=B3 ข้อบกพร่องด้าน : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงด้อยโอกาสในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผู้สูงอายุดีดบ้าน ตามองไม่เห็น เป็นแหล่งเรียนรู้ที่เหล่า โรคเบ้าหวานควบคุม น้ำลายไม่ได้  การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  ความต้องการ/ครัวได้รับ <ol style="list-style-type: none"><li>- ผ้าอ้อมผู้ชรา จำนวน 3 ชิ้น/วัน</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ความสามารถในการมองเห็น</li><li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแข็ง ขา</li><li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li></ul>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"><li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li><li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li><li>- อุบัติเหตุ เห็น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง จนน้ำ</li></ul>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-</li></ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li><li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li><li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li></ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระรัตน์ ศิลาอุดม	ผู้เข้ารับบริการ	

ลงชื่อ..... จิระรัตน์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางจิระรัตน์ ศิลาอุดม ]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาณรัตน์ วงศ์พนาฯ ป.)  
เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ..... อรุณ วงศ์พนาฯ ผู้ดูแล  
[ อรุณ วงศ์พนาฯ ]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการและสูญเสียความสามารถในการรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางสาว วงศ์จันดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700227882	ที่อยู่ 116 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486 [ชาย 80 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ชื่อ疾苦ภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เป้า หลังลื่น มีโรคประจำตัวทั้งหมด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิการด้อยในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หม้อนึ่งลูกประคำ เครื่องเลอกหอยล็อกส์ 1 ชุด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- กลับเข้าสู่ภาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขนขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
อาการประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/รายการได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การผลัดตกหลุม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ท้อแท้ยอมแพ้	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลปอาดุม	ผู้พนักงานที่รับผิดชอบการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] นางสาว กานต์ คงคานธ์	

ลงชื่อ..... ลงวันที่..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาว กานต์ คงคานธ์ วันที่ 10/01/2566 ]

ลงชื่อ..... ลงวันที่..... ผู้ที่รับผิดชอบ  
[ นางฤทัยรัตน์ หลงลึงห์ ] ลงวันที่..... ลงวันที่.....  
[ นางพัฒนา บุญธรรม ] ลงวันที่..... ลงวันที่.....

ลงชื่อ..... ลงวันที่..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ นางสาวนภาวรรณ วงศ์พนาเยต ]  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชีว

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิงพิการณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนือจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางเพชรบูรณ์ วงศ์คำจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700074997	ที่อยู่ 163 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2487 [อายุ 79 ปี]	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C2 ชื่อสุส�ภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อหง้า ขา เช่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง หลังสืบ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายความว่ารายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายความว่ารายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เจลและ ลอกอ yolos 1 ชุด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ห่อ/ปี	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมีอ่อน ขาด	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การเคลื่อนย้าย
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
มความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลักดันหกล้ม <sup>หกล้ม</sup> - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิราวดี ศิลญาณ	เข้าพบเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติงาน Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] วันที่ ๒๖/๑๒/๒๕๖๔ ลงชื่อ_____	ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____ นางสาวนิภาพร วนิษฐ์ (นางสาวนิภาพร วนิษฐ์) นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....  
[ นาง ศิริพร ศิริกร ]  
ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วนิษฐ์นายมีก)

ลงชื่อ.....  
[ (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์) ]  
ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสุขภาพ [ยัตราราชประชามติ]**  
**งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสุขภาพ [ยัตราราชประชามติ]**

ชื่อ น.ส.คงมา อุปชา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700433954	ที่อยู่ 35 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสพท. (ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เดือนที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2487 [อายุ 79 ปี]	เว็บไซต์ : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หูดึง ตามองไม่ชัด หลงลืม เคลื่อนไหวลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เครื่องช่วยฟัง ไม้เท้าสามขา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา</li> <li>- ความสามารถในการได้อ่าน</li> </ul>	<b>การดูแลเพียงบางส่วนเท่านั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นบัสสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ความต้องการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การผลัดตกหล่น</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุทุกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เม่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง จนน้ำ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะสั้น</li> <li>- ระยะยาว           <ul style="list-style-type: none"> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> </ul> </li> </ul>	<b>การดูแลเพียงบางส่วนเฉพาะ</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้ดูแล Care plan นางจิราวดี ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <u>นางสาวจิราวดี ศิลาอุดม</u> วันที่ <u>๑๐ มกราคม ๒๕๖๗</u>	

ลงชื่อ..... จิราวดี ผู้ป่วยด้าน [CM]  
 [ ๔๑๙ ล๊ะ วัฒ ศิลาอุดม ]

ลงชื่อ..... จิราวดี เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [ นางสาวนิภาพร วงศ์หน่ายไกด์ ]  
 เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ..... จิราวดี สถาบันฯ [บช.]  
 [ นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์ ]  
 ผู้ดูแลผู้ป่วยด้านสังคม

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิงพิเศษรายเดือน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/รายปี]

ชื่อ นางสาว จิตราเย็น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5320800052135	ที่อยู่ 105 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 16 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2473 [อายุ 93 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลงสืบ ความจำเสื่อม ไม่เข้าใจในการสื่อความหมาย ผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งพิงจิตอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี /ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงสืบ/ซื้มเคร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลเพียงบล็อกทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลเพียงบล็อกเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การหลงทาง - ผู้สูงอายุยากทำร้าย	ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซื้มเคร้า - ท้อแท้ยากจน	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิตราเย็น ศิลปาอุดม	เข้าพบเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ๒๙๐๗๗ วันที่ ๒๖๖๗	

ลงชื่อ..... จิตราเย็น ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[๒๖๖๗ จิตราเย็น วันที่ ๒๖๖๗]  
ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนานย์กุญ)

ลงชื่อ..... จิตราเย็น ลงวันที่ [๒๖๖๗]  
(นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนานย์กุญ)  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ [อัตราการขาดช่วงบริการ หมายจ่าย/รายปี]**

ชื่อ นางคารา วงศ์ศรีชา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700304682	ที่อยู่ 82 หมู่ 3 ต.พินาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 26 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
แก่เดือนที่ 12 (เดือน กันยายน พ.ศ. 2495 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI= ๒ ๓ ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปวดซี่อุดช่องเส้น เต้านมไม่ซัด กล้ามปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางจิตใจกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลงออยอลล์ ขนาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- กล้ามปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ฯ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกล้ามปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มีความต้องการ/ควรได้รับ		
- แผ่นเสริมชิ้นขับ จำนวน NDN ชิ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ชื่อควรระบุในกรณีการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาพิเศษ/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ - การผลิตตากหลังกลับ	ระยะสั้น  ระยะยาว - มืออาชีพ มีรายได้ - มืออาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลปาอุดม	ผู้พำนัชเรียนชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ๐๗๕๙ / ๖๖	

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

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางกายภาพ [ยัตราชากชดเชยค่าบริการ หมายเหตุ/ราย/ปี]

ชื่อ นางตอน วงศ์เทรา <sup>ชื่อ</sup> เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700073061	ที่อยู่ 122 บ.3 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] -	วันที่จัดทำ 26 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2479 (อายุ 87 ปี)	วิธีใช้ชีวิตรีด : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ป่วยด้วยโรคเรื้อรังปอด ไอต่อมเดลฯ เนื้ือiy เพลี้ย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสันับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติด้อยคุณภาพที่ 1  ขอรับการสัน็บสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ อุบัติเหตุ 36 อััน/ปี หมวดนี้ อุบัติเหตุ 1 ครั้ง/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ฯ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะลืมปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- แผ่นเสริมชิ้นขับ จำนวน NDN ชิ้น/วัน</li> <li>- ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน</li> </ul>		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- การผลักดันกลั้ม</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนบ้า</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระยะสั้น</li> <li>ระยะยาว           <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> </ul> </li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลารุดม	เข้าใจเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] นาง อรุณรัตน์ วงศ์ ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ลงชื่อ..... หัวหน้าที่การเงิน [ นางสาวนิภาพร วงศ์นายโกศ ] ลงชื่อ..... อปท. [ นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติงาน ]	

ลงชื่อ.....  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์นายโกศ ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์นายโกศ ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [ยัตรากำรชดเชยล่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางสมร วงศ์อุค เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700304747	ที่อยู่ 83 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 065 6489646	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 03 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2494 [อายุ 72 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคเบาหวาน หลงลิ่ม เคลื่อนไหวลำบาก ปวดซี่อปวดเข่า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหนาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหนาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หน้า นึงลูกประคำ เจลแลกออกซอลล์ 1 ขาด/ปี หน้ากา อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สาขาวิชาชีพ เยี่ยมบ้าน 2 ครั้งต่อปี	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ชีมเคร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสังฆาราม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การแพ้ตตอกหลัง - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลงจาก จนน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะชีมเคร้า	<i>ก 225 22 ก.พ.๖๗</i> <i>07/02/2024</i>
ผู้จัดทำ Care plan นางริยะรัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>ก 225 22 ก.พ.๖๗</i> <i>07/02/2024</i>	

ลงชื่อ..... *ลีรุ่งอรุณ* ผู้ปฎิบัติงาน [CM]  
[ นางริยะรัลย์ ศิลาอุดม ]

ลงชื่อ..... *อ.* อปท.  
[ (นางริยะรัลย์ ศิลาอุดม) ]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ..... *ลีรุ่งอรุณ* ผู้จัดทำที่การเงิน  
[ นางสาวนภาพรรัตน์ วงศ์หนาน ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติการณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางเพ็ชร วงศ์รัตน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700304160	ที่อยู่ 44 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] ๐๘๗๔๖๒๙๙๔๖	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 24 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2511 (อายุ 55 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผู้พิการ เดินไม่ได้ ผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหนาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหนาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รถเข็น นั่ง สมาร์ทชิพเยี่ยมปี ละ 2 ครั้ง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดตกหล่ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาได้/ผลลัพธ์ทางการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [นาย/ผู้ป่วย]  ลงชื่อ..... [.....] ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน [.....] (นางสาวนภาพร วงศ์หน้ายิ่ง) เข้าพบนักจ้างครัวเรือนและบัญชีอาชญา	ลงชื่อ..... [.....] ลงชื่อ..... อปท. [.....] นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ไฟล์ที่ ๑๕๖๖

ไฟล์ ๑๕๖๖

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิการณานับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิการ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางเพพอ วงศ์แสงสอน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700073982	ที่อยู่ 146 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 093 3720252	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2484 [อายุ 82 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน : คลื่นไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งพิการด้อยคุณภาพที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เ洁และ ลักษณะล้วนๆ ขาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ห่อ/ปี	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะก้านปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การหลัดตกหลุม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ลายเซ็น/ผู้ปกครอง]	

ลงชื่อ.....  
[ นาง จิระวัลย์ ศิลาอุดม ]

ลงชื่อ.....  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์หนายโกก ]

ลงชื่อ.....  
[ นักศึกษาชั้นปีที่ ๑ หมายเหตุ ]

[ นักศึกษาชั้นปีที่ ๒ หมายเหตุ ]

† เผด็จการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิพิธพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิพิธพิพิธ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายกานต์ วงศ์ตระเทพ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700318128	ที่อยู่ 168 หมู่ 4 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0646064486	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2502 [อายุ 64 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หูดึง ปวดหลัง กระดูกสะโพกเคลื่อน ปวด เตินลำไส้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิพิธพิพิธในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ 66 ค่าจัดซื้อ <sup> *</sup> เจ้าของบ้านที่ดำเนินการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา</li> <li>- สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อาหารทางการแพทย์</li> <li>- ทิชชู/เปียก</li> <li>- สายเปลี่ยนออกซิเจน</li> <li>- ผ้าอ้อมสำเร็จรูป</li> <li>- ชุดทำแพลส์สำเร็จรูป</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้อหัวไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก [օรifice]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สะโพก [hip]</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มีความต้องการ/ความได้รับ		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- แผ่นเสริมชิ้นตับ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</li> <li>- ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน</li> </ul>		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การผลักดันหกสัม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากภาระใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- จัดติด/ข้อเท้าตก ลงก้นภาระแหกช้อนอีนฯ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</li> </ul>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใต้ 1 สัปดาห์</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชิบถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ห้องน้ำด้วยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มชั้น</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแหกช้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงค์ตับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงค์	ผู้เข้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] นางสุรัตน์ กอสุก วันที่ ๑๗/๐๕/๒๕๖๗	

ลงชื่อ..... นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้บัญชาติงาน [CM]  
 (..... พญ.วนิดา วงศ์ตระเทพ ผู้ช่วยนักกายภาพ .....)

ลงชื่อ..... ........................... ........................... อปท.  
 (นางสาวนีย์ วงศ์ตระเทพ ผู้ช่วยนักกายภาพ .....)  
 (นางสาวนีย์ วงศ์ตระเทพ ผู้ช่วยนักกายภาพ .....)  
 เข้าพบกับนักกายภาพและบัญชีอาชีวศึกษา

ลงชื่อ..... ........................... อปท.  
 (นางคุณทรัพย์ ห้องเรียน .....)  
 (ผู้ช่วยนักกายภาพ .....)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิจารณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิจารณาสันับสนุน**  
(อัตราการขาดช่วงค่าบริการ เหนือค่าใช้จ่าย/รายปี)

<b>ชื่อ นายพศิษ แสนสุกา</b> เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700321919	ที่อยู่ 59หมู่ที่ 04 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0935030210	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566	
<b>เกิดวันที่ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2494</b> (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ขาอ่อนแรง รู้สึกง่วง		
<b>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</b>	<b>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</b>	<b>การดูแล</b>	
<b>เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิจารณาสันับสนุนที่ 1</b>  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถเดิน เวลาวันที่อ่อนเพี้ยนรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนบล็อกไม่ได้</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- ลิ้นไม่เคลื่อนไหว</li> <li>- หายใจลำบากขณะออกกำลังกาย</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ [throat]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมฝ่ายครอบครัวความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>	
<b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะสันบีบสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b> <b>มีความต้องการ/ควรได้รับ</b>			
<b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b>	<b>เป็นหมายการดูแล</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การหลัดหลกหลาม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 วัน</li> </ul> </div> <div style="width: 45%;"> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงคดหับ</li> </ul> </div> </div>		
<b>ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีร์ ศิริโคตรวงศ์</b>	ผู้รับเข้าเทินขอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>พ.ก. ๒๕๖๖/๐๙</i> <i>พ.ก. ๒๕๖๖/๐๙</i>		

ลงชื่อ..... **นางสาวนีร์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ป่วยบัติงงาน (CM)**  
**พยาบาลวิชาชีพประจำณูกร**

ลงชื่อ..... **เจ้าหน้าที่การเงิน**  
**(นางสาวนิตยาพรชัย วงศ์นาอย์)**  
**เจ้าหน้าที่งานบัญชีอาชญา**

ลงชื่อ..... **(นางคุณยรื้า พงษ์สุก)**  
**นักพัฒนาชุมชนบ้านบึง**

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิงพิจารณาสันับสนับ  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิง (ยัต្តាការទទួលខ្លួនគ្រប់ប្រើប្រាស់ មេរាជាយ/រាយ/បី)

ชื่อ นางส่อง วงศ์ทนายโกก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700318462	ที่อยู่ 13หมู่ที่ 04 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0956185070	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 20 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2475 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สายตามองเห็นเลือนแสง หูดึง ข้อเข่าเสื่อม เหนื่อยง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสันับสนับ	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งพังค์อยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสันับสนับงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ <sup> *</sup> รายการเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิต</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้มทัวไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ [throat]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะล้าบั๊สภาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การหลัดตกหลุม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง จนน้ำ</li> </ul>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใต้ 1 สัปดาห์</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ท้อถอยอาดายเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดผลกดทับ</li> </ul>	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ผู้จัด/ผู้ป่วย] ลงนาม [ ] ลงวันที่ [ ]	

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ..... [ ] วันที่ [ ] จัดทำที่ [ ]  
[ ] ลงวันที่ [ ] ลงที่ [ ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ..... [ ] ลงวันที่ [ ]  
(นางกัญชรัตน์ ทองสิงห์)  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสุขภาพ [อธิการเขตเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางสุชาดา ศรีชาห์วงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700319035	ที่อยู่ 69หมู่ที่ 04 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0933802895	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 23 เดือน เมษายน พ.ศ. 2503 [อายุ 63 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน ความดันโลหิตสูง น้ำหนักมาก ปวดขา เดินลำบาก ชาที่เท้าความรู้สึกที่ เท้าลดลง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางสุขภาพในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพานเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิต</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลเพียงบางทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและถึงแต่ล้มทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลเพียงบางภาคເຊີພາ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมฝ่อมคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลลัพธ์คือจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุยากทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชักด้วยเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงคดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนីรัตน์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [นายดี/ผู้ป่วย] ลง วันที่ ๑ ๘๙ ๖๗ ๒๕๖๖	

นางสาวนิรัตน์ ศิริโคตรวงค์ปัจจุบัน [CM]

พยาบาลวิชาชีพประจำบุคคล

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวนิภาพร วงศ์หนานย์ใจ)

เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชีวศึกษา

ลงชื่อ.....  
 (นางฤทธิ์รัตน์ ทองสิงห์)  
 บัดพัฒนาการฯ จำกัด

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิการถาวรสันบสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิการ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายสุรชาติ เต็อดวงดุย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700321650	ที่อยู่ 56หมู่ที่ 04 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0910602243	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 09 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2506 [อายุ 60 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ หลงลืมง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสันบสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสันบสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี ๖๖ ค่าจัดซื้อ <sup>1</sup> รถพยาบาล เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้อิน</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ไม่สามารถตอบน้ำเสียงได้</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- สวนไม่ได้เสื่อผ้าเองไม่ได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การดูแลพยาบาลทั่วไป</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</li> <li>- คอ [throat]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> <li>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</li> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/ลักษณะอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ช้ำด้วยตัวเอง</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง จนน้ำ</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระยะสั้น           <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกิจกรรมอุปกรณ์ ภายใต้ 1 สัปดาห์</li> </ul> </li> <li>ระยะยาว           <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชักก่ายเองได้</li> <li>- สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพื่อชั้น</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัย</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดดับ</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</li> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] [.....] [.....]	..... .....

ลงชื่อ.....  
นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงศ์ .....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....]  
พยาบาลวิชาชีพช่างผู้ช่วยครุภัณฑ์

ลงชื่อ.....  
[.....]  
(นางสาวนิย์ภาพรรดา วงศานาถใจ)  
[.....]

[.....]  
เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ.....  
นางกุทย์รตน์ ทองสิงห์ .....อปท.

[.....]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ**  
**งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ [อัตราการขาดหยุดค่าบริการ หมายจ่าย/รายปี]**

ชื่อ นางทรี พลอสา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700319493	ที่อยู่ 26หมู่ที่ 04 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 11 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2491 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=BS ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ อัมพฤกษ์ อ่อนแรงซึ่งหาย เดินชา หลั่นปอยครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสันับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสันับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี ๖๖ ค่าจัดซื้อ รถพานเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ] - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้วนทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะสัมปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มี... มต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ [throat] - จมูก [nose] - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมฝ่อบคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัย - ไม่เกิดแพลงคตัน	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศรีโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>นายกุหลาบ ใจดี</i>	<i>๑๖๗๙/๑๙๙๕ ๒๐๑๗,</i>

ลงชื่อ.....*ก. ดร.* ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
 นางสาวนิย์ ศรีโคตรวงศ์  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....*ก. ดร.* เจ้าหน้าที่การเงิน  
 (นางสาวนิภาพร วงศ์หนานย์โภค)  
 เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ.....*ก. ดร.* อปท.  
 (นางกุหลาบ ใจดี ทองสูงหน้า)  
 นักพัฒนาชุมชนบ้านกรุงเทพฯ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติการณ์สนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติ [ยัตราการชดเชยค่าบริการ เหนมาฯ/ราย/ปี]

ชื่อ นางหัสดี ชาเครือ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700323881	ที่อยู่ 92 หมู่ 4 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0853439856	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 08 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2498 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานถูกตัดน้ำหัวแม่เท้าซ้าย มะเร็งเต้านมรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเข้าสิ้นเดือนเมษายนไม่ได้ ต้องมีอุปกรณ์	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี ๖๖ ค่าจัดซื้อ รถพานเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเพื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้วนทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ [throat]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มี... มต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำคัญอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ลมหายใจ</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> </ul>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใต้ 1 สัปดาห์</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชักถ่ายเองได้</li> <li>- สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ท้อแท้ยากไร้เหมาะสม</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงคดทับ</li> </ul>	<p>K ๗๗๐ บบ๑ ๒๓๐</p>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนันย์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] X ทราบและเห็นชอบ	

ลงชื่อ.....นางสาวนันย์ ศิริโคตรวงค์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (พยานหลักฐานเชิงพยานยกลาง)  
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 (นางสาวนิภาวรรณ วงศ์พานิช)  
 เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ............อปท.  
 (นางฤทธิรัตน์ ทองสิงห์)  
 นักพัฒนาชุมชนเป้าหมาย

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งฟังพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งฟัง [อัตราการชดเชยค่าบริการ หมายจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นายก้องมนี วงศ์ดวงพา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700320149	ที่อยู่ 36หมู่ที่ 04 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0638845661	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2480 [อายุ 86 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง หลังค่อน เหนื่อยตลอดเวลา ข้อเข่าเสื่อม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งฟังด้อยในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี ๖๖ ค่าจัดซื้อ รถพานเดิน เวชภัณฑ์อื่นๆ พาหนะรายเมื่อวันการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	<b>การดูแลพยายามนำสิ่งที่ไป</b> - การช่วยในระบบชักถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบชักถ่าย[อุจจาระ] - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะล้าบล้าสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		<b>การดูแลพยายามทางเดิน</b> - คอ [throat] - ช่องปาก [oral] - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมฝ่ายครอบครัวมุ่งเน้นความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
มี รายการต้องการ/ควรได้รับ		<b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/ส้วมอาหาร - การทาร้ายตันหนองและผู้อื่น/ข่าด้วย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลงจาก จนน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจางไปอย่างลงตัว - ท้อแท้คายمهมาสม - มืออาชีพ มีรายได้ - มืออาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	(นาย ก. ล. ก. ๒๐๑๗๐๔๖)
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนันย์ ศิริโคตรวงษ์	ผู้พเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <u>พญ พนธุ์ พงษ์กุล</u>	

ลงชื่อ..... นางสาวนันย์ ศิริโคตรวงษ์ ผู้ปฏิบัติตาม [CM]

[ พยานหลักฐานที่พยุงน้ำลายกราฟ ]

ลงชื่อ..... นางสาวนันย์ ศิริโคตรวงษ์ ผู้พเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] พญ พนธุ์ พงษ์กุล

[ พยานหลักฐานที่พยุงน้ำลายกราฟ ]

ลงชื่อ..... พญ พนธุ์ พงษ์กุล อปท.

[ (นางกุทัยรัตน์ ทองสิงห์) ]

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

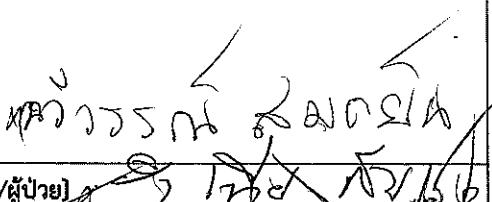
แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการมาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนือร่วย/ราย/ปี]

ชื่อ นางดอกแก้ว อินภักดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700323741	ที่อยู่ 90หมู่ที่ 04 ต.พิมาน อ.นาแวง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0986481778	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566	
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488 [อายุ 78 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ขาอ่อนแรง รูปร่างผอม เหนือยอดเหลา		
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล	
เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิจัยในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพานเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนบีบสามารถไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- สามารถเสื่อมผ้าءองไม่ได้</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ชีมเคร้า/นอนไม่หลับ             <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul> </li> </ul>	<p>การดูแลพยายามทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p>การดูแลพยายามเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ [throat]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>	
การประเมินบุคคลที่มีภาวะสัมปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มี... ไม่ต้องการ/ควรได้รับ			
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทาร้ายตนเองและผู้อื่น/ข้าด้วย</li> <li>- การรับประทานยาผิดตัว/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานหันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 4 วัน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญี่ดิสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ทิ้อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัยฯ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงก์ทับ</li> </ul>	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	เข้าใจเจ้าหน้าที่ขอรับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ลงชื่อ.....		๒๖/๑๔๕๖ ๐๑๐๗๑๙๙ ๑๗๖๔๗๓

.....บานะสูงปี๊ก ศิริโคตรวงค์ .....ผู้ป่วยบดิنجาน [CM]  
.....พยาบาลวิชาชีวะชั่วคราว.....  
ลงชื่อ.....  
.....นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ วังพนายนิกา  
.....เจ้าหน้าที่การเงิน<sup>ก.</sup>  
.....เจ้าหน้าที่การเงิน<sup>ก.</sup>  
.....เจ้าหน้าที่การเงิน<sup>ก.</sup>

ลงชื่อ.....  
.....นางฤทธิ์รัตน์ ห้องสูงห。  
.....รักษาพัฒนา ภูมิพล บุรีรัตน์.....

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิจารณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ หมายราย/ราย/ปี]**

ชื่อ นายส่านีย์ สมเย็น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310300556995	ที่อยู่ 109 หมู่4 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อ) 0899685074	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2493 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รูปร่างผอม ความดันโลหิตสูงรับยาประจำ ชา 2 ชั่ง อ่อนแรงหลับบ่อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
<b>เป็นผู้มีภาวะพึงพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1</b>  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ปีละค่าจัดซื้อ <sup>1</sup> เวชภัณฑ์ที่จำเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้อิน</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- รักษาหนึ่งอยู่ตลอดเวลา</li> <li>- สามารถตอบน้ำเสียงได้</li> <li>- ไม่สามารถตอบน้ำเสียงได้</li> <li>- อาหารทางการแพทย์</li> <li>- สายเปลี่ยนอุปกรณ์</li> <li>- ทิชชูเปียก</li> <li>- ผ้าอ้อมสำเร็จรูป</li> <li>- ชุดทำแมลงสำเร็จรูป</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จมูก [nose]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- ตา [eyes]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- แผ่นเสริมซิมชับ จำนวน ชิ้น/วัน</li> <li>- ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน</li> </ul>		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำคัญอาหาร</li> <li>- การลัดตกหลัง</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>“งอกนกภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>“สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ทิ้ยอ่าวยะมะสม</li> <li>- มืออาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มชิ้น</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดแพลงก์ทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] 	

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน [CM]

[.....หมายเหตุวิชาชีพยานยานยุคvara.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....นางสาวนีย์พัชรา ใจดี.....]

เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ.....(นางสาวนีย์พัชรา ใจดี).....อปท.

[.....ผู้ดูแลบุตรของผู้ป่วย.....]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิจารณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนา่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางคำวงศ์ วงศ์หน้ายโกฐ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700123823	ที่อยู่ 111 หมู่ 4 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0828481386	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 24 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2488 [อายุ 78 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ไข้บันดาลร้อน โรคหัวใจ มีภาวะน้ำท่วมปอด ตับโต เหนื่อยง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสันับสนุน	ประเมินปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งพึงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสันับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปีที่ ๑ ค่าจัดซื้อ รถพยาบาล เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการเดิน</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้วมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ [throat]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
<b>มี<input checked="" type="checkbox"/> ต้องการ/ควรได้รับ</b>		
<b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b>	<b>เป้าหมายการดูแล</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทาร้ายตันของและผู้อื่น/ช้ำด้วย</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลงจากน้ำ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ช้ำถ่ายเองได้</li> <li>- สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ดึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ทิ้งอยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลกัดทับ</li> </ul>	<b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนันย์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] _____ _____ ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน [.....] _____	

นางสาวนันย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้บัญชาติงาน [CM]  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
[.....]  
\_\_\_\_\_

ลงชื่อ..... วปท.

[.....]  
นักพัฒนาชุมชนปัตติยา

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสุขภาพที่มีความซับซ้อน**  
**งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสุขภาพที่มีความซับซ้อน [อัตราการดูแลเชิงต่อวันบริการ หมายจ่าย/ราย/วัน]**

ชื่อ น.ส.คำเปียง นนคนหมื่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700322303	ที่อยู่ 64 หมู่ 4 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0843155257	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2498 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=BB ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตามมัวมองไม่ชัด ขาอ่อนแรง หลักสัมภัย มีแพลท์เท้า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางสุขภาพที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปีที่ ๑ ค่าจัดซื้อคราฟต์พาร์ท เนื่องจากภาวะพิบัติทางสุขภาพเดิม เวชภัณฑ์อื่นเช่นพาราเมทีฟีมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้อิน</li> <li>- อุญญาติ/ลักษณะที่อุญญาติ</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- สามารถใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul>	<b>การดูแลเพยานาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้วนทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลเพยานาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ [throat]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul>
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ช้ำตัวตาย</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<b>ระยะสัน</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกা�ຍอุปกรณ์ ภายใต้สัปดาห์</li> </ul> <b>ระยะยา</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชักถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ท้อญญาติหมายเหตุ</li> <li>- มืออาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพื่อชื้น</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงก์ทัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p align="right"><i>๙.๗.๒๐ ๖/๔/๘</i></p> <p align="right"><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนันย์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>นายสมชาย ใจดี</i> นัด下次 ๒๕๖๗/๑๗/๒๐	

ลงชื่อ.....นางสาวนันย์ ศิริโคตรวงค์.....ผู้ป่วยบดิ詹 (CM)

[.....พยานบุคคลชี้พยานบุคคล.....]

ลงชื่อ.....นางสาวนันย์ ศิริโคตรวงค์.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีบุคคล.....]

ลงชื่อ.....นางกอบกาญจน์ ทองสิงห์.....อปท.

[.....(นางกอบกาญจน์ ทองสิงห์).....]

ผู้ดูแลช่วยเหลือบุคคล

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิการทางร่างกาย พิจารณาสันับสนับน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิการ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายนิต วงศ์หน้าย戈 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700409476	ที่อยู่ 77หมู่ที่ 04 ต.มีนา อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอุตสาหกรรม[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2487 [อายุ 79 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการตาบอด 2 ข้าง โรคความดันโลหิตสูง กลืนลำบาก ผอม หลังค่อม เทนีอย่างร้าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิการด้อยในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เศษต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รายการเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	- กลืนบลัดไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น <ol style="list-style-type: none"><li>- ความสามารถในการดื่มน้ำ</li><li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li><li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li><li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li></ol>	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ol style="list-style-type: none"><li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li><li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li><li>- การอาบน้ำ</li><li>- การเคลื่อนย้าย</li><li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลสั่งทั่วไป</li><li>- โภชนาการ</li></ol>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  <input checked="" type="checkbox"/> มต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ol style="list-style-type: none"><li>- คอ [throat]</li><li>- ตา [eyes]</li><li>- ช่องปาก [oral]</li><li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li><li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li><li>- หู [ears]</li></ol>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การท้าร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง จนน้ำ	ระยะสั้น - ประเมินและรักษาการกลืน ภายใน 1 วัน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ทิ้งอยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแพ้ยา	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ol style="list-style-type: none"><li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li><li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li><li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li><li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li></ol> การดูแลช่วยเหลือด้านสังเวชล้วน <ol style="list-style-type: none"><li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li></ol>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	ผู้เข้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <u>นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์</u>	

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ป่วย

พยานหลักฐานชี้พำนวนยุติธรรม.....)

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ป่วย

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

[นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ จ.นครพนม]

(เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชีวศึกษา)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติใจตามสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติใจ [อัตราการจดหมายค่าบริการ หมายจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ น.ส.นิชา รอดชุมงุ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3411900602076	ที่อยู่ 183 หมู่ 4 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0934348464	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 20 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2518 [อายุ 48 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ชื่омูลสุขภาพเบื้องต้น : โรค暮年atology ขา 2 ข้างอ่อนแรง สิบเดือนไม่ได้ สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสันับสนุน	
เป็นผู้มีภาวะพิบัติใจด้อยในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสันับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น <sup>จำนวนเงิน 6,000 บาท</sup> โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ 66 ค่าจัดซื้อ <sup>เวชภัณฑ์ที่จำเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง</sup>	ประเท็ตปัญหา/ความต้องการ  - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - หายเหลือตอนเช้าไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมีอ่อน ขาด - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา <sup>เวลา</sup> - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการต่อรงชีวิต - อุญ่าอุคัย/ลักษณะที่อุญ่าอุคัย - อาหารทางการแพทย์ - สายเปลี่ยนออกวิจेन - ที่ชูปียก - ผ้าอ้อมสำเร็จรูป - ชุดทำแฟลสสำเร็จรูป	การดูแลพยาบาลทั่วไป  - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้วนทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ  - บริการพิเศษอื่นๆ - อวัยวะสีบพันธุ์ [Genital organs] - สะโพก [hip] การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม  - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม  - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มีความต้องการ/ควรได้รับ	- แผ่นเสริมซิมชีป จำนวน 1 ชิ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหลัง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง จนน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใต้ 1 สัปดาห์  ระยะยาว - กินอาหารสองได้/ขับถ่ายสองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามนาฯ - ไม่เกิดแพลงกตับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	เข้าใจเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] [.....] [.....] [.....] [.....]	นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ [.....] [.....] [.....] [.....]

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ .....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....]  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หมาภิโก)  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ..... อ. .... อปท.

[.....]  
[.....]  
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการดูแลเชยล่าบริการ หมายจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางเกตุ คำสิงห์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700318527	ที่อยู่ 35หมู่ที่ 04 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม นายเลขาทรศพท/[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน เมษายน พ.ศ. 2482 (อายุ 84 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเป็นปัจจุบัน : ความดันโลหิตสูง มีภาวะกลืนลำบาก ข้อสะโพก ข้อเข่าเสื่อม เดินลำบาก หลังล้ม เห็นอย่างร้าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพานเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	- กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อายุอาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	<b>การดูแลเพียงบางทั้งไป</b> - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ] - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มี... หมายความต้องการ/ควรได้รับ		<b>การดูแลเพียงบางส่วน</b> - ช่องปาก [oral] - บริการพิเศษที่น้ำ - สุขภาพจิต และกิจกรรมฝันคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ [Genital organs]
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การผลัดตกหลัง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลงจากน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใต้สังคม ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้อຍ่าสายเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามนาฯ - ไม่เกิดแพลกัดทับ	<b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีร์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <input checked="" type="checkbox"/> วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๖	

ลงชื่อ... นางนีร์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]

[พยานหลักฐานที่พำนักอยู่กับ]

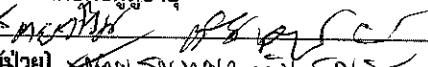
ลงชื่อ... เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ... อปท.

(นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)

[นักพัฒนาชุมชนชุมชนที่ดูแล]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิจารณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [ยัตราชากษาด้วยค่าบริการ หมายจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นายวาริน ตันสมรส เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700320289	ที่อยู่ 38 หมู่ 4 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0834214996	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เก็บวันที่ 01 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2489 [อายุ 77 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ขาอ่อนแรง รู้สึกง่วงนอน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสันับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงด้อยในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสันับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ <sup>รายการเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- สามารถใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้วนท้าไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
<input checked="" type="checkbox"/> นต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ช้ำด้วย</li> <li>- การผลัดตกหลุม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ผู้สูงอายุญาติทำร้าย</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชักตัวย่องได้</li> <li>- ภายใต้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปปอย่างสงบ</li> <li>- ทื่อยาวยาดีเหมาะสม</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงคตทับ</li> </ul>	<b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังฆศา</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิษฐ์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [นาย/น้ำเงิน] 	

ลงชื่อ..... นางสาวนิษฐ์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]

[..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ .....

.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[..... พนักงานฝ่ายการเงิน วศ.ทนายไทย]

เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญากรรม

ลงชื่อ..... อปท.

[..... (นางฤทธิ์รัตน์ ทองธีรากุล)]

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิงพิจารณาสันับสนับ**  
**งบริการสาธารณสุขสำนักงานรัฐผู้ที่มีภาวะพิ่งผิง [อัตราการขาดเชยค่าบริการ หมายจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นายคำบท วงศ์ตาเทพ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3430200021550	ที่อยู่ 8 หมู่ 4 ต.พิมาน อนาง จ.นครพนม นายเลขที่ห้องพัท (ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 15 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2464 [อายุ 102 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ชื่อ穆ลสุขภาพเบื้องต้น : รูปร่างผอม หลังค่อม ขา 2 ข้างอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายจ่ายรายปีที่ขอรับการสันับสนับ	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งผิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสันับสนับงบประมาณหมายจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพานเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนบล๊อกไข้ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ [throat]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- ท้อง [stomach]</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพเวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
มต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ช้ำตัวตาย</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ช้ำถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ท้อถужด้วยเหมือนสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงก์ทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	เข้าใจเจ้าหน้าที่ขอรับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <input checked="" type="checkbox"/> กบ อ.ง พ.ส. ๒๕๖๖	

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 พยาบาลวิชาชีพประจำกฎหมาย

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ..... อปท.  
 (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)  
 นักพัฒนาชุมชนบ้านปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางร่างกายที่มีความซับซ้อน [อัตราการขาดช่วงค่าบริการ หมายเหตุ/ราย/ปี]

ชื่อ น.ส.กานต์ ตันสมรส เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700318420	ที่อยู่ 12 หมู่ 4 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์/ที่ติดต่อ] 0820468659	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2492 [อายุ 74 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รูปร่างผอม สูบบุหรี่ เหนือย่อย่าย ขา 2 ข้างอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางร่างกายที่มีความซับซ้อน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ชีมเคร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- มีความเจ็บปวดบริเวณพันและเหงือก ปากแห้ง</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยล้า</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- อาหารทางการแพทย์</li> <li>- สายเปลี่ยนออกซิเจน</li> <li>- ทิชชูเปียก</li> <li>- ผ้าอ้อมสำเร็จรูป</li> <li>- ชุดทำแมลงสำเร็จรูป</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้อมหัวไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขาพิเศษ และการฟองน้ำลักษณะเดียวกัน</li> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการล้วสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
- ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การผลัดตกหลัง</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 วัน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชักถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ทิ้งยาอย่างเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพิ่ยงพอ เพิ่มชีวิต</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้สูบกran</li> <li>- ไม่มีภาวะชีมเคร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามนาฯ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงกัดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงษ์	เข้าพบเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>นายณัฐพงษ์ วงศ์วิจิตร</i>	

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงษ์ .....ผู้ปฏิบัติงาน [CM]

[พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ]

ลงชื่อ..... *ณัฐพงษ์ วงศ์วิจิตร* .....เจ้าหน้าที่การเงิน

[ผู้ตรวจสอบบัญชี บัญชีเงินฝาก]

เจ้าหน้าที่

ผู้รับผิดชอบ

ลงชื่อ..... *ณัฐพงษ์ วงศ์วิจิตร* .....อปท. /

[นางณัฐพงษ์ วงศ์วิจิตร]

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันนิษฐานการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติการณาสันนิษฐาน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติ [ยัตตราชาร์ดเชียลบริการ เนมาน่ารักษ์/ราย/ปี]

ชื่อ นางสาวรี สับสูญนิน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700318047	ที่อยู่ 67หมู่ที่ 04 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0889919625	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 13 เดือน เมษายน พ.ศ. 2489 [อายุ 77 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ซ้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคความดันโลหิตสูง กลีบเลือดออก ผอม เหนือยง่าย หลังค่อม ปวดหลัง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติด้อยในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพยาบาล เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการเดิน</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> </ul>	<b>การดูแลเพียงบางส่วนเท่านั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้วนทั้งหมด</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
<span style="color: green;">มี</span> นต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สាสก์อาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 วัน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ทิ้งยาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพื่อเข้มแข็ง</li> <li>- กินอาหารเองได้/ชักถ่ายอาหารได้</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพภูมิทั้ง</li> </ul>	<b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิษฐ์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ✓ 015 ลงวันที่ ๒๖๐๗๒๕	

..... นางสาวนิษฐ์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ป่วยบดีงาน [CM]  
..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางสาวนิภาณรัตน์ วงศ์หนานย์โกต]

เจ้าหน้าที่งานภาษีและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ..... (นางฤทธิรัตน์ ทองสิงห์) อปท.  
..... นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

๒๖๐๗๒๕

๐๑๕

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสันบสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสันบสนุน [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาค่าย/ราย/ปี]

ชื่อ ด.ญ.ธิดารัตน์ วงศุโภ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1480701308529	ที่อยู่ 82 หมู่ 5 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสพยาบาล[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 29 เดือน เมษายน พ.ศ. 2522 [อายุ 44 ปี]	รินีจันทร์ : ADL=0, TAI=-T <sub>2</sub> ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการแต่กำเนิด ตาบอด ตัวเล็ก สมองเล็ก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลเลอกอหစอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สา รีชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- สามารถถือผ้าอ่อนไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</li> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/ลักษณะอาหาร</li> <li>- การผลัดตกหลุม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุยากทาร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง ฯลฯ</li> </ul>	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิราวดี ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย/คุณ. พญ. นร. นร. นร. นร.]	

ลงชื่อ..... ธิดารัตน์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[นาง จิราวดี ศิลาอุดม]  
[.....]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
[นางสาวนิภาพร วงศ์หนานย์กุศ]  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ..... อปท.  
[(นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)]  
[.....]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางร่างกายและจิตใจ [ยัตราชาร์การดูแลเชี่ยวชาญ]**

ชื่อ ค.ช.ธีรภัทร วงศ์อุ่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1480501330431	ที่อยู่ 82 ม.5 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสพื้นที่ (ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 มกราคม พ.ศ. 2566	
เกิดวันที่ 31 เดือน มกราคม พ.ศ. 2550 (อายุ 16 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=T2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการ สมองเสื่อม เดินไม่ได้		
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล	
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางร่างกายในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เครื่องแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี ที่นั่งสหสาขพยุงตัวบ้านปีละ 2 ครั้ง	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความย่อんแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือต้านสิ่งแวดล้อม การดูแลช่วยเหลือต้านสิ่งแวดล้อม	
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ เมื่อรวมต้องการ/ควรได้รับ			
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล		
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาพิเศษ/ผลลัพธ์จากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลงจากชั้น	ระยะสั้น ระยะยาว		
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลากุล	ผู้เข้าร่วมขอรับการดูแลตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] น.ส. เพชรจันทร์ วงศ์พัฒนา วัย 70 ปี		

ลงชื่อ..... จิระวัลย์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[..... นาง จิระวัลย์ ศิลากุล ..]  
ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพรรัตน์ วงศ์หนาทไกร)  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ..... น.ส. เพชรจันทร์ อปท.  
(นางคุณยรดา ทองลิงห์)  
[..... น.ส. เพชรจันทร์ ทองลิงห์ ..]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิงพิจารณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายกานัน ศรีชาหลาง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700036343	ที่อยู่ 49 หมู่ 5 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0926424757	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 02 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2491 [อายุ 75 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ปวดหัว ปวดขา เคลื่อนไหวไม่สะดวก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ <sup>การสนับสนุน</sup>	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งผิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เ洁 และ ลูกอ้อยล 1 ขาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ชา	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นบัสสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ด้วยความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดตกหลัง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว	<i>✓ ลูกประคำ</i>
ผู้ดัดทำ Care plan นางธีระรัตน์ ศิลากุณ	ข้อพิจารณาที่ชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>✓ กต.</i>	

ลงชื่อ *ธีระรัตน์* ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[ นาง ธีระรัตน์ ศิลากุณ ]

ลงชื่อ *DB* เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์หนายใจ ]

เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ *กต.* อบท.  
[ นางฤทธิ์วนิช ทองสิงห์ ]

ผู้พิจารณาอนุมัติการดูแล

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางร่างกายและ/or ความจำเสื่อม

งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางร่างกายและ/or ความจำเสื่อม (อัตราการดูแลเชี่ยวชาญค่าบริการ เหนือค่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสวัสต์ ศรีชาหลาวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700033620	ที่อยู่ 6 หมู่ 6 บ้าน อนุศาสน์ จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0985727263	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2489 (อายุ 77 ปี)	วิธีจัดซื้อ : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป้ายเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปวดข้อป่วยเจ้า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางร่างกายในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สูกปรับคน 36 อัน/ปี หน้อ นึงสูกปรับคน เคลลและออกซอลส์ 1 ขาด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี สาขาวิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ฯ	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลักดันกลั้ม - การรับประทานยาพิเศษ/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางริราวดี ศิลารุณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	<i>ริราวดี</i> <i>ศิลารุณ</i>

ลงชื่อ ..... *ริราวดี* ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[ นาง ริราวดี ศิลารุณ ]

ลงชื่อ ..... *ริราวดี* เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนานย์ไกร)  
เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ ..... (นางกฤทัศน์ ทองสิริก) อปท.  
[ นักพัฒนาชุมชน/ภูมิปัญญา ]

แผนกรดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางร่างกายและจิตใจ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางทัย วงศ์แสนไชย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700034600	ที่อยู่ 22 ม.5 ต.พินาน อ.นาแก จังหวัดนครพนม หมายเลขอรหัสพท.[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 31 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2481 [อายุ 85 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ติดบ้าน เนื่องจากง่วงหลับ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางร่างกายในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กายอุปกรณ์ช่วยเดิน สห วิชาชีพเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข่นขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลเพียง basal ทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลเพียง basal เฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลุ่มนี้สามารถประเมินได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ความร่วงในกรณีให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การฟื้นฟูสมรรถภาพ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิราวดี ศิลปารัตน์	ผู้เข้ารับบริการ	๑๗๗๖๒๕๗๙๘ ๗๗๖๒๕๗๙๘

ลงชื่อ.....  
นาง จิราวดี ศิลปารัตน์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
.....  
ลงชื่อ.....  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(ผู้ควบคุมบัญชี/ผู้รับผิดชอบ ดูแลบัญชี)  
เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....  
นางสาวทัยรัตน์ ทองสิงห์ อาช.  
ผู้รับผิดชอบบัญชี

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิจารณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาฯ/ราย/ปี]

ชื่อ นางบัวลี วงศ์แสนไชย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700034022	ที่อยู่ 12 หมู่ที่ 05 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอุตสาหกรรม[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2478 [อายุ 88 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหากระดูกทับเส้นประสาท เดินลำบาก เดินในระยะไกลไม่ได้ หลงลืม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ <sup>การสนับสนุน</sup>	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สุกประ combustion 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สาขาวิชาชีพเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง รถพานเดิน	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านคุณภาพนิยม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรือจุจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดตกหลัง	ระยะเวลา - ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางรีริราลัย ศิลาอุดม	เข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>21/6/2019</i> 66 ปี 26/06/2019	

ลงชื่อ.....*ธนกร* ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[.....]  
[.....]  
[.....]

ลงชื่อ.....*ธนกร* เจ้าหน้าที่การเงิน  
(เจ้าหน้าที่รับผิดชอบเบิกจ่ายเงิน)  
[.....]  
[.....]

ลงชื่อ.....*อรุณ* อปท.  
(นายเทียรัตน์ ทองสิงห์)  
[.....]  
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ น.ส.วิไลวรรณ พ่ออาณาตย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700036157	ที่อยู่ 114หมู่ที่ 05 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0895728943	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 19 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2505 [อายุ 61 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลอดเลือดสมองตีบ เคลื่อนไหวไม่สะดวก เบาหวาน มีน้ำ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิการด้อยในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคลื่อหลอกอชอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี สาขาวิชาชีพเยี่ยมปีละ 2ครั้ง	- มีความย่อเนียร์ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะก้านปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดตกหลัง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาพิเศษ/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	<i>ดูแลดีๆ</i>
ผู้จัดทำ Care plan นางจิราวดี ศิลิจวุฒิ	เข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>จิราวดี ศิลิจวุฒิ</i> วันที่ <i>๑๐ มกราคม ๒๕๖๖</i>	

ลงชื่อ..... *จิราวดี ศิลิจวุฒิ* .....ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[ ๖๙ ลีลาวดี ถนน ]

ลงชื่อ..... *เจ้าหน้าที่การเงิน* .....  
(นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนาทย์)  
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอุทุส

ลงชื่อ..... *อ.ป.* .....  
(นางสาวกัญญา ทองสูงห)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เทมาจ่าย/ราย/ปี]**

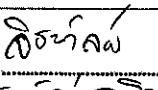
ชื่อ นายสุพจน์ วงศ์ตาชี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480700012556	ที่อยู่ 164 หมู่ที่ 05 ถนนแกะ อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0821129102	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566				
เกิดวันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2524 [อายุ 42 ปี]	วินิจฉัย : ADL=B, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ดูแลไม่ซัด ผู้พิการระดับ 3,5 เดินไม่ได้ ช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันตัวเองได้บางส่วน สื่อสารพอรู้เรื่อง เดินไม่ได้					
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายจ่ายรายปีที่ขอรับ การสันับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล				
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงต้องอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสันับสนุนงบประมาณหมายจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เครื่องเข็มออลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี แผ่นรองชุด 36 ห่อ/ปี ถุงมือใช้แล้วทิ้ง 12 กล่อง/ปี สนใจชีวิตพลังเยี่ยมบ้าน	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่องปากไม่สะอาด	<b>การดูแลเพียงบานลทั่วไป</b> - การช่วยในระบบชักด้วย[ปัสสาวะ] - การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ] - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย <b>การดูแลเพียงบานเฉพาะ</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ				
<b>ประเมินบุคคลที่มีภาวะก้านปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b> <b>มีความต้องการ/ควรได้รับ</b> <table border="1"> <tr> <td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td> <td>เป้าหมายการดูแล</td> </tr> <tr> <td>           - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย            - การหลัดหลกหลีบ            - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ            - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ลมหนาว            - การกินอาหาร/สัลกอาหาร         </td> <td>           ระยะสั้น            -            ระยะยาว            - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ            - ไม่มีภาวะซึมเศร้า            - ไม่เกิดแพลงคดหับ         </td> </tr> </table>			ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การหลัดหลกหลีบ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ลมหนาว - การกินอาหาร/สัลกอาหาร	ระยะสั้น - ระยะยาว - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแพลงคดหับ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล					
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การหลัดหลกหลีบ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ลมหนาว - การกินอาหาร/สัลกอาหาร	ระยะสั้น - ระยะยาว - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแพลงคดหับ					
ผู้ดูแล Care plan นางจิราวดี ศิริอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <u>นายพัฒนา พัฒนา</u>					

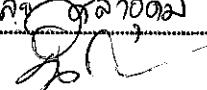
ลงชื่อ..... จิราวดี ผู้ปฏิบัติตาม [CM]  
[ นางจิราวดี ศิริอุดม ใจกลาง ]

ลงชื่อ..... พัฒนา อาช.  
[ พัฒนา พัฒนา ]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์ธนาโยก ]  
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาชญา

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิงพิการณาสันับสุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิง [อัตราการขาดเชี่ยวค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางนัง วงศ์เทรา <sup>ชื่อ</sup> เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700033867	ที่อยู่ 10หมู่ที่ 05 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0860774246	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2469 [อายุ 97 ปี]	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก ติดเตียง มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทึ้งขา ขา และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง หลงลืม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ถูกประคบ 36 อัน/ปี เคลื่อน ลอกหอยล็อก 1 ขาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สาขาวิชาชีพเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง เดียวลงลง	- ความสามารถในการได้อิน - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ชีมเคร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สามารถใช้ห้องน้ำเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหลัดตกหักล้ม <sup>อาการ</sup> - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุทุกหารร้าย <sup>อาการ</sup> - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัย - ไม่เกิดแพลกัดหับ - ไม่มีภาวะชีมเคร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิราวดี สีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ที่ ๗๐๙ ๑๐๖๗๘๗  ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM) [๖๗๙ กิริ-วนิช ต.ล. ๗๐๗๒]  ลงชื่อ..... อปท. (นางฤทธิ์รัตน์ ทองสิงห์) นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ 	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[๖๗๙ กิริ-วนิช ต.ล. ๗๐๗๒]  
  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หนายโศ)  
เจ้าพนักงาน..... ลงนามชี้อ่าน  
เจ้าพนักงาน..... ลงนามชี้อ่าน

ลงชื่อ..... อปท.  
(นางฤทธิ์รัตน์ ทองสิงห์)  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ  


แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันนิษฐานการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิงพิจารณาสัมภาษณ์  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนือร่วย/ราย/ปี]

ชื่อ นางป่วน เดชา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3220500217737	ที่อยู่ 92หมู่ที่ 05 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม นายเลขาทรศพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2478 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มะเร็งลำไส้ ความดันโลหิตสูง หลงลืน อ้วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งพิงต้องอยู่ในกุศลนี้ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เ洁แอล ลอกซอยครึ่ง 1 ขาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี สน วิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืน/ชีมเคร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลเพยابةลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดตกหล่ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว	+ ดูแลอย่างดี
ผู้จัดทำ Care plan นางจีระวัลย์ ศิลารุ่ด	ผู้เข้าร่วมกระบวนการ Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] นางสาวนิภาพร วงศ์หนาด (ลายเซ็น)	ลงชื่อ..... ลงชื่อ..... อปท. [นางจีระวัลย์ วงศ์หนาด] [นางสาวนิภาพร วงศ์หนาด] นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ
ลงชื่อ..... [เจ้าหน้าที่การเงิน] (นางสาวนิภาพร วงศ์หนาด)		
ลงชื่อ..... [เจ้าหน้าที่การเงิน] (นางสาวนิภาพร วงศ์หนาด)		

ลงชื่อ..... ผู้ป่วยบัตร [CM]  
[นางจีระวัลย์ วงศ์หนาด]  
ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หนาด)  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีของบุคคล

ลงชื่อ..... อปท.  
[นางสาวนิภาพร วงศ์หนาด]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติกรรมสันับสนับ  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นายมั่น ชาเครือ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700033379	ที่อยู่ 69หมู่ที่ 05 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0833274713	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492 [อายุ 74 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก เบาหวานความดันโลหิตสูง ให้ยาเริ่ง หัวใจโต เหนื่อยง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประดิษฐ์ปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติด้อยในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สาขาวิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง กายอุปกรณ์ช่วยในการเดิน		การดูแลเพยายน้ำทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลขยายบาระเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มีความต้องการ/ควรได้รับ		
การระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดตกหล่ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น ระยะยาว	<i>ดูแลดีๆ</i>
ผู้จัดทำ Care plan นางจิราวดี ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>.....</i>	

ลงชื่อ *จิราวดี* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นาง จิราวดี ศิลาอุดม ]

ลงชื่อ *.....* เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนานย์เกต ]  
[ ลักษณะผู้ดูแล : บุคลากร ]

ลงชื่อ *(นาย)* (นาย *.....* ทองสินรุ่ง) อปท.  
[ นักพัฒนาชุมชนปฏิวัติการ ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิเศษสนับสนุน  
งบบริการสาธารณะสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายวิลัย ศรีชาหลาง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700035665	ที่อยู่ 6 หมู่ที่ 05 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 [อายุ 86 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สุกประคบ 36 อัน/ปี เ洁แอล ลอกอยอลล์ 1 ขาด/ปี หน้ากา กอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ห่อ/ปี	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ชา	การดูแลเพยานาลทัวร์ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลเพยานาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ด้านต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพัฒนาทักษะ - การรับประทานยาพิธ/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - อุปกรณ์ช่วย เช่น ไฟฟ้า น้ำร้อน ลม ฯลฯ	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิราวดี ศิลาอุดม	เข้าพบเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[๖๗๙ จว. ๑๘๙ ๓๗๐๐๘]  
[ ]

ลงชื่อ..... (นางกฤติกานต์ ทองสิงห์) อปท.  
[ นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ ]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หน้ายิ่ง)  
เจ้าหน้าที่งานตรวจสอบและบัญชีอาชญา

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิการทางสมอง

[อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางพรพิศ วงศ์กระโทže เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3710100589276	ที่อยู่ 104 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0968420209	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2498 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดด้านขวา 2 ข้าง อ่อนแรง ให้ดีด ยกแขนไม่สุด เหนือยอดลอดเวลา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจฉัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ ยาพาราเดิน เวชภัณฑ์อื่นๆ พารายเมื่อการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้อิน</li> <li>- อุญญาศัย/ลักษณะที่อุญญาศัย</li> </ul>	<p>การดูแลขยายบ้าคล้ำทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างเวทล้อนทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p>การดูแลขยายบ้าคล้ำเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ [throat]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขาพาร์เจ็ต และกิจกรรมฝึกคลายความเครียด</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  เมต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ช้ำตัวตาย</li> <li>- การพสัตตว์หากล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะสั้น</li> <li>- ระยะยาว           <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชักถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาอาเจียนไปอย่างสงบ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงคดทับ</li> </ul> </li> </ul>	
ผู้ดูแล Care plan นางสาวนัย ศิริโคตรวงค์	เข้าพัฒนาเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] พ.พ.พ. ๒๕๖๖	

ลงชื่อ.....  
นางสาวนัย ศิริโคตรวงค์ ผู้ป่วยบึงงาน [CM]  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....  
(นางสาวทิพรัตน์ ทับสิงห์) อปท.  
[.....]

ลงชื่อ.....  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หนาท)  
เจ้าหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [ยังรายการชดเชยค่าบริการ หมายความ/ราย/ปี]**

ชื่อ น.ส.ศุภรัตน์ อัมพร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5471500002485	ที่อยู่ 25 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0611589853	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2504 [อายุ 62 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: รูปร่างอ้วน ความดันโลหิตสูง ขา 2 ข้างอ่อนแรง หกล้มบ่อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ 66 ค่าจัดซื้อ <sup>1</sup> เวชภัณฑ์ที่จำเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังน้อยลง ชา</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- สามารถเสื่อมผ้าءเองไม่ได้</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อุญ่าอาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> <li>- อาหารทางการแพทย์</li> <li>- สายเปลี่ยนออกซิเจน</li> <li>- ทิชชู/เปียก</li> <li>- ผ้าอ้อมสำเร็จรูป</li> <li>- ชุดทำแผลสำเร็จรูป</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การดูแลพยาบาลทั่วไป</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- สะโพก [hip]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</li> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความบันคุณในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> <li>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</li> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะสัมปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- แผ่นเสริมชีมชับ จำนวน 1 ชิ้น/วัน</li> <li>- ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน</li> </ul>		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การผลัดตกหลุม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- อาการน้ำท่วมช่องท้อง</li> <li>- อาการถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ลมร้อน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระยะสั้น           <ul style="list-style-type: none"> <li>- กรณีต้องดูแลด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 วัน</li> </ul> </li> <li>ระยะยาว           <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มเติบโต</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงคดทับ</li> </ul> </li> </ul>	<p>061-1589853 ๒๕๖๘ ๘ ๗ ๒๓๒๙ ๑๗ ๐๙ ๒๐๒๔</p>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิษฐ์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] [.....] [.....]	

ลงชื่อ..... นางสาวนิษฐ์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[.....]  
หมายความว่าเป็นผู้ดูแล

ลงชื่อ..... [.....]  
[.....]  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาณี วงศ์กุล ภ.ก.ก.ก.ก.)  
เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ..... (นางสาวทิพย์รัตน์ ทองสันทิ)  
[.....]  
ผู้ดูแลผู้ป่วย

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิงพิการณาสันบสนับ  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิง [อธิการเขตเชยค่าบริการ เหมาฯ/ราย/ปี]

ชื่อ น.ส.ใบศรี วงศ์ฝ่ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700027646	ที่อยู่ 9 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0871288140	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2520 (อายุ 46 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รูปร่างอ้วน เดียว ไม่สมส่วน พิการ ข้อเท้าบิด เดินลำบากใช้มือเท้าตลอด มีภาวะซึม เสร้า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาฯรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งผิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาฯรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เศรษฐแต่เดื่อนปี 66 ค่า จัดซื้อ药材วัสดุที่จำเป็นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลันปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิต</li> <li>- สามารถใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ข่าวเหลือติดเองไม่ได้</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก [อ/oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
<b>ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b> <b>มีความต้องการ/ควรได้รับ</b>		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- ผู้สูงอายุยากทำร้าย</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ดึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	เข้าใจเจ้าหน้าที่ชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <b>นาย วัน พัฒนา</b> <b>ลงชื่อ.....</b> <b>ลงชื่อ.....</b> <b>ลงชื่อ.....</b> <b>นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)</b> <b>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ....</b> <b>ลงชื่อ.....</b> <b>ลงชื่อ.....</b> <b>ลงชื่อ.....</b> <b>(นางสาวนิภาพร วงศ์หนานายไกค)</b> <b>เจ้าหน้าที่การเงิน</b> <b>เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาชญา</b>	

ลงชื่อ.....  
**ลงชื่อ.....** **ลงชื่อ.....** **ลงชื่อ.....**  
**นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)**  
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ....**  
**ลงชื่อ.....** **ลงชื่อ.....** **ลงชื่อ.....**  
**(นางสาวนิภาพร วงศ์หนานายไกค)**  
**เจ้าหน้าที่การเงิน**  
**เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาชญา**

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิเศษในสังคม**  
**งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ หมายราย/ราย/ปี]**

ชื่อ นายเจียง วงศ์กระโจน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700029703	ที่อยู่ 40 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0982271088	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 02 เดือน มกราคม พ.ศ. 2495 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รูปร่างผอม ปวดขา เดินลำบาก	
สถานะลูก寡/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงจิตอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้อิน</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- อายุอาคัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลเพยานาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล่อนทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลเพยานาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จูบก [kiss]</li> <li>- ช่วยป้า [օรอก]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมฝ่อบคลายความเครียด</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี เมื่อต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การหลัดหลوหัวใจ</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ผู้สูงอายุลูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ลมน้ำ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะสั้น</li> <li>- ระยะยาว</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ดึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ทิ้งยาอาคัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลกัดทับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนี้ย์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ลายมือ/ผู้ป่วย] <i>นายพัชร์วุฒิ วรรธนะ</i>	

ลงชื่อ..... นางสาวนี้ย์ ศิริโคตรวงค์ .....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [..... พยานหลักฐานที่มาทั่วไป .....]  
 ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนานไกด์]  
 เจ้าหน้าที่การเงิน วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..... *พ.* ๑๙ ๐๗ ๒๕๖๖ ๐๗ ๐๗ ๒๕๖๖  
 (นางฤทธิ์รัตน์ ทองสิงห์)  
 นางพัชร์วุฒิ วรรธนะ ผู้ดูแล

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางร่างกายและจิตใจ**  
**งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางร่างกายและจิตใจ/รายปี**

ชื่อ ต.ช. ทศพร พ่อเสีย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1480700177650 เกิดวันที่ 29 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2539 (อายุ 27 ปี) สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางร่างกายในกลุ่มที่ 3	ที่อยู่ 82 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอุตสาหกรรม[ที่ติดต่อ] วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการขาทั้งสองข้าง มีครรภ์ มีหูเจ็บ มีแผลที่ขาท่อนล่างซ้าย	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพยาบาล เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง		ประเด็นปัญหา/ความต้องการ การดูแล
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้มีความต้องการ/ควรได้รับ		- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถถ่ายน้ำออกจากตัวได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อุญญาติ/ลักษณะที่อยู่อาศัย
ข้อควรระวังในการให้บริการ		- การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ] - ทำความสะอาดร่างกายและสีงแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ [throat] - ช่องปาก [oral] - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมฝึกหัดด้านความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	เขียนเจ้าหน้าที่ชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [นายติ/ผู้ป่วย] ลงชื่อ _____ วันที่ _____	

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ .....ผู้บัญชาติงาน [CM]  
 พยาบาลวิชาชีพชั้นนำดูแล  
 ลงชื่อ..... (นางสาวนิภาพร วงศ์หนานี้) เจ้าหน้าที่การเงิน  
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชารายรับ

ลงชื่อ..... ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....  
 (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์) ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....  
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....  
 ลงชื่อ..... ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

096 076055

2

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับการจัดดำเนินการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางร่างกายที่ต้องพึ่งพิง [อัตราการขาดเดย์ค่าบริการ เนมาร์จาย/ราย/ปี]**

ชื่อ นายอัน วงศ์กระซิช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700028359 เกิดวันที่ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2487 [อายุ 79 ปี]	ที่อยู่ 20 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอห្ហาศพ/[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสันับสนับ	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติจัดต้อยในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสันับสนับงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท  โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพยาเต็น เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- อุญญาติ/ลักษณะที่อุญญาติ</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างเวทล้อนท้าไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ [throat]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน</li> <li>- ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
<b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b> <input checked="" type="checkbox"/> เมต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> </ul>	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 วัน</li> </ul>	ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชักถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถแลกเปลี่ยนได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาหากไม่อย่างลงตัว</li> <li>- ที่อุญญาติเหมาะสม</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพกัดทับ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศรีโคตรวงค์	ผู้รับผิดชอบ Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ลงนาม 09 มกราคม 2566	
ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศรีโคตรวงค์ พยาบาลวิชาชีพชั่วคราว	ลงชื่อ..... (ผู้ดูแลชั่วคราว ท้องถิ่น) ลงนาม 09 มกราคม 2566	
ลงชื่อ..... นางสาวนิภาพร วงศ์พันธ์ไกค์ เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาชญา	ลงชื่อ..... (บัดดี้ชั่วคราว ท้องถิ่น) ลงนาม 09 มกราคม 2566	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสัมนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิงพิจารณาสันับสัมนา  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ หมายจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางพิศนา วงศ์ฝ่ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700027689 เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2492 [อายุ 74 ปี] สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสันับสัมนา เป็นผู้มีภาวะพิ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1	ที่อยู่ 10 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] D936907452	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: โรคเบาหวาน ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ความดันโลหิตสูง ชาอ่อนแรง รู้สึกง่วงนอน		ประเด็นปัญหา/ความต้องการ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้อิน</li> <li>- อุญ่าคาย/ลักษณะที่อุญ่าคาย</li> <li>- ข่ายเหลือตันของไม้ไผ่ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการต่อรองชีวิต</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- สมสื่อสื่อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>		การดูแล
<p><b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b></p> <p><b>มีความต้องการ/ควรได้รับ</b></p> <p><b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b></p> <p>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การกินอาหาร/ลักษณะอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลิตภัณฑ์เคียงรากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าดด - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ลมหนาว - การหลัดหลักกลั้ม</p> <p>ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์</p> <p>นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>(นางสาวนิภาพร วงศ์หนานใจดี) เจ้าหน้าที่การเงิน</p>		
<p><b>เนื้อหาการดูแล</b></p> <p><b>ระยะเวลา</b></p> <p>ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 4 วัน</p> <p>ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท่องอุญ่าคายเหมือน</p> <p>ให้ปลดภัยต่อผู้สูงอายุ</p> <p>ลงชื่อ ผู้ดูแลท่านทราบ [.....] ลงชื่อ ผู้รับบริการ [.....] ลงชื่อ ผู้รับบริการ [.....]</p>		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันบสนุนการดูแลรายบุคคลที่มีภาวะพิจารณาสันบสนุน  
งบบริการสาธารณะสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิจารณาสันบสนุน [อัตราการขาดช่วงค่าบริการ หมายความ/ราย/ปี]

ชื่อ นายสุรัตน์ ใจเตียง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3490400141249 เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2497 (อายุ 69 ปี)	ที่อยู่ 65 หมู่ 6 ถนน บนาแก จังหวัดพะเยา หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อ) 0854622070	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจารณาสันบสนุนในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ 60% ค่าจัดซื้อ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้อิน</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็งขา</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยหล่อคล่องطا</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อุญ脚เสีย/สักขยณะที่อุญ脚เสีย</li> <li>- อาหารทางการแพทย์</li> <li>- สายเปลี่ยนออกซิเจน</li> <li>- ทิชชูเบปิก</li> <li>- ชุดทำแผลสำเร็จรูป</li> <li>- ผ้าอ้อมสำเร็จรูป</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ต้า [buyes]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- หู [eart]</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แผ่นเสริมชิ้นชับ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</li> <li>- ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน</li> </ul>	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เนื้อหาหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหล่น</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>“งัน”ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>สูงอายุยกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จน้ำ</li> </ul>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 วัน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ท้อญอ้อคิดเห็นมาก</li> <li>- มีอุบัติเหตุ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มชื้น</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัย</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	

ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนี้ย ศิริโคตรวงค์

นางสาวนี้ย ศิริโคตรวงค์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
เข้าพบเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติงาน Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

๙๖๗ ๑ ๑๒๐๖๘๔

ลงชื่อ..... (ผู้จัดทำที่ระบุข้างต้น)  
[.....] ผู้จัดทำ (ผู้ดูแล)  
ลงชื่อ..... (ผู้ปฏิบัติงาน CM)  
[.....] ผู้ปฏิบัติงาน CM

ลงชื่อ.....  
[.....] เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนานโยก)  
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาชญา

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิการทางร่างกาย/รายปี  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิการ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนมาราย/ราย/ปี]

ชื่อ ต.สธ.สธชัย เคียรกรังゴก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700302566	ที่อยู่ 63 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0934943777	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 14 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2497 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : อัมพาต นั่งรถเข็น มือหาย 2 ข้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิการชั้ดอยู่ในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพยาบาล เวลาวันที่อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อเข็น ฯ</li> <li>- มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- สามารถลืมได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยคำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ [throat]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมฝ่ายครอบครัว</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะพิการที่มีภาวะตื้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/ล้างอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลลัพธ์คี่ยงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</li> </ul>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พิ้นฟุ้สภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 สัปดาห์</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 สัปดาห์</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชักถ่ายเองได้</li> <li>- ปฏิบัติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ท้อถужาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เที่ยงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดผลกดทับ</li> </ul>	<p>๑๘๙-๘๐๓๓๔๖๒</p> <p>๔๗๑๙๗๑๑๗๔๙๘๐๓๓๔๖๒</p>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนี้ย์ ศิริโคตรวงค์	เข้าพำนีหันขอนกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ลงชื่อ.....	

ลงชื่อ..... นางสาวนี้ย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ป่วยบัติงงาน [CM]  
พญานาควิชานี พัฒนาวนยการ ]

ลงชื่อ..... (นางสาวนี้ย์ ศิริโคตรวงค์ อปท.  
[ ] )

ลงชื่อ..... [ ]  
(นางสาวนี้ย์ ศิริโคตรวงค์ จ้าหน้าที่การเงิน  
เจ้าหน้าที่บัญชี)  
เจ้าหน้าที่บัญชีและบัญชีอาชญาล

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิพากษาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิพากษา [อัตราการดูแลเชิงค่าบริการ เหน่าจ่าย/รายปี]

ชื่อ นายพงษ์ แสนสุกา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700030132 เกิดวันที่ 03 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2488 (อายุ 78 ปี)	ที่อยู่ 48 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสันับสนุน	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ชื่อผู้สูงอายุเพื่องด้วย : หนองหิด เก้าที่ ติดสุรา วิตเวช ชื่อเข้าเสื่อม เช่าโงงชื่อเสื่อม	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิพากษาด้วยในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสันับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพานเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ  - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - อุญญาติ/ลักษณะที่อยู่อาศัย - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถกินอาหารได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป  - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ] - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มี... มติของผู้ดูแลรับ ชื่อควรระวังในการให้บริการ		การดูแลพยาบาลเฉพาะ  - ช่องปาก [oral] - คอ [throat] - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมฝ่ายครอบครัวความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านสุขภรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์  ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เจ้าหน้าที่การเงิน	เป้าหมายการดูแล  ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต่ำ  - กินอาหารเองได้/ชักถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจางไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เตรียมได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนอนนานๆ - ไม่เกิดแพลกัดทับ	ลงชื่อ..... (นางทัยรัตน์ ทองสิงห์) นักพัฒนาชุมชนบ้านหนองหิด

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [นาย/ผู้ป่วย]

ลงชื่อ.....  
๖๘.๖๗๔๒ กบ.๖๐๖๐๖๐๖๑๖๑๐๙  
อปท.

ลงชื่อ.....  
[นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์]  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันบสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิจารณาสันบสนุน  
งบประมาณสุขสานหับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิจารณาสันบสนุน [อัตรากำไรเฉลี่ยค่าบริการ เหนาฯ/ราย/ปี]

ชื่อ นางวันนา วงศ์ฝ่ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700027972 เกิดวันที่ 11 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2479 [อายุ 87 ปี] สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาฯรายปีที่ ขอรับการสันบสนุน เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิจารณาในกลุ่มที่ 2	ที่อยู่ 88 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0934649356 วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ขาอ่อนแรง รู้สึกง่วง หลงลืม กลืนลำบาก เหนื่อยตลอดเวลา	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
ขอรับการสันบสนุนงบประมาณเหมาฯรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี ๖๖ ค่าจัดซื้อ <sup>1</sup> รถเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง		ประเด็นปัญหา/ความต้องการ การดูแล
<p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ไม่ต้องการ/ควรได้รับ</p> <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/ส่าลักษณะอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- การหลงทาง</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ลมหนาว</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้อิน</li> <li>- อุญ่าอาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลส่วนที่ไว</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ [throat]</li> <li>- ช่องปาก [oro]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมส่วนตัว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ [  ] (นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ วงศ์ฝ่ายแดง) เรียนรู้ที่การเงิน เจ้าหน้าที่การเงิน	เข้าใจเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ลงชื่อ..... (นางฤทัยรัตน์ ทองศิริฯ) นักพัฒนาชุมชน/วิสาหกิจ	

ลงวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๖

๑๙ มกราคม ๒๕๖๖

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิพากษาสันับสนุน  
งบประมาณสุขสำราญรับผู้ที่มีภาวะพิพากษาสันับสนุน [อัตราการดูแลเชี่ยวชาญค่าบริการ เหน่าฯ/ราย/ปี]**

<b>ชื่อ นายประเมศ จันทร์แก้ว</b> <b>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470400442079</b> <b>เกิดวันที่ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2499</b> <b>[อายุ 67 ปี]</b>	<b>ที่อยู่ 72หมู่ที่ 06 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม</b> <b>หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0808105139</b>	<b>วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566</b>
<b>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</b>  <b>เป็นผู้มีภาวะพิพากษาอยู่ในกลุ่มที่ 1</b>  <b>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท</b> <b>โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสดูแลต่อเนื่องปีละค่าจัด ซื้อเวชภัณฑ์ รถพานิช เครื่องออกกำลังกาย ที่ จำเป็นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง</b>		<b>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</b>  <b>การดูแลและรักษาที่สำคัญ</b>  <b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b>  <b>มีความต้องการ/ควรได้รับ</b>  <b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การหลอกลวง</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- การหลงทาง</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</li> </ul>		<b>เป้าหมายการดูแล</b>  <b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 สัปดาห์</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มืออาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดผลกดดัน</li> </ul>
<b>ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงศ์</b>  <b>ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงศ์ พยานาควิชาชีพช่างรายการ</b>  <b>ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน</b> <b>[นางสาวนิภาพร วงศ์ภูมิใจ]</b> <b>[เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส]</b>		<b>เข้าพบเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]</b> <span style="font-size: 2em; color: red;">* ห้ามนำเข้าสู่ระบบ康復中心*</span>

๒๗๑ วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ.....  
 (นางฤทธิ์ ทองสิงห์)  
 นักพัฒนาชุมชนประจำตัว

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันบสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติการณาสันบสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติ [อัตราการดูแลเชี่ยวชาญค่าบริการ หมายจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางจอมแพง วงศ์ชาชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700029339 เกิดวันที่ 02 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2486 (อายุ 80 ปี)	ที่อยู่ 33 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน เงินผู้มีภาวะพิบัติอยู่ในกลุ่มที่ 2	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลงลืม เดินตลอดเวลา ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพานิช เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- อุญญาคีย์/สักขยณ์ที่อยู่อาศัย</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> </ul>	<p>การดูแลเพย์บາลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบชั้นนำ ([ปัสสาวะ])</li> <li>- การช่วยในระบบชั้นต่ำ ([อุจจาระ])</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p>การดูแลเพย์บາลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สมอง [Brain]</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน</li> <li>- การปลูกภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
มีความต้องการ/ควรได้รับ ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การผลิตตกหล่น</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- การหลงทาง</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุยากทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง ลมหายใจ</li> </ul>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 สัปดาห์</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชักถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เดียงพอ เพิ่มขึ้น</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ลงชื่อ : นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ พยานาลวิชาชีพชั่วคราวฯ เจ้าหน้าที่การเงิน ลงชื่อ : พยานาลวิชาชีพชั่วคราวฯ วงศ์หนาภัยกด [รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและนายกรัฐมนตรี]	<p>หากเจ้าหน้าที่ขอรับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] จวบ 2021/2022 วันที่ 25/2566</p> <p>ลงชื่อ : [ลายเซ็น] [นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์] นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ</p>	

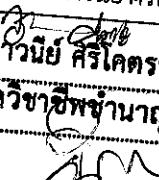
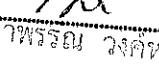
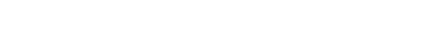
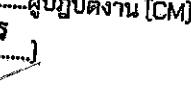
**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันบสนุนการดูแลบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ**  
**งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]**

<b>ชื่อ</b> นายส่ง วงศ์ฝ่ายแดง <b>เลขบัตรประจำตัวประชาชน</b> 3480700029355 <b>เกิดวันที่</b> 27 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2516 <b>[อายุ 50 ปี]</b>	<b>ที่อยู่</b> 72 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม <b>หมายเลขโทรศัพท์</b> (ที่ติดต่อ) 0808105139	<b>วันที่จัดทำ</b> 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
<b>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่</b> <b>ขอรับการสนับสนุน</b> <b>เป็นผู้มีภาวะพิบัติจิตด้วยในส่วนที่ 1</b> <b>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปีที่ 0 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง</b>	<b>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</b> <b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะก้อนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มี มต้องการ/ควรได้รับ</b>	<b>การดูแล</b> <b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้อมท้าไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ [throat]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมฝ่ายครอบครัว</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมร่วม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
<b>ชื่อควรระวังในการให้บริการ</b>	<b>เป้าหมายการดูแล</b> <b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 สัปดาห์</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชักถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจางไปอย่างสงบ</li> <li>- ท้อยุ่ง่ายเหมะสม</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดผลกดดับ</li> </ul>	
<b>ผู้จัดทำ Care plan</b> นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ <b>ลงชื่อ.....</b> นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ .....ผู้ปฏิบัติงาน (CM) <b>(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)</b> <b>[นางสาวนิย์ วงศ์ฝ่ายแดง]</b> .....เจ้าหน้าที่การเงิน <b>[เจ้าหน้าที่งานการเงิน]</b>	<b>เข้าพบเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]</b> <b>ลงชื่อ.....</b> <b>อปท.</b> <b>[นายพัชรัตน์ พงษ์สิงห์]</b> .....หัวหน้าหมู่บ้านปฏิบัติการ	

๗๐๒/๑๖๙ ๘๘๖๙

๗๐๒/๑๖๙ ๘๘๖๙

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิจ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]**

<b>ชื่อ นางเที่ยง เทื้อต่ออ่อน</b> <b>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700029487</b>	<b>ที่อยู่ 35 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม</b> <b>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0616385745</b>	<b>วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566</b>
<b>เกิดวันที่ 01 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2479</b> <b>(อายุ 87 ปี)</b>	<b>วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3</b> <b>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูงข้อเข่าเสื่อม วิงเวียนศรีษะ</b>	
<b>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</b>	<b>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</b>	<b>การดูแล</b>
<b>เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิจด้อยในกลุ่มที่ 1</b>  <b>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท</b> <b>โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่องปี ๖๖ ค่าจัดซื้อ รถพยาบาล เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซื้อมเคร้า/นอนไม่หลับ</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสีงแฉล้อตัวทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ [throat]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมฝึกศักยภาพความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การช่วยเหลือด้านสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสีงแฉล้อตัว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
<b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มี... เมต้องการ/ควรได้รับ</b>		
<b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สាляกอาหาร</li> <li>- การท้าร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง ลมหนาว</li> </ul>	<b>เป้าหมายการดูแล</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ระยะสั้น           <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใต้ 1 เดือน</li> </ul> </li> <li>ระยะยาว           <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชักถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจางไปอย่างสงบ</li> <li>- ท้อญื่นอ่อนเพลีย</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงก์ทับ</li> </ul> </li> </ul>	
<b>ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงค์</b>  <b>นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงค์</b> <b>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</b> 	<b>เข้าใจเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]</b>  <b>ลงชื่อ 1 ท่าน [ชื่อ/นามสกุล] [ชื่อ/นามสกุล]</b> <b>อปท. หนองนา จ.หนองนา</b>  <b>20/07/2566</b>	
<b>ลงชื่อ</b> <b>(นางสาวนภาพร วงศ์นายไกรด)</b> <b>[ชื่อผู้ดำเนินการดูแลบุคคล]</b>	<b>เจ้าหน้าที่การเงิน</b> 	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิการและสูญเสียความสามารถทางการคิด**  
**งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ หมายจ่าย/รายปี]**

<p>ชื่อ นายบาน พวงค์อุ่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700033930</p> <p>เกิดวันที่ 03 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 72 ปี)</p> <p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p> <p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วยในกลุ่มที่ 1</p> <p>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพยาบาล เวชภัณฑ์อื่นๆ เฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง</p> <p>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ลักษณะที่ต้องการ/ควรได้รับ</p>	<p>ที่อยู่ 95 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0890531292</p> <p>วินิจฉัย : ADL=11, TAI=BB ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการ ขาขาด เหนื่อยง่าย</p> <p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566</p> <p>การดูแล</p>
<p>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้          - กลืนลำบาก          - ความสามารถในการมองเห็น          - ความสามารถในการได้ยิน          - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย          - รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา          - ไม่สามารถกินอาหารได้          - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p>		<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป          - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]          - การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]          - การอาบน้ำ          - การเคลื่อนย้าย          - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป          - โภชนาการ</p> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ          - คอ [throat]          - ช่องปาก [oro]          - บริการพิเศษอื่นๆ          - สุขภาพจิต และกิจกรรมฝ่ายกายภาพเรียนรู้          การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม          - การบริการด้านอุปกรณ์          - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม          - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว          - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมส่วนตัว          - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/ส้วมอาหาร</li> <li>- การทารักษาต้นของและผู้อื่น/ช่วยดูดทราย</li> <li>- การผลัดตกหลุม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง ลมหายใจ</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>		<p>เป้าหมายการดูแล</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำให้ผู้ดูแลประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ยังสามารถไปอย่างสงบ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้utches ประโยชน์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงคดทับ</li> </ul>
<p>ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงศ์          พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ [ผู้ปฏิบัติงาน (CM)]</p> <p>ลงชื่อ..... (นางสาวนิย์ วชิราษฎร์)          (เจ้าหน้าที่การเงิน)</p> <p>ลงชื่อ..... (นายวุฒิชัย วงศ์สิงห์) อปท.          [..... วันที่ ๑๙/๐๑/๒๕๖๖]</p>		

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงศ์

[..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ]

ลงชื่อ..... (นางสาวนิย์ วชิราษฎร์)  
 (เจ้าหน้าที่การเงิน)

เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสมองสุนัข [อัตราการขาดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายวิรัตน์ วงศ์อุดม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700403681	ที่อยู่ 88หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม นายเลขาทรัพพ์(ที่ศิริต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน เมษายน พ.ศ. 2480 [อายุ 86 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : คลื่อนไหวลำบาก ติดเตียง มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อหั้งขา เช่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางสมองสุนัขในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กายอุปกรณ์ช่วยในการเดิน สวีชาชีพเมื่อน้ำเป็น 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขนขา	การดูแลเพียง basal ทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลเพียง basal เฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านลังคอม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกล้ามปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลักดันกล้าม - การรับประทานยาพิเศษ/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิราวดี ศิลาอุดม	เข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	ลงชื่อ..... ลงชื่อ..... อาช. (นางฤทธิรัตน์ ทองสิงห์) ชกพนนชบภบตการ

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นาง จิราวดี ศิลาอุดม ]

ลงชื่อ..... เศียหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนานย์)  
เจ้าหน้าที่บัญชี

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสมองสัมบูรณ์  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสมองสัมบูรณ์ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

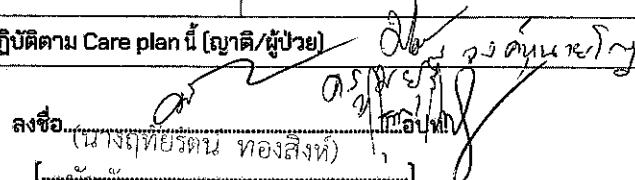
ชื่อ นางหงษ์คำ วงศ์อุดม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700403699	ที่อยู่ 88 หมู่ที่ 07 ต.พินาณ อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสพื้นที่ (ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 02 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2488 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคสี่อนไข้ร้าบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง โรคหัวใจ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสันับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางกลุ่มที่ 1 ขอรับการสันับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี สมุนไชยเพียงบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความย่อ弱 ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซื้มเคร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อครัวระร่วงในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพัฒนาทักษะ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเคร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	1. ระยะสั้น 27 ตุลาคม 2566 2. ระยะยาว 27 ตุลาคม 2566 069-9488194.
ผู้จัดทำ Care plan นางจิราวดี ศิริอุดม	เข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	

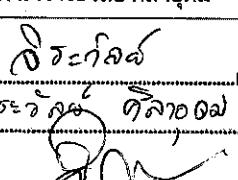
ลงชื่อ.....  
[ นาง จิราวดี ศิริอุดม ]  
ลงชื่อ.....  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์งาม ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์งาม ]  
เจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ

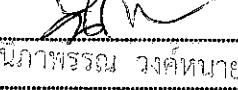
ลงชื่อ.....  
[ นางฤทธิรัตน ทองสิงห์ ] อปท.  
ลงชื่อ.....  
[ นางพัฒนา ธรรมนูนบุญบุตร ]

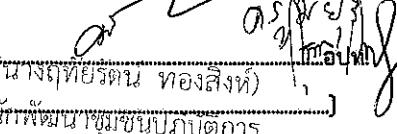
0856489341 (๐๗๖)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิจารณาสันับสนับ  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางมยุรี วงศ์หนาทยก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700402234	ที่อยู่ 127หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 29 เดือน กันยายน พ.ศ. 2503 [อายุ 63 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : อาศัยอยู่ในบ้านเดี่ยว ติดบ้าน มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสันับสนับ	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงด้วยไข้ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสันับสนับงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เ洁ลและถุงอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- มีความย่อหย่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็งขา  - ไม่สามารถเดินทางไปทำงานได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<b>การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</b>		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดดอกกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น  ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้ดูแล Care plan นางจิระวัลย์ ศิลารุณ	เข้าพบเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] 	

ลงชื่อ.....  ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[..... จ.ราชบุรี ๑๘๐๐๙]

ลงชื่อ.....  เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนภาพร วงศ์หนาทยก)  
เข้าพบเจ้าหน้าที่กับการเงินและบัญชี

ลงชื่อ.....  ผู้รับบริการ  
[..... จ.ราชบุรี ๑๘๐๐๙]

0999439411

๙๓

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการขาดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางแก่น วงศ์เทราษ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700228447	ที่อยู่ 199หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม นายเลขาไกรศพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2478 [อายุ 88 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประชื้อปวดขา ตาเห็นไม่ชัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงต้องอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคำ เหล็กอ้อยลอกสี ขาด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี สาขาวิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ดูแลฯ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นบัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดตกหลุม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุที่ห้าร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง ฯลฯ	ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางจีระเวรีย์ ศิลาอุดม	เข้าพบเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] 11/08/2565 เวลา 10:00 น. ณ บ้าน [.....]	

ลงชื่อ..... จีระเวรีย์ ศิลาอุดม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [.....]  
 [.....] นาง จีระเวรีย์ ศิลาอุดม

ลงชื่อ..... บุญเรือง คงกระพัน ทองสิงห์ อปท.  
 [.....]  
 [.....] บุญเรือง คงกระพัน อบรมปฏิบัติการ

ลงชื่อ..... นางสาวนิติพร ธรรมรงค์ หมายเลขโทรศัพท์ เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]  
 [.....] เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชีวศึกษา

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางร่างกายและ/or ความจำเสื่อม [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนือจ่าย/ราย/ปี]

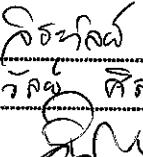
ชื่อ นางปราศรัย วงศ์อุคະ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700481274	ที่อยู่ 117 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสพท.[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
แก่ครัวที่ 13 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2498 [อายุ 68 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลงลืม ความอ่อนแรง แขนขา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงด้อยโอกาสในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เ洁เอ ลกอขอครลส 1 ขาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ห่อ/ปี ไม้เท้าสามขา รถพานเดิน	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเคร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลเพยานาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะเวลา - ระยะเวลา - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิรารัตน์ ศิลาอุคณ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	ลงชื่อ..... ลงชื่อ..... อาช. [..... ลงชื่อ..... ทองเรือง ] [..... ลงชื่อ..... ท่องเรือง ] [..... ลงชื่อ..... ชุมชนปฏิบัติการ ]

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[..... ลงชื่อ..... ตีลาก ]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
[..... ลงชื่อ..... นางสาวนิภาพร วงศ์นายนายไกด์]  
[..... ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการดัดปรับร่างกายสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติการมาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน้าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายสมพล วงศ์อุคง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480790013751	ที่อยู่ หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม นายเลขไทรศิพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2493 (อายุ 73 ปี)	วิธีจัดซื้อ : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปวดหัวปอดเจ้า ตาเห็นไม่ชัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ <sup>การสนับสนุน</sup>	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งถุงประคำ เครื่องแยกหอยออลล์ ขาด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ฯ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น  ระยะยาว - ท้อญำศักย์เหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้สูปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้ดูแล Care plan นางริระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <span style="float: right;">๖๔๒๙</span>	

ลงชื่อ.....  ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[ นาง ริระวัลย์ ศิลาอุดม ]

ลงชื่อ.....  เจ้าหน้าที่การพิน  
[ นางสาวนิศาพัฒนา ภูรีกานต์ ]  
[เจ้าหน้าที่การพิน ]

ลงชื่อ.....  อปท.  
[ (นางฤทธิรัตน์ ทองสิงห์) ]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิการถาวรสุนัข  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางบุญยัง วงศ์เทวราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700403184	ที่อยู่ 77 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม นายเลขาทรศพน์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 09 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2490 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสันบสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิเศษในครุฑี 1 ขอรับการสันบสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หน้อ นึงลูกประกอบ เคลลและกอชอลล์ 1 ชุด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี ไม้เท้าสามขา สาขาวิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- กล้ามปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเมือแข็ง ขา	การดูแลพยายามทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] การดูแลพยายามเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดแทรกกล้าม	ระยะสั้น  ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระรัตน์ ศิลาอุดม	เข้าใจเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นาง จิระรัตน์ ศิลาอุดม ]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ นางสาวนิภาพร วงศ์ทุม ]

ให้พนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ..... อปท.  
[ นางกุหลาบ ทองสิงห์ ]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

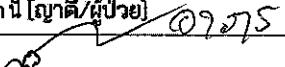
แผนกรูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติการณ์สนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนือจ่าย/ราย/ปี]

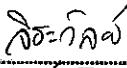
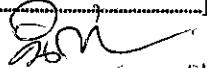
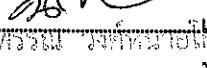
ชื่อ น.ส.มะลิวน วงศ์เทราษ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700482041	ที่อยู่ 28 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสพ่อ(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 มกราคม พ.ศ. 2566
หลักฐานที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2491 (อายุ 75 ปี)	วิภารัชย์ : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติด้อยในก่อนที่ 1. ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สาขาวิชาชีพเยี่ยมบี๊ล 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
จัดการระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การผลัดตกหล่ม	ระยะสั้น ระยะยาว	
ผู้ดูแล Care plan นางจิรารัตน์ ศิลาอุดม	เข้าพัฒนาเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] 	

ลงชื่อ.....   
[ นาง จิรารัตน์ ศิลาอุดม ]  
ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ 67 กิริ-๑๗๙ ]  
ลงชื่อ.....   
เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ ใบใบส่วนบิน ใจพัฒนา ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ.....   
[ นางฤทธิ์รัตน์ ทองสุข ]  
อปท.  
[ นักพัฒนาชุมชนบูรพา ]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางกายภาพ แบบรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางกายภาพ เน้นการดูแลช่วยเหลือ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ น.ส.อาการ บุ่งคำคุณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700483404	ที่อยู่ 48 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 27 เดือน กันยายน พ.ศ. 2499 อายุ 67 ปี	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปอดซื้อปอดเช่า ตาเห็นไม่ชัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการดูแลสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางกายภาพในกุญแจที่ 1 ขอรับการดูแลสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา	การดูแลเพย์บาร์ทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] การดูแลเพย์บาร์ลงพาง การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพเวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อครัวระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
การผลัดดอกกลั้น - การรับประทานยาพิเศษ/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ	ระยะเวลา - - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้ดูแล Care plan นางจิระวัลย์ ศิลากุล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] 	07/05

ลงชื่อ  ผู้ป่วยบดีajan (CM)  
[ นางจิระวัลย์ ศิลากุล ]  
  
ลงชื่อ  เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ นางสาวนรินทร์พร วงศ์พันธุ์ ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ  อปท.  
[ นางฤทธิรัตน์ ทองสิงห์ ]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิการถาวรสัมบูรณ์  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติ [อัตราการขาดช่วงค่าบริการ เหนาร้าว/ราย/ปี]

ชื่อ นางวรรณภา เพ่าเงินงาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700402706	ที่อยู่ 68 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เดือนที่ 08 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 [อายุ 62 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปอดชักปวดขา ตาเห็นไม่ชัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติด้อยคุณลักษณะที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคำ เครื่องแยกหอยออลรี 乍瓦ด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สาหร่ายซีฟ เยี่ยมปีละ 2 ครั้ง	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ชา	การดูแลพยายามทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยายามเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพเวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระบุในกรณีหัวบริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดตกหลุม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาติด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น  ระยะยาว - ท้อถужาศัยเหมะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิรารัตน์ ศิลาอุดม	เข้าใจเจ็บเข็บกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้บุกรุก] x 20/02/2024	

ลงชื่อ..... จิรารัตน์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางจิรารัตน์ ศิลาอุดม ]

ลงชื่อ..... จิรารัตน์ อปท.  
[ นางสาวจิรารัตน์ ทอยสิงห์ ]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิติภรณ์ วงศ์สุธรรมากต.)  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอ.-๙

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพีคารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพีค [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางพันธ์ วงศ์มาบุตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700403231	ที่อยู่ 66หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม นายเลขที่บ้าน[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2492 (อายุ 74 ปี)	วินัยดี : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทึ้งขา เช่น	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งพีคต้องอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เคลื่ออ ลักษณะ 1 ขาด/ปี หนักมาก่อนน้อย 1 กล่อง/ปี ชน วิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/การได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตกหลุม	ระยะเวลา - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้ดูแล Care plan นางจิราวดี ศิลาอุดม	เข้าพบเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] + พยุงค่า	

ลงชื่อ..... *จิราวดี* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นาง จิราวดี ศิลาอุดม ]

ลงชื่อ..... *เจ้าหน้าที่การเงิน*

(นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หน้ายิ่ง)

เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ..... *คงศักดิ์* ยปท.  
[ (นางคงศักดิ์ ทองสิงห์) ]

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ น.ส.พิสิทธิพร อุ่นหล้า เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700483145	ที่อยู่ 136 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสพท/[ที่สิตต่อ]	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 02 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2500 (อายุ 66 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อ่อนแรงครึ่งซีก ปวดซื้อปอด疼	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งผิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สุกประคบ 36 อัน/ปี หน้า นึงสูบประคบ เจลและกอซอลล์ 1 ชุด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความย่อเนียนแรง ของกำลังเมื่อแขวน ขา	การดูแลพยายามทั่วไป - การช่วยในระบบชั้นถ่าย[ปัสสาวะ] - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยายามเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลักดันหก้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิ้งถ่ายอุจจาระลงในถุง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	X พกพาตัวบันทึก
ผู้จัดทำ Care plan นางจิรารัตน์ ศิลปอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] X บันทึก ให้ความยินยอม	อปท. (นางฤทธิ์รัตน์ ห้องสูงห้.) นกพณนาชุมชนปฏิบัติงาน

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย [.....]  
[.....]  
[.....]

ลงชื่อ..... อปท.

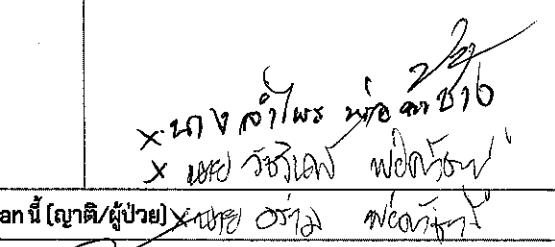
ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หนานโยก)  
เจ้าหน้าที่จัดทำแบบฟอร์ม

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางกายภาพ ประจำเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 [ยัตรารากฐานสุขสำราญที่มีภาวะพิบัติทางกายภาพ หมายความว่า ผู้ที่มีภาวะพิบัติทางกายภาพ หมายความว่า ผู้ที่มีภาวะพิบัติทางกายภาพ หมายความว่า ผู้ที่มีภาวะพิบัติทางกายภาพ]

ชื่อ น.ส.พาติ อุ่นหล้า เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700483129	ที่อยู่ 45หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2492 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคสี่อนไหวสำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง โรคความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางกายภาพ กลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หน้อ นึงลูกประคำ เจรลอกกอชอลล์ ขาวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- กลับบ้านไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลเพียงบานทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลเพียงบานเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นบันสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตทักษะล้ม - การรับประทานยาพิเศษ/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลงจาก จนน้ำ - ผู้สูงอายุลูกทาร้าย	ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้ดูแล Care plan นางจิรารัตน์ ศิลาอุดม	เข้าพบเจ้าหน้าที่ขอรับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>ผู้ดูแล Care plan นางจิรารัตน์ ศิลาอุดม</i> ลงชื่อ..... [.....] <i>ผู้ดูแล Care plan นางจิรารัตน์ ศิลาอุดม</i>	
ลงชื่อ..... [.....] <i>เจ้าหน้าที่การเงิน</i> นางสาวนิรดาพร วงศ์หนานย์ ลงชื่อ..... [.....] <i>เจ้าหน้าที่การเงิน</i>	ลงชื่อ..... [.....] <i>นางฤทธิ์ ทองสิงห์</i> อาช. นักพัฒนาชุมชนบ้านปฏิบัติการ	

*ผู้ดูแล Care plan นางจิรารัตน์ ศิลาอุดม*  
ลงชื่อ.....  
[.....]  
*เจ้าหน้าที่การเงิน*  
นางสาวนิรดาพร วงศ์หนานย์  
ลงชื่อ.....  
[.....]  
*เจ้าหน้าที่การเงิน*

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิการมาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายอร่าม พ่อค้าชา้ง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700402340	ที่อยู่ 60 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสพท.[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2500 [อายุ 66 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคสี่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อหั้งขา เช่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง โรคความดันโลหิตสูง อ่อนแรงครึ่งซีก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหนาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงด้อยโอกาสในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหนาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หน้อ นึงลูกประคำ เคลื่อนกอช่องสี 1 ขาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สมาร์ทโฟน เยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง		การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การหลัดตกหล่ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้ดูแล Care plan นางรีระลักษณ์ ศิลาอุตุน	เข้าพเจ้าที่นั่นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาวรีระลักษณ์ ศิลาอุตุน ]

ลงชื่อ..... อปท.  
[ นางฤทธิ์รัตน์ ทองสิงห์ ]  
หัวหน้ากองสาธารณสุขบุรีรัมย์

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
( นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนาด )  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางอ่อนสา อุ่นหล้า เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700482831	ที่อยู่ 42 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 89 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความสามารถในการได้ยิน ความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา กลั้นปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ <sup>การสนับสนุน</sup>	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งผิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 38 ห่อ/ปี เครื่องช่วยฟัง รถพานเดิน	- ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขนขา	การดูแลเพยابةลทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบชั้บถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลเพยابةลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ทิ้งผู้อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นางศิริรัตน์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[นาง ศิริรัตน์ ศิลาอุดม]  
065-5403619

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หนานย์โกก)  
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอวุโส

ลงชื่อ.....   
(นางคุณรัตน์ ทองคงท์)  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิงพิจารณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิง [อัตราการขอเชยค่าบริการ เหนมาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางกล่าว วงศ์อุดม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700030469	ที่อยู่ 5 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสพท.[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2486 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ เคลื่อนไหวลำบาก กลืนปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสันับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งผิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสันับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เ洁อ ลักษณะลีด 1 ขาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สนับน้ำชาชีพลงเยี่ยมบ้าน ปีละ 2 ครั้ง รถพยาเดิน	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดหากลั้น - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	<i>๗๙๙๘ ๒๖๙๕๔๒</i>
ผู้จัดทำ Care plan นางจีระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>๗๙๙๘ ๒๖๙๕๔๒</i>	

ลงชื่อ..... *จีระวัลย์ ศิลาอุดม* ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[ ๗๙๙๘ ๒๖๙๕๔๒ ]

ลงชื่อ..... *เจ้าหน้าที่การเงิน*  
(นางสาวนิภาพร วงศ์พนาภิไชย)  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ..... *อุ.* ผอ. *อุ.* อปท.  
(นางฤทธิรัตน์ ทองสิงห์)  
ผู้อำนวยการชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิงพิจารณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายชุมพล แสนศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700569716	ที่อยู่ 8หมู่ที่ 07 ต.พินาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสพท. (ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2484 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ชื่อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ติดบ้าน ป่วยหลอดเลือดสมอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสันับสนุน	ประดิษฐ์ปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งผิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสันับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เจลแออลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ชา - ความสามารถในการดื่มน้ำ - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสีสีแผลล้มทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ จำนวนต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อครัวระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดตกหล่ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	X ๐๙๓๑ ๑๖๘๗๗ X ๑๐๒๖ ๑๖๘๖๖
ผู้จัดทำ Care plan นางจิราวดี ศิลปอาดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ✓ ๑๖๘๗๗ ๑๕๖๖๖	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นาง จิราวดี ศิลปอาดม ]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนันดาพรรรณ วงศ์หนานย์กุญช์)  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ..... อปท.  
(นางฤทธิรัตน์ ทองสิงห์)  
[ นางฤทธิรัตน์ ทองสิงห์ ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันนักการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิจารณาสันนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการซัดเชียล่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางประนัน อันปัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700403851	ที่อยู่ 111 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอหรัพท์(ที่ดินต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 24 เดือน เมษายน พ.ศ. 2484 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง โรคความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสันนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงด้อยกลุ่มที่ 1  ขอรับการสันนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เ洁สแอล ลอกอชอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สาหร่ายชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขนขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ และความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุที่ทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจีระสวัสดิ์ ศิลปอุดม	เข้าใจเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) X วันที่/ร.ร.ร.ร.ร. ๒๕๖๖ ลงชื่อ _____	

ลงชื่อ..... กีระสวัสดิ์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[ นาง กีระสวัสดิ์ ศิลปอุดม ]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
( นางสาวนภาภรณ์ วงศ์หนาท ยศก )  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ..... (นางคุณยรตน์ ทองสิงห์)  
[ นางคุณยรตน์ ทองสิงห์ ]  
เจ้าหน้าที่งานบัญชีบัญชีการ

*กีระสวัสดิ์*

*อร*

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการดูแลบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิการณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางชุ่น วงศ์ดวงพา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700431391	ที่อยู่ 20 หมู่ที่ 08 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม นายเลิศไทรศิริพพ์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เดือนที่ 08 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2499 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคสื่อนไหวลำบาก ติดบ้าน มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เฟ่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสันับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงด้อยในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสันับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เ洁และลอกอหอลล์ 1 ขาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี สนวิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การหลัดหลกกลั้น - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระรัตน์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ๔๗ ผู้ ๒๑๑๗ กกฯ	

ลงชื่อ..... *จิระรัตน์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นาง จิระรัตน์ ศิลาอุดม ]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนภาพรณ วงศ์หน้ายิ่งโภค)  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ..... *อป.*  
[ (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์) ]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนี้ยว่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางทองมี สุภาพ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700433679	ที่อยู่ 70 หมู่ที่ 08 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2509 (อายุ 57 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเป็นโนนคิดawayเรื้อรัง ฟอกไตทางเส้นเลือด มีอาการเหนื่อยปอดอยครั้ง ขณะ หายใจออกแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงด้อยในกางสุ่นที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ไม่มีท้าสามารถฯ	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขน ขา  - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเคร้า - ท้อแท้จากภาระสูง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลดภัยต่อผู้สูงอายุ
การระบุรายการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น  ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางธีระรัตน์ ศิลากุญจน์	ผู้เข้าเห็นชอบกับการปฏิบัติงาน Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <u>นายดี</u> <u>ลูกชาย</u>	

ลงชื่อ ธีระรัตน์ ผู้ปฎิบัติงาน [CM]  
[ นาง ธีระรัตน์ ศิลากุญจน์ ]

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ นางสาวนิภาพร ธรรมรงค์ ] ตำแหน่ง [บัญชี]  
เจ้าหน้าที่การเงิน ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงชื่อ อ.พ. ผู้ที่รับผิดชอบสิ่งของ  
[ นางฤทัยรัตน์ ท่องสิริ ]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เท่าน้ำจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางทองอุน วงศ์อุคง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700432389	ที่อยู่ 48 หมู่ที่ 08 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอุตสาหกรรม[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2499 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ซ้อมลสุขภาพเบื้องต้น : คลื่นไหวลำบาก ติดบ้าน มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง กลืนลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหนาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประดิษฐ์ปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหนาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี หัวเข็มเย็บบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ภาระน้ำหนักต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ๙๖๑๒ ๗๘๖๗ ๔๗๗๙ ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ลงชื่อ..... ผู้รับผิดชอบ [อ.ท.] [.....] ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน (นางสาวนิภาพร วงศ์หนาทย์กุจ) เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาชญา	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[.....]  
ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หนาทย์กุจ)

ลงชื่อ..... ผู้รับผิดชอบ [อ.ท.]  
[.....]  
ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หนาทย์กุจ)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิงพิการณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ ต.ช.ธีรศักดิ์ หนึ่งเมืองนอก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1479900873071	ที่อยู่ ถนนที่ ๐๘ ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ ๑๑ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖
เกิดวันที่ ๑๘ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๒ (อายุ ๑๔ ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ดาวน์ซินโดรม ข่ายเหลือด้วยตัวเองได้บางส่วน ผู้พิการและต้องโอกาส เคลื่อนไหวลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งพิงตั้งแต่ปีที่ ๒	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขนขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน ๖,๐๐๐ บาท		- การเคลื่อนย้าย
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
ผู้ดูแลรับภาระในการให้บริการ	เข้ามาดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านลังค์
- การผลัดตกหลั่น	ระยะเวลา	- การบริการด้านอุปกรณ์
ผู้จัดทำ Care plan นางจิราวดี ศิลาภรณ์	เข้าพบเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖</i>	- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ

ลงชื่อ..... *ธีรศักดิ์ หนึ่งเมืองนอก* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ]

ลงชื่อ..... *จิราวดี ศิลาภรณ์* เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ]

ลงชื่อ..... *เจ้าหน้าที่การเงิน* ผู้ดูแลรับภาระ  
 [ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ]

ลงชื่อ..... *อ.* ผู้ที่รับผิดชอบ  
 [ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ]

ลงชื่อ..... *นักพัฒนาชุมชนบ้านบึงติ่อม* ผู้ดูแลรับภาระ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิจารณาสันับสนับ  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิจารณาสันับสนับ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายประดิษฐ์ วงศ์ดวงพา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480700016039	ที่อยู่ 112 หมู่ที่ 08 ต.พินาม อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0610971786	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน เมษายน พ.ศ. 2498 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก ติดบ้าน ผู้ป่วยโรคเบาหวานและไตวายเรื้อรัง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสันับสนับ	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิจิตรด้อยในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสันับสนับงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สุกประคบ 36 อัน/ปี เ洁 และ ลอกไขมัน 1 ขาด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ภายนอกกรณีไม่เท่าสามชา	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลเพยบานทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลเพยบานเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมฝ่อบนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรือถ่ายจาระไม่ได้ ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดดักหกซิม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง ฯลฯ จนน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้ดูแล Care plan นางจิราวดย์ ศิลปารัตน์	เข้าใจเจ้าหน้าที่อนกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <u>นางสาวจิราวดย์ ศิลปารัตน์</u> วันที่ <u>๑๖๗</u> ลงชื่อ <u>จิราวดย์</u> ผู้ปฏิบัติงาน (CM) [ นางสาวจิราวดย์ ศิลปารัตน์ ]	
ลงชื่อ <u>เจ้าหน้าที่การเงิน</u> (นางสาวนิภาพร วนิชพานิยมกุล) เจ้าหน้าที่งานการเงิน	ลงชื่อ <u>นางฤทัยรัตน์ ทองศิริชร์</u> วันที่ <u>๑๖๗</u> ลงชื่อ <u>นักพัฒนาทุนชุมชนปฏิบัติงาน</u> (นางฤทัยรัตน์ ทองศิริชร์)	

ลงชื่อ จิราวดย์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาวจิราวดย์ ศิลปารัตน์ ]

ลงชื่อ นางฤทัยรัตน์ ทองศิริชร์ วันที่ ๑๖๗  
ลงชื่อ นักพัฒนาทุนชุมชนปฏิบัติงาน  
(นางฤทัยรัตน์ ทองศิริชร์)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วนิชพานิยมกุล)  
เจ้าหน้าที่งานการเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิง [ยัตราราชด้วยค่าบริการ เท่าน้ำจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางพัว วงศ์ดวงพา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700434802	ที่อยู่ 88 หมู่ที่ 08 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสพท/[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2499 [อายุ 67 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : จิตเวช หลงลืม มะเร็งตับ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นยากพร่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งผิงซึ่งต้องอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลยาลกอยอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลเพียงบางทั่วไป - การช่วยในระบบชีบถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลเพียงบางพอ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
การระดับในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลักดันหากลั้น - การรับประทานยาพิเศษ/ผลลัพธ์เดียงจากการให้ ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุที่จำร้าย - อุบัติเหตุ เม่น ไฟไหม้น้ำร้อนลง จนน้ำ	ระดับสั้น ระดับกลาง - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางริระวัลย์ ศิลาอุ่น	เข้าใจเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] นางริระวัลย์ ศิลาอุ่น	

ลงชื่อ..... *ริระวัลย์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางริระวัลย์ ศิลาอุ่น ]

ลงชื่อ..... *ริระวัลย์* เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ นางสาวริระวัลย์ วงศ์พันย์ ]  
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ..... *พ.* อปท.  
(นางฤทธิ์รัตน์ ทองเชิง) ]  
นักพัฒนาชุมชนชั้นต้น

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ [ยัตราชารชเทียค่าบริการ เนماจ่าย/ราย/ปี]

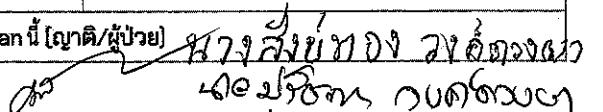
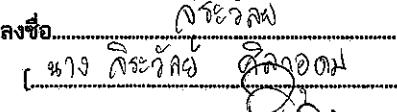
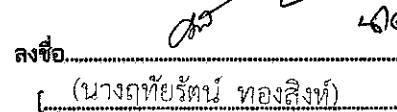
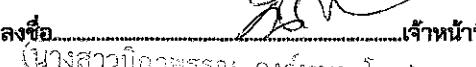
ชื่อ นางพิช วงศ์เสน่ห์ชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700429817	ที่อยู่ 11 หมู่ที่ 08 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0870527597	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2502 (อายุ 64 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน : คุณสื่อในไหว้ล้ำบาก ผู้ป่วยโรคหอบหืด เบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้หายเรื้อรัง มีปัญหาดักล้ามเนื้อท้องชา เจ็บ และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง มีแผลขนาดใหญ่ที่หลัง ผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหนาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเต็งปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางจิตใจกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหนาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคำ เครื่องแยกหอยครัว 1 ชุด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี เท้าทำแฟลช แล้วทิ้ง จำนวน 24 กล่อง/ปี ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดเสริม ฯลฯ ใช้ในการหยอดของแผ่น /ถุงมือใช้แล้วทิ้ง 12 กล่อง/ปี	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบชีวิตถ่าย(ปัสสาวะ) - การคืนสื่อถ่าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ  - การผลัดทดแทน - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล  ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิ้ยอุปกรณ์เหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิราวดี ศิลาอุดม	เข้าพบเจ้าหน้าที่อนันกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	

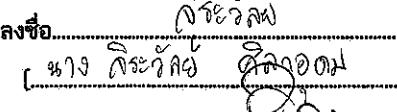
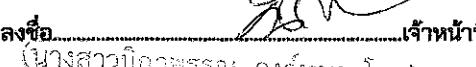
ลงชื่อ.....  
[ นางจิราวดี ศิลาอุดม ]  
ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....  
[ ]  
ญาติ/ผู้ป่วย อปท.

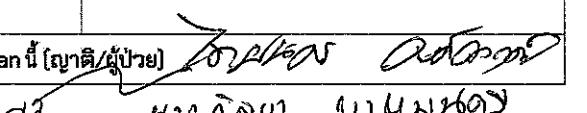
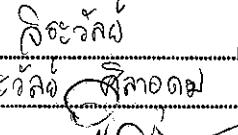
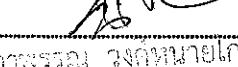
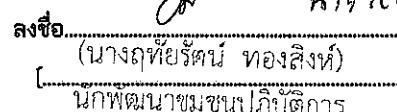
ลงชื่อ.....  
[ ]  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หนานย์เกต)  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

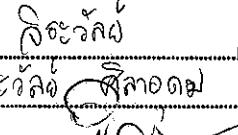
แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิงพิจารณาสันับสนับ  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิง [อัตราการซัดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]

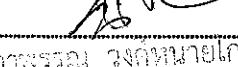
ชื่อ นางสังข์ทอง วงศ์ดวงพา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700433008	ที่อยู่ 112 หมู่ที่ 08 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอร์สพท.[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2499 [อายุ 67 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเป็นดังนี้ มะเร็งเต้านม มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา ผอม กล้ามปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสันับสนับ	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งผิงต้องอยู่ในกุญแจที่ 1 ขอรับการสันับสนับงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี ไม้ เห้าสามขา	- กล้ามปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขนขา	การดูแลเพยายนบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - โภชนาการ การดูแลเพยายนบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกล้ามปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
รวมต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระรัตน์ ศิลปอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]  ลงชื่อ.....  ผู้ปฏิบัติงาน (CM) [ นาง จิระรัตน์ ศิลปอุดม ]	ลงชื่อ.....  (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์) _____ นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ
ลงชื่อ.....  เจ้าหน้าที่การเงิน (นางสาวนิภาพร วงศ์หนาทยิ่ง) เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา		

ลงชื่อ.....  ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นาง จิระรัตน์ ศิลปอุดม ]  
  
ลงชื่อ.....   
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หนาทยิ่ง)  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิจารณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายไทยนคร วงศ์ต้ำทำ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700228307	ที่อยู่ 17 ม.8 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0821230531	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2505 [อายุ 61 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เส้นเลือดในสมองตีบ เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงต้องอยู่ในกุศลที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กายอุปกรณ์ ไม้เท้าสามขา สาขาวิชาชีพเย็บบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ฯ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มีความต้องการ/ควรได้รับ		
การระหว่างในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลักดันหลังล้ม <ol style="list-style-type: none"><li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li><li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li></ol>	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน  ระยะยาว - ท้อถอยสำคัญเหมือนเดิม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิรารัตน์ ศิลปอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] 	ลงชื่อ  ผู้ปฏิบัติงาน (CM) [ นาง จิรารัตน์ ศิลปอุดม ]
ลงชื่อ  เจ้าหน้าที่การเงิน (นางสาวนิภาณรรดา วงศ์หนานย์กุล) ผู้ดำเนินการเงินและบัญชีจากได	ลงชื่อ  ห้า ก.๙๖๑๖ ๖๔๔๗๖๐๘ อปท. (นางฤทธิรัตน์ ทองสิงห์) นักพัฒนาชุมชนบ้านบึงบึงติกา	

ลงชื่อ  ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นาง จิรารัตน์ ศิลปอุดม ]

ลงชื่อ  เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาณรรดา วงศ์หนานย์กุล)  
ผู้ดำเนินการเงินและบัญชีจากได

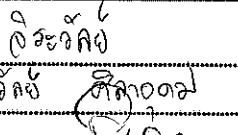
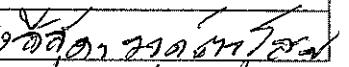
**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิการทางร่างกายสูงสุด  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิการ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นายสมเพชร ตันสมรส เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700431889	ที่อยู่ 132 ม.8 ต.พิมาน อ.นาแก จ. นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0878176350	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 17 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2501 [อายุ 65 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เคลื่อนไหวลำบาก ปวดขา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิการด้อยโอกาสในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขนขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ชื่อครัวเรือนในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลส่งแพทย์ล้ม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การผลัดตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิราวดี ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <u>นาย สุจิ ใจดี</u> / พ.ร.บ. <u>น.ส. กฤษณา วงศ์</u> ลงชื่อ <u>จิราวดี ศิลาอุดม</u> ผู้ปฏิบัติงาน [CM] [ นาง สุจิ ใจดี ]	ลงชื่อ <u>กฤษณา วงศ์</u> อาสา <u>น.ส. กฤษณา วงศ์</u> [ นาง กฤษณา วงศ์ ] นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ
ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน (นางสาวนิภาณรดา วงศ์วนิย์กุล) เจ้าหน้าที่ภาคบูรณาissan บัญชีอาชญากรรม		

ลงชื่อ จิราวดี ศิลาอุดม ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[ นาง สุจิ ใจดี ]  
ลงชื่อ.....  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาณรดา วงศ์วนิย์กุล)  
เจ้าหน้าที่ภาคบูรณาissan บัญชีอาชญากรรม

ลงชื่อ กฤษณา วงศ์ อาสา น.ส. กฤษณา วงศ์  
[ นาง กฤษณา วงศ์ ]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิการณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางสีสุดา วงศ์ดาโสม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700429523	ที่อยู่ 113 หมู่ 8 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0986489739	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 23 เดือน มกราคม พ.ศ. 2500 [อายุ 66 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคหัวใจ เหนื่อยง่าย เคลื่อนไหวลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงต้องอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สาขาวิชาชีพเยี่ยมบีลส 2 ครั้ง <sup>ก</sup> ภายอุปกรณ์ไม่เท้าสามารถ  การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นบัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มีความต้องการ/ควรได้รับ	- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
จาระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดตกหล่ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุหากหัวร้าย	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิ้งถ่ายอาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	เข้าพบเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]  	 ลงชื่อ..... จิระวัลย์ ศิลาอุดม ผู้ปฏิบัติงาน [CM] [ นาง จิระวัลย์ ศิลาอุดม ] ลงชื่อ..... (นางสุทธารุณ พ่องติง) อบต. หนองบัวใหญ่ [ นางสุทธารุณ พ่องติง ] ลงชื่อ..... (นางสาวกานดา ใจดี ใจดี) นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ [ นางสาวกานดา ใจดี ใจดี ]

ลงชื่อ..... จิระวัลย์ ศิลาอุดม ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[ นาง จิระวัลย์ ศิลาอุดม ]  
ลงชื่อ..... (นางสาวกานดา ใจดี ใจดี) นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ  
[ นางสาวกานดา ใจดี ใจดี ]

ลงชื่อ..... จิระวัลย์ ศิลาอุดม ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[ นาง จิระวัลย์ ศิลาอุดม ]  
ลงชื่อ..... (นางสุทธารุณ พ่องติง) อบต. หนองบัวใหญ่  
[ นางสุทธารุณ พ่องติง ]  
ลงชื่อ..... (นางสาวกานดา ใจดี ใจดี) นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ  
[ นางสาวกานดา ใจดี ใจดี ]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิจารณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณะสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าฯ/ราย/ปี]**

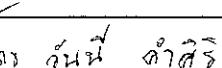
ชื่อ นางสมเพ็ญ วงศ์ฝ่ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700030213	ที่อยู่ 180 หมู่ 9 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2503 [อายุ 63 ปี]	รัฐนิจัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หนาอยอ่อนแพลีย แขนขาอ่อนแรง หกล้มบ่อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสันับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสันับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ ๖๖ ค่าจัดซื้อ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ชีมเคร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังนื้อแข็ง ชา</li> <li>- รู้สึกหนึ่งอยตลอดเวลา</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- อาหารทางการแพทย์</li> <li>- สายเปลี่ยนออกซิเจน</li> <li>- ทิชชูเปียก</li> <li>- ชุดทำความสะอาดรูป</li> <li>- ผ้าอ้อมสำเร็จรูป</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้อมหาไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การอาบน้ำ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สะโพก [hip]</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะลักษณะพิเศษหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
- ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน ๓ ชิ้น/วัน		
<b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b>	<b>เป้าหมายการดูแล</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การผลัดดอกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลาวา จนน้ำ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกิจกรรมทั่วไปใน ๑ สัปดาห์</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ท้อถужาดีเยี่ยม</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะชีมเคร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามนาฯ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงคดหับ</li> </ul>	๗.๙.๘๙ ๑๗๖๔๗๘
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนីย์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <input checked="" type="checkbox"/> <b>นาง อรุณรัตน์ รัตน์</b> <input type="checkbox"/>	

ลงชื่อ..... นางสาวนីย์ ศิริโคตรวงค์ .....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
พยาบาลวิชชานพช์นາญการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนันดา ใจดี ใจดีกิต)  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ..... อปท.  
(นางฤทธิ์ ทองสิงห์)  
ผู้พัฒนาชุมชนปริวิวทั่วไป

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันนิഹัตบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [ยัตราชารชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางวันนี คำศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700411055	ที่อยู่ 78 หมู่ 9 ต.พินาณ อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0855178526	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 18 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2521 [อายุ 45 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคล้านเนื้ืออ่อนแรง (Myasthenia Gravis) ผ่าตัดต่อมไทมัส มีอาการอ่อนแรงของแขนขา ทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดมากกว่า 10 กิโลใน 1 เดือน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงต้องอยู่ในกุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ปี ๖๖ ค่าจัดซื้อ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขนขา</li> <li>- มีความเบื่อปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- ไม่สามารถกินน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อายุอาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> <li>- อาหารทางการแพทย์</li> <li>- สายเปลี่ยนออกซิเจน</li> <li>- ที่ชูปีก</li> <li>- ผ้าอ้อมสำเร็จรูป</li> <li>- ชุดทำแผลสำเร็จรูป</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลส้อนทว่าไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การอาบน้ำ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก [อ/orl]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มีความต้องการ/ควรได้รับ	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แผ่นเสริมชิ้นขับ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</li> <li>- ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน</li> </ul>	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/ลักษณะอาหาร</li> <li>- การผลัดตกหลุม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก ลงกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกิจกรรมอุปกรณ์ ภายใต้ 1 สัปดาห์</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใต้ 3 วัน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เท่านั้น</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัยฯ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] 	

ลงชื่อ..... นางสาวนิย ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ..... อปท.

[.....(นางฤทธิ์ปรัติ ทองสิงห์)]  
นักพัฒนาชุมชนชั้นนำชั้นนำ

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนานโยก)  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีภายใน

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการและสูญเสียความสามารถทางการคิด**  
**งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการ [อัตราการชดเชยค่าบริการ หน่วย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางกัน อ.น.อ้วว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700409123	ที่อยู่ 54 หมู่ที่ 09 ต.พินาม อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487 [อายุ 79 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ขาอ่อนแรง ลูกอาจไม่ได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน	
สถานที่รับการสนับสนุน สถานที่รับการสนับสนุน	ประดิษฐ์ปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิการด้อยโอกาสที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี๖๖ ค่าจัดซื้อรถพานาดีน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ           <ul style="list-style-type: none"> <li>- รู้สึกเหนื่อยล้า</li> <li>- ลืมไม่ได้ผ้าءเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิต</li> <li>- อุญญาติ/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul> </li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสึงเวดล้อนท้าไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก [อ/or]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะสัมปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การพัสดุตกหลุม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลลัพธ์จากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ช้อติด/ช้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกล่ามทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จน้ำ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 วัน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ทิ้งยื่อยาด้วยความสงบ</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัย</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> </ul>	
ผู้รับ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	ผู้พิจารณา Care plan นี้ (ผู้ดูแล/ผู้ป่วย) ลงวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๖	
ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ [ ]	ลงชื่อ..... วันที่..... ๒๖ กันยายน ๒๕๖๖ (นางฤทธิ์ ทองสิงห์) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
ลงชื่อ..... (นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM] เจ้าหน้าที่การเงิน บัญชีชั่วคราว [ ]		

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ [ ]

ลงชื่อ..... (นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
เจ้าหน้าที่การเงิน บัญชีชั่วคราว [ ]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิการณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพิการ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นายแฉด ใจดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700412345	ที่อยู่ 108หมู่ที่ 09 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 12 เดือน กันยายน พ.ศ. 2486 [อายุ 80 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รูปร่างผอม รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา ขา 2 ข้าง อ่อนแรง หลังล้มป่วยครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งพิจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ <sup> *</sup> รถพยาบาล เวลาภัยที่อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- อุญ่าอุ้ย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลเพยานาถทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้วนทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลเพยานาถเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จมูก [nose]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะสัมปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อ... ระหว่างในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สืบสืบทอด</li> <li>- การพัฒนาทักษะ</li> <li>- การลงทาง</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายนอกรถ ภายใน 1 สัปดาห์</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มืออาชีพ มีรายได้</li> <li>- มืออาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลกัดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>น.ส. ณัฐา ศิริโคตรวงค์</i> <i>ณัฐา ศิริโคตรวงค์</i>	

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์.....ผู้ปฏิบัติงาน [CM]

ลงชื่อ..... (ผู้แทนที่ปรึกษา ห้องสิงห์) อบต.

[..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ .....

[..... ผู้ดูแลช่วยเหลือบุคคลพิการ .....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวนิภาพร วงศ์วนิช) *น.ส. นิภาพร วงศ์วนิช*

[..... เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีประจำตัวใส .....

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางช้อน วงศ์ตาปอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700409492	ที่อยู่ 58หมู่ที่ 09 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) ๐๙๒๖๗๑๔๘๑๙	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2487 [อายุ 79 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคความดันโลหิตสูง เหนื่อยอ่อนเพลีย วิงเกียครีบเป็นประจำ มีการกลืนลำบาก รู้ปร่างผ่อน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงด้อยโอกาสในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี๖๖ ค่าจัดซื้อ รถพานีเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา - ล้าวิ่งเลือดผ้าเอื่องไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/ลักษณะอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จน้ำ	ระยะสั้น - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 วัน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิ้งอยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/ธุรกิจได้เพิ่ม เพียงพอ เมื่อเข้ม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามนาฯ - ไม่เกิดแพภูมิทัน	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] นาง ช้อน วงศ์ตาปอง	

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ .....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ .....

ลงชื่อ..... ลงชื่อ..... วปท.  
(นางฤทธิรัตน ทองลีขัช)  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนานย์โกด)  
เจ้าหน้าที่การเงิน

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางสอน วงศ์ชาชุม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700409352	ที่อยู่ 56หมู่ที่ 09 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] ๐๙๔ ๗๑๖๐๓๑	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 07 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2495 [อายุ 71 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=BB ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ เดินไม่ถนัด ใช้ไม่เท้าซ้ายเดิน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงด้อยโอกาสที่ 1  ขอรับการสนับสนุนแบบประเมินเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพาดิน เวชภัณฑ์อื่นและรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- สามารถใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อายุศาสัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้วนทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก [oro]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขาพัจิต และกิจกรรมฝ่ายครอบครัวความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
กำหนดการให้บริการ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำร้ายตนของและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การผลัดตกหลุม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 วัน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลา起きไปอย่างสงบ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มืออาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพื่อซื้อ</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงก์ทับ</li> </ul>	<b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีษ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] [..... พยาบาลวิชารหินย์ สำนักงาน疾管署 วชศท. กทช.]	

..... นางสาวนีษ ศิริโคตรวงค์ .....ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
..... พยาบาลวิชารหินย์ สำนักงาน疾管署 วชศท. กทช.]

ลงชื่อ..... (ชื่อพ่อแม่/รากนพ. ทองคงพ.) ว.ป.ท.  
[..... บัวพัฒนา บุญประดิษฐ์]

ลงชื่อ..... (นางสาวนภาวรรณ วงศ์หนาธิ์กุ)

[..... ผู้พนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันมั่นการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิพากษานักบินสูน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิพากษา [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางตัววัน วงศ์ชาญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700406850	ที่อยู่ 23 หมู่ 9 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0984176835	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2489 [อายุ 77 ปี]	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง มะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้าย เหนื่อยอ่อนเพลีย ขา 2 ข้าง อ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิพากษาในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ปี 66 ค่าจัดซื้อ <sup>c</sup> เวชภัณฑ์ที่จำเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ             <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา</li> <li>- ไม่สามารถตอบสนับได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- อาหารทางการแพทย์</li> <li>- สายเปลี่ยนออกซิเจน</li> <li>- ทิชชูเปียก</li> <li>- ผ้าอ้อมสำเร็จรูป</li> <li>- ชุดทำแผลสำเร็จรูป</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การดูแลพยาบาลทั่วไป               <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้อມทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> </li> <li>การดูแลพยาบาลเฉพาะ               <ul style="list-style-type: none"> <li>- จมูก [nose]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- ท้อง [stomach]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- อวัยวะสืบพันธุ์ [Genital organs]</li> </ul> </li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ครัวด้วย <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผ้าอ้อมผู้สูงอายุ จำนวน 3 ชิ้น/วัน</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกส้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระยะสั้น               <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 สัปดาห์</li> </ul> </li> <li>ระยะยาว               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ท้อแท้สายชีวะ</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามนาฯ</li> <li>- ไม่เกิด并发症</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม               <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> </li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [นาย/ผู้ป่วย] <u>นายอุดมศรี ลอดมนต์</u>	

ลงชื่อ นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ ..... ลงปี.

[.....(บุคลากรรักษาพยาบาล)]

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาณรัตน์ วงศ์พานิชกุล)  
เข้าพนักงานการเงินและบัญชีอยู่ต่อ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันนิษฐานการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เงนาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางทองคำ วงศ์ฝ่ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700405128	ที่อยู่ 4หมู่ที่ 09 ต.พินาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0613611236	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566	
เกิดวันที่ 03 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485 [อายุ 81 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ขาอ่อนแรง หลักล้มบ่อยครั้ง รูปร่างผอม		
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล	
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงด้อยโอกาสที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปีที่ 6 ค่าจัดซื้อ <sup>1</sup> รถพาราเดิน เวลาวันที่อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนบลัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- บัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ             <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ลืมสิ่งหนึ่งอยู่ตลอดเวลา</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การดูแลพยาบาลทั่วไป               <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้วมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> </li> <li>การดูแลพยาบาลเฉพาะ               <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> </ul> </li> </ul>	
ก) ประเมินบุคคลที่มีภาวะสัมปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ			
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การพลัดตกหลัง</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลง ลมน้ำ</li> </ul>	<p>ระยะเวลา</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 วัน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ท้อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัยฯ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงก์ทับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม               <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> </li> <li>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม               <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> </li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	<p>เข้าพำนีเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] นางรุ่งรุน ลูกปะกา</p> <p>๖๐๒๑๗๙ ๐๙๘๔๖๖๗๗</p>		

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้จัดทำ Care plan

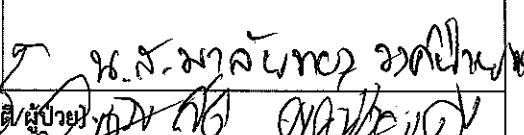
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี

ลงชื่อ..... นางรุ่งรุน ลูกปะกา อบพ.

(นางรุ่งรุน ลูกปะกา)

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันนิษฐานการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิจารณาสันนิษฐาน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางสาว วงศ์ฝ่ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700406019	ที่อยู่ 123 หมู่ที่ 09 ต.พิมาน อ.นาแวง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 03 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2492 [อายุ 74 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง หอบหืด ข้อสะโพก ข้อเข่าเสื่อม เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสันนิษฐาน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงด้อยโอกาสที่ 1  ขอรับการสันนิษฐานงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท  โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ <sup>1</sup> รถพยาบาล เวชภัณฑ์อื่นและรายรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมีอ่อน ขาด - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สามารถใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ] - การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ] - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและล้างเวดล้อนทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะสัมปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
๑๖๒. ระหว่างในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก [օร/o] - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสังเวดล้อน - การจัดสภาพเวดล้อนและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [นาย/ผู้ป่วย] 	

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ป่วยบัติกาน [CM]

ลงชื่อ..... (นาง) วงศ์ฝ่ายแดง ทองสิงห์ อปท.  
[นักพัฒนาชุมชนบุรีบึงกุ่ง ]

( พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ )   
ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ วงศ์ฝ่ายแดง จังหวัดหนองคาย  
[เจ้าหน้าที่การเงิน]

[เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี cavity]  
ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ วงศ์ฝ่ายแดง จังหวัดหนองคาย  
[เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี cavity]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ**  
**งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางจัน วงศ์หนายโกฐ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700409425	ที่อยู่ 57หมู่ที่ 09 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[โทรศัพท์] 0657011194	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2466 [อายุ 100 ปี]	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อบกพร่องที่ต้องดูแล : ความดันโลหิตสูง ได้รับประยุกต์ที่ 4 เหนืออย่างมาก หลังลิ่ม หลักลิ่มมีผลบอย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติทางจิตใจในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี ๖๖ ค่าจัดซื้อ รถพยาบาล เวชภัณฑ์อื่นๆ เนพารายไม่มีการ เบิกจ่ายเบลลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา</li> <li>- สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- กลืนลำบาก</li> </ul>	<b>การดูแลภายในหลักทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลภายในเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คอ [throat]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- จมูก [nose]</li> <li>- ตา [eyes]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> <li>- อวัยวะสืบพันธุ์ [Genital organs]</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สាสักรاحة</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การผลัดตกหลุม</li> <li>- การหลงทาง</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลลัพธ์จากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจานไปอย่างลงบ</li> <li>- ท้อแท้หมดสติ</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดแพลกัดหับ</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [นาย/ผู้ป่วย] ฯลฯ ลงนาม วันที่	๒๖ ก.พ. ๒๕๖๖

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ [.....]  
 [.....]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
 (นางสาวนิภาพร ลักษณ์) [.....]  
 [.....]  
 ดำเนินการเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ..... (นางสุทธิรัตน์ ทวยสิงห์) อปท.  
 [.....]  
 [.....]  
 ผู้พัฒนาชุมชนปฏิบัติการ ]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนับการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางมณฑุ์ บุญมา หั้ง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700411713	ที่อยู่ 119หมู่ที่ 09 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 0621701960	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2487 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : stroke อัมพาตครึ่งซ้าย หลักล้มป่วย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงด้อยในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปีที่ ๑ ค่าจัดซื้อ รถพานิช เวลาภัยที่อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ชักยเหลือตันของไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมีอ่อน ขาด</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- สามารถใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อุญ่าอาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลเพียง basal ทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้วนทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านลังคอม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางลังคอม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางลังคอม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ก) อะไรเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การพลัดตกหล่ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> <li>- ข้อติดข้อเท้าตก</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 วัน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 วัน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ/วิถีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัยฯ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงก์ทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	เข้าใจเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [นาย/ผู้ป่วย] <i>นายสุรินทร์ ธรรมชาติวัฒน์</i> <i>นายสุรินทร์ ธรรมชาติวัฒน์</i>	

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ .....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ .....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน

[..... (นางสาวนิภาพร วงศ์หนานย์กุล)

[..... เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ..... *นายสุรินทร์ ธรรมชาติวัฒน์* อปท.

[..... พนักงานบุคคล อปท.]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิสูจน์พิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิสูจน์พิจารณา [อัตราการขาดเชี่ยวชาญค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางสาวคร วงศ์หนานโยก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700412256	ที่อยู่ 106หมู่ที่ 09 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอร์เชฟท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 27 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2505 [อายุ 61 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C4 ชื่อยุสุขภาพเบื้องต้น : รูปร่างผอม ติดสุรา บุหรี่ ความจำเสื่อม หลงลืมตาบอด ขาอ่อนแรง เหนื่อยง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิสูจน์จัดอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวลาภัยที่อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง		<b>การดูแลพยายามลดท้าทาย</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบชักด้วย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบชักด้วย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้อมท้าทาย</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยายามเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตา [eyes]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมฝ่ายครอบครัวความเครียด</li> <li>- สมอง (Brain)</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> <p align="right">๙๖๖๐๗๓๗ ลงบันทึก</p>
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อ... ระบุวิธีการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การผลัดตกหลุม</li> <li>- การหลงทาง</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุยากทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จน้ำ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงค์ตอน</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนันย์ ศิริโคตรวงค์	เข้าใจเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ลงบันทึก บันทึก	

ลงชื่อ.....นางสาวนันย์ ศิริโคตรวงค์.....ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
 (... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ...)   
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 (... พนักงานบัญชี ...)   
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชุสติ

ลงชื่อ.....(นางฤทธิรัตน์ ทองสิงห์)....อปท.  
 (... นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ ...)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ หมายจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นายทำ วงศ์ฝ่ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700405152	ที่อยู่ 198หมู่ที่ 09 ต.พิมาน อ.นาแวง จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เบติดวันที่ 10 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2511 [อายุ 55 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบ้าหัววน ความดันโลหิตสูง ดาวร้าว มีแพลที่เท้า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพานิช เวลาภัยที่อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- สามารถใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อุญญาติ/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลพยายามทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตา [eyes]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังเวชน์</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การผลัดตกหลั่ง</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> <li>- การหลงทาง</li> <li>- การกินอาหาร/ลักษณะอาหาร</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ปฏิบัติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจางไปอย่างสงบ</li> <li>- ทิ้งยุญญาติเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงก์ตอน</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนัย ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ณาจารย์/ผู้ป่วย] ลงนาม	

ลงชื่อ ..... นางสาวนัย ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
 ..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ .....

ลงชื่อ ..... (นางศรีรัตน์ ทองสิงห์) อปท.  
 ..... นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ .....

ลงชื่อ ..... ผู้ดูแลรายบุคคลที่รับผิดชอบด้านหน้าที่การเงิน

.....

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันนิഹัตการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ**  
**งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางจิตใจ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาฯ/ราย/ปี]**

ชื่อ นายทองหล่อ รักศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 4410400002549	ที่อยู่ 121หมู่ที่ 10 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2482 [อายุ 84 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ข้อบกพร่องด้าน : เส้นเลือดในสมองตืบ หลงลืมง่าย เหนื่อยง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประดิษฐ์ปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปีที่ ๑ ค่าจัดซื้อ รถพยาบาล เวชภัณฑ์อื่นๆ พารายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแข็ง ขา</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ชีมเคร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อุญ่าอัคัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสีงแผลล้วนทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสื่อสาร</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
กระบวนการเมินบุคคลที่มีภาวะทางด้านปัจจัยทางชีวภาพไม่ได้มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระบุเมื่อการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การหลอกหลอน</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- การหลงทาง</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประสานทันตบุคคลการในพื้นที่ ภายใน 1 สัปดาห์</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชักถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่มีภาวะชีมเคร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัย</li> <li>- ไม่เกิดแพลงคตัน</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	เข้าใจเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>นายพัฒนา วงศ์สิงห์</i> วันที่ <i>๒๐ มกราคม ๒๕๖๖</i>	

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]

ลงชื่อ..... อปท.

[.....(นางกอบเชลี ทองสิงห์)]

ผู้ที่ดูแลช่วยเหลือในเบื้องต้น

ลงชื่อ..... พยาบาลวิชาชีพชั่วคราว.....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน.....

[.....(นางสาวนิตยา วงศ์สิงห์)]

ลงชื่อ..... ผู้ดูแลช่วยเหลือในเบื้องต้น

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันนิഹัตต์ที่มีภาวะพึงพิงพิจารณาสันนิษฐาน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [ยัตราชากษาด้วยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ น.ส.คำว่า วงศ์รพัฒนา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700407490	ที่อยู่ 179หมู่ที่ 10 ต.พินัน อ.นาแก จ.นครพนม นายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 02 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2499 [อายุ 67 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ซึ่งมีลักษณะเป็นดังนี้ : ความดันโลหิตสูง อ้วน ขาอ่อนแรง เดินไม่ถนัด หลักล้มบ่อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงด้อยโอกาสในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ <sup>1</sup> รถพาเดิน เวลาพัฒนาที่อ่อนเยาว์รายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิต</li> <li>- อายุอาคัย/สักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมฝ่อมคลายความเครียด</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้  มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อ... ระหว่างในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทาร้ายตามน่องและผู้อื่น/ขาดื้อตาย</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- การหลงทาง</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุลูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัย</li> <li>- ไม่เกิดแพลงคดหับ</li> </ul>	<p>7.1.5, 7.2.2 งบประมาณ = 78</p>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <u>นายทักษิณ ห้องสิงห์ ]</u>	อปท. [ ]

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ .....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
พยาบาลวิชาชีพด้านน้ำยารักษาโรค ]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หนาด) เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ..... อปท.  
(นางฤทธิรัตน์ ห้องสิงห์ )  
ผู้อำนวยการท้องที่

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการนาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติพิการ [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ ต.ช.ธนาคาร / ชื่อสังคม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1479901157506	ที่อยู่ ถ. 16 หมู่ที่ 10 ต.นาคู อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์ [ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 24 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2558 (อายุ 8 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการทางสมองปัญญา กล้ามเนื้อมือหักแข็ง พูดไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติพิการอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ <sup>1</sup> รายการเดิม เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อุญ่าอ้ำดี/ลักษณะที่อุญ่าอ้ำดี</li> </ul>	<b>การดูแลเพยานาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้อมหัวไป</li> </ul> <b>การดูแลเพยานาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จมูก [nose]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพเพศ และกีฬกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> <li>- อวัยวะสืบพันธุ์ [Genital organs]</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อ... ระหว่างในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การพลัดตกหลุม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- การหลงทาง</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จน้ำ</li> </ul>	<b>ระยะเวลา</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 4 วัน</li> </ul> <b>ระยะเวลา</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชักด้วยตนเอง</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ท้ออุญ่าอ้ำดีเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- เก็บได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัย</li> <li>- ไม่เกิดแพลงคดหัน</li> </ul>	<b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] น.ร. นิภาณ วงศ์กร ลงวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๖	

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
ผู้รับผิดชอบการเงินและบัญชีรากฐาน

ลงชื่อ..... อปท.  
(นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)  
ผู้พัฒนาชุมชนป่าสัก

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสังคม พ.ศ. 2566  
งบบริการสาธารณะสำหรับผู้ที่มีภาวะพิบัติทางสังคม พ.ศ. 2566 [อัตราการชดเชยค่าบริการ หน่วย/ราย/ปี]

ชื่อ นางอรพิน สุญรักษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480700046817	ที่อยู่ 68 หมู่ที่ 10 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 30 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2492 [อายุ 74 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคความดันโลหิตสูง รับยาสม่ำเสมอ ข้อเข่าเสื่อม รูปร่างอ้วนมาก เดินเองลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหน่วยจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิบัติจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหน่วยจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อไปนี้ ปี ๖๖ ค่าจัดซื้อรถพาเดิน เนชั่นที่อินเวพาระรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- สามารถใช้สิ่งของไม่ได้</li> <li>- ขับเคลื่อนตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- อุญญาติ/ลักษณะที่อุญญาติ</li> </ul>	<p>การดูแลเพยابةลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบชีบถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบชีบถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p>การดูแลเพยابةลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การหลัดหลักหลีม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลงจากน้ำ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะสั้น</li> <li>- ระยะยาว</li> <li>- กินอาหารเองได้/ชักต่อเนื่องได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดแพลกัดทับ</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัย</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	<i>๙๗๖๗/๙๙๗๖</i>
ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		ลงชื่อ..... (นางดุษฎีรัตน์ ทองสิงห์) นักพัฒนาชุมชนบ้านบึงบัว
ลงชื่อ..... (นางสาวนิภาพร วงศ์หนานา)		ลงชื่อ..... อปท. (นางดุษฎีรัตน์ ทองสิงห์)
ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน (นางสาวนิภาพร วงศ์หนานา)		
ลงชื่อ..... เข้าพบนักงานการเงินและบัญชีอาชญา		

ลงชื่อ.....  
นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....  
เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หนานา)

ลงชื่อ.....  
เข้าพบนักงานการเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ.....  
(นางดุษฎีรัตน์ ทองสิงห์)  
นักพัฒนาชุมชนบ้านบึงบัว

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสูดและขยายเวลาสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการขาดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นายกี ปิยะราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700409654	ที่อยู่ 59หมู่ที่ 10 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสพท.[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2487 [อายุ 79 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ไตวายระยะสุดท้าย ไม่ฟอกไต ซีด เหนื่อยอ่อนเพลียเป็นประจำ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพานิชนิยม เวลาขับที่อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิต</li> <li>- อุญญาติ/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลเพยานาคท์ไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้วนทั่วไป</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> </ul> <b>การดูแลเพยานาคท์เฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อ... ระบุวันในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การพลัดตกหลุม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 สัปดาห์</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชักถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เมื่อเข้ม</li> <li>- เดินได้โดยไม่ต้องอุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามัย</li> <li>- ไม่เกิดแพภูมิทัน</li> </ul>	<b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ลงวันที่ ๒๖/๑๐/๒๕๖๖	

ลงชื่อ.....  
นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ .....ผู้ป่วยบัตร [CM]  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ..... อปท.

(นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์)

นักช่างงานชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
ลงนามในนามเจ้าหน้าที่การเงิน ลงนามในนามเจ้าหน้าที่การเงิน  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งฟื้นฟิ玢รณาสันับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งฟื้น [อัตราการชดเชยค่าบริการ หมายจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางแพนดา ปิยะราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700409611	ที่อยู่ 59 หมู่ที่ 10 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม นายเลขท่องศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 20 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2490 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เป้าหมาย ความดันโลหิตสูง อ้วน ขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งฟื้นอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพานดิน เวลาภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการต่อรงชีวิต</li> <li>- สรوانใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- อุญ่าคาย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> <li>- รักษาเนื้อเยื่อลดเวลา</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จมูก [nose]</li> <li>- ช่องปาก [oral]</li> <li>- ท้อง [stomach]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านลังคอม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุหากทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 สัปดาห์</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามนาฯ</li> <li>- ไม่เกิดแพกัดทับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	เข้าใจเจ็บเขียนชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์</i>	

ลงชื่อ.....  
นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]

[..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ..]

ลงชื่อ.....  
เจ้าหน้าที่การเงิน

[..... ผู้ดูแลบัญชี/ผู้บัญชี/ผู้จัดการ]  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา

ลงชื่อ.....  
อปท.

[.....(นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์)]

ผู้ดูแลบัญชี/ผู้บัญชี/ผู้จัดการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิงพิการณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นาย索غا วงศ์ฝ่ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700410474	ที่อยู่ 7หมู่ที่ 10 ต.พiman อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 13 เดือน กันยายน พ.ศ. 2509 [อายุ 57 ปี]	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการครึ่งท่อนล่าง ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงด้อยโอกาสในกลุ่มที่ 3  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพานเดิน เขาวัณฑ์อินเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อุย/oร้าย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> </ul>	<b>การดูแลพยายามห้ามทิ้ง</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมห้ามทิ้ง</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยายามเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก [0 oral]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะสักล้านปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อ... ระหว่างในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การพลัดตกหกหล่ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าแตก</li> <li>- การลงทาง</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุถูกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จนน้ำ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใต้ 1 สัปดาห์</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลา起きไปอย่างสงบ</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ทิ้ง/oร้าย/เหมาะสม</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนามนาฯ</li> <li>- ไม่เกิดแพลงก์ทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	เข้าใจเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] , <u>วันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2566</u>	

ลงชื่อ... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ป่วยบัติงงาน (CM)  
พยาบาลวิชาชีพชั้นนำภูมิภาค ]

ลงชื่อ... ลงชื่อ... ลงชื่อ...

[..... (นางฤทธิ์ พงษ์สิงห์) ]  
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ... เจ้าหน้าที่การเงิน  
[..... (เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาชญา)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสันับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึงพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]**

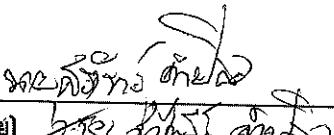
ชื่อ นายพนมศักดิ์ โภควงษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480500384755	ที่อยู่ 121หมู่ที่ 10 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] 046-5562153	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2519 (อายุ 47 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองตีบ แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึงพิงด้อยโอกาสในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี ๖๖ ค่าจัดซื้อ รถพานิชนิยม เวลาภัยที่อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- รวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขนขา</li> </ul>	<b>การดูแลพยายามทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยายามเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก [อ/or]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังเวช</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะสัมปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อสรุปใน การให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- การผลัดตกหลุม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท็จจริง</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลงจากน้ำ</li> <li>- ผู้สูงอายุญาติทำร้าย</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใต้ 1 สัปดาห์</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ชักด้วยเองได้</li> <li>- สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ท้อญูญาติเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนอนนานๆ</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดแพลกัดทับ</li> </ul>	<b>การดูแลพยายามทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยายามเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก [อ/or]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังเวช</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโภควงษ์	ผู้เข้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] ชนน์ วงศ์ กต. ๑๗๗๔๙	

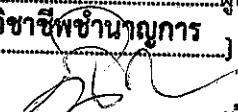
ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโภควงษ์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ .....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาวรรณ วงศ์หน่ายไทย)  
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ..... อปท.  
[.....(นางกฤษณะ ทองสิงห์)]  
นักที่ปรึกษาทางปฏิบัติการ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพังพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งพัง [อัตราการชดเชยค่าบริการ หมายจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นายคำไสย คำปลิว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700412141	ที่อยู่ 117 หมู่ที่ 10 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์[ที่ติดต่อ] ๐๙๕๙ ๙/๑๖๒๕	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 09 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2497 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ชาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งพังต่ออยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ ยาเดิน เชาภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ช้ำใจเหลือต้นของไม้ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังเมื่อแขวนขา</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>	<b>การดูแลพยายามทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[ปัสสาวะ]</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย[อุจจาระ]</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและล้างแผลล้มทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยายามเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก [ora]</li> <li>- บริการพิเศษอื่นๆ</li> <li>- หู [ears]</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ลงชื่อ... ระบุว่างในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาทักษะ</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ผู้สูงอายุยกทำร้าย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก 咀嚼</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 วัน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ท้อแท้อาศัยหมายจะมี</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดผลลัพธ์ทัพ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์	เข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] 	

ลงชื่อ..... นางสาวนิย์ ศิริโคตรวงค์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ   
ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน  
(นางสาวนิภาพร วงศ์หนาท)   
ผู้รับนี้กิจการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ..... (นางฤทธิ์ ทองสิงห์) 。。อปท.  
(..... นักทัศน查และนักบริการ)  


**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิ่งผิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนาจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นางสม พ่อสาร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700402641	ที่อยู่ 265 หมู่ที่ 11 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอหรัสพ์[ที่ติดต่อ]	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2492 [อายุ 74 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคสื่อนไหวสำบากมีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เช่น และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง เบาหวาน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิ่งผิงต่ออยู่ในกFullscreenที่ 1.  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ อุปประคบ 36 อัน/ปี หม้อนึ่งลูกประคบ เจลและกอซอสลีก 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ไม้เท้าสามขา รถพานเดิน สหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน 2 ครั้งต่อปี	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมีแขนขา	การดูแลพยายามทั่วไป การดูแลพยายามเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหลุม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิราวดี ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	

ลงชื่อ.....  
[.....]  
[.....]

ลงชื่อ.....  
เจ้าหน้าที่การเงิน

(บุคลากรในบุคลากร วงต์พนฯ)

เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ.....  
[.....]  
[.....]

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพิสูจน์พิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพิสูจน์พิจารณา [ยัตราชากรชตเชยล่าบริการ เหมาจาย/ราย/ปี]

ชื่อ นายสะท้าน วงศ์อุดม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480701059335	ที่อยู่ 141 หมู่ 11 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขอรหัสพ่อ(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน เมษายน พ.ศ. 2482 (อายุ 84 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปวดกล้ามเนื้อ แขนขา疼 ล้อแม่แรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพิสูจน์จัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคำ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคำ เครื่องแยกหอยล็อก 1 ชุด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแข็ง ขา - กล้ามปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยายามท้าไป การดูแลพยายามเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะก้านปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
...ความร่วงในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลัดตกหลุม	ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางธีรารัตน์ ศิลาอุดม	เข้าพบเจ้าหน้าที่กับการปฏิบัติงาน Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <u>นายกานต์ คงวิจิตร วันดี ใจดี</u>	

ลงชื่อ..... ธีรารัตน์ ผู้ปฏิบัติงาน [CM]  
[ นาง ธีรารัตน์ คงวิจิตร ]

ลงชื่อ..... นางสาวน้ำพักธรรม วงศ์พมพย์ใจดี  
[ นางสาวน้ำพักธรรม วงศ์พมพย์ใจดี ]

ลงชื่อ..... อปท.  
(นางฤทธิรดา ทองสิงห์)  
[ นางฤทธิรดา ทองสิงห์ ]