

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางวิวัฒน์ 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 ปวดเข่า น้ำหนักมาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สหวิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง รถพาเดิน ไม้เท้าสามขา	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การลดตกหล่น - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางเสาวนีย์ ศรีโคตรวงศ์
 ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 [.....]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายไกร)
 เจ้าหน้าี่..... ชื่อว่าโส

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายวีระศักดิ์ ต้นสมรส เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700228790	ที่อยู่ 143 หมู่ที่ 01 ต.พืมา 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 : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหา และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ผู้ป่วยจิตเวช หลอดเลือด สมองตีบ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคบ เจลแอลกอฮอล์ ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สหรีดผ้า เช็ดผ้าปูที่นอน 2 ครั้ง	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาดุม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางประไพ ศิลาดุม</i>	

ลงชื่อ.....
 (นางจิระวัลย์ ศิลาดุม)
 ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์พัฒนกิจ)
 เจ้าหน้าที่การเงิน
 ชื่ออาสุ

ลงชื่อ.....
 (นางศุภยรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางประสพ วงศ์อดดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700228811	ที่อยู่ 144 หมู่ที่ 01 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0621673900	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 18 เดือน กันยายน พ.ศ. 2500 (อายุ 66 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวาย กล้ามเนื้ออ่อนแรง หลอดเลือดสมองตีบ น้ำหนักมาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคบ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	ความต้องการ/ควรได้รับ	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	ป.ร.ค.น

ลงชื่อ ศิริกมล ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม]
 ลงชื่อ ศิริกมล เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกด)
 [เจ้าพนักงานสาธารณสุข บัณฑิต]

ลงชื่อ ป.ร.ค.น อปท.
 [(นางณัฏฐิณี หองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพัศดา ธนะผาง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700228561	ที่อยู่ 140 หมู่ที่ 01 ต.พืมา อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 032099619	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2497 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปวดข้อปวดเข่า ตาเห็นไม่ชัด น้ำหนักมาก กระดูกทับเส้นประสาท เคลื่อนไหวไม่สะดวก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี สหวิชาชีพลงเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>พัศดา</i>	

ลงชื่อ ฉัตรวิไล ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง ศีลาอุดม ศีลาอุดม]
 ลงชื่อ [ลายเซ็น] เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกต]
 [เจ้าพนักงาน] ะบัญชาชีวาโส

ลงชื่อ [ลายเซ็น] อปท.
 [นางสุภาวดี พงษ์สิงห์]
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกองมี้ พิละมาตย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700090101	ที่อยู่ 19 หมู่ที่ 01 ต.พืมาาน 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 ปวดข้อปวดเข่า ตาเห็นไม่ชัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี ทิมสหวิหชาชีพเยี่ยมบ้าน ไม่ทำมา หา	- ความสามารถในการมองเห็น	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>ก้องมี้</i>	

ลงชื่อ *ศิริวัลย์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง จิระวัลย์ ศิลาอุดม]

ลงชื่อ *ก้องมี้* อปท.
 [(นางกัญรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ]

ลงชื่อ *ก้องมี้* เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายเกิด)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มิภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเฉลี่ยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบุญล้อม วงศ์แสงน้อย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700089935	ที่อยู่ 17 หมู่ที่ 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 เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
จรรยาวัณในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <u>นางบุญล้อม</u>	

ลงชื่อ จิระวัลย์ ศิลาอุดม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์ อปท.

ลงชื่อ นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายโชค เจ้าหน้าที่การเงิน

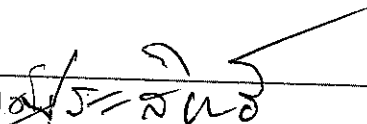
[(นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ]

[(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายโชค)

เจ้าพนักงาน

อาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางประสิทธิ์ รัตนนาลี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700089528	ที่อยู่ 9 หมู่ที่ 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)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปวดข้อปวดเข่า ตาเห็นไม่ชัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคบ เผลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี สหวิชาชีพ เยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง ไม่เท่าสามขา	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) 	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[นาง จิระวัลย์ ศีลาอุดม]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนูเกียรติ]

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ.....อปท.

[นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์]

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายประมวล เชื้อขาวพิมพ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700226886	ที่อยู่ 63 หมู่ที่ 01 ต.พืมา น 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 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข้า ป่วยเป็นไทรอยด์	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กสอง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สห ริชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 1 ครั้ง	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	<i>๕ ๒๖/๖๖</i>
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) : <i>๒๖/๖๖</i>	

ลงชื่อ..... *จิระวัลย์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ..... *นางณัฏฐ์* อปท.

ลงชื่อ..... *นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกด* เจ้าหน้าที่การเงิน

[..... (นางณัฏฐ์ ณรงค์สิงห์)]

(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกด)
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเด่นชัย เชื้อขาวพิมพ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700226916	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 เข้า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	e ใจริชช
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) ใจริชช	

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

ลงชื่อ.....
 (นางสุทัยรัตน์ ทองสิงห์) อปท.

ลงชื่อ.....
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายโคด) เจ้าหน้าที่การเงิน
 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

.....
 (นางสุทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางฉลดา วงศ์ชมภู เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700457161	ที่อยู่ 50 หมู่ที่ 01 ต.พืมา อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0989820373	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 11 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2486 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปวดข้อปวดเข่า ตาเห็นไม่ชัด หูได้ยินไม่ชัด หลงลืม ไตวาย ผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคบ เกลแอสกอสอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี เครื่องช่วยฟัง ผลิตภัณฑ์เสริม อาหาร	- ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตกหลิม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	นายอนุชา กาศรัมย์
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <u>ศิริวัลย์ ศิลาอุดม</u> กศน.มวก	

ลงชื่อ ศิริวัลย์ ศิลาอุดม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ อนุชา กาศรัมย์ อ.ปท.

[นาง ศิริวัลย์ ศิลาอุดม]

[นางอนุชา กาศรัมย์ พงษ์สิงห์]

ลงชื่อ ศิริวัลย์ ศิลาอุดม เจ้าหน้าที่การเงิน

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

(นางสาว นิภาพรณ วงศ์หมายโกด)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

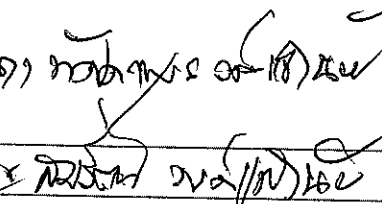
แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางมาลัย 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 ไตวาย เบาหวาน เคลื่อนไหวลำบาก ปวดตามข้อ ปวดตามร่างกาย กลืน ปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคบ เกลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี ไม่เท่าสามขา สทิวซาซีฟเยียมปีละ 2 ครั้ง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางน้อย</i>	

ลงชื่อ *ศิริวัลค์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง ศิริวัลค์ ศิลาอุดม]
 ลงชื่อ *[ลายเซ็น]* เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนูยโกด)
 เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทัศนดาพร วงศ์แสงน้อย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700227424	ที่อยู่ 172 หมู่ที่ 01 ต.พิมาน อ.นาแก 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 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก ติดเตียง มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ไม่สามารถพูดได้ ไม่รับรู้ความหมายของคำ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หมอนิ่งลูกประคบ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สหชีพิเย่ย์บ้านเดือนละ 1 ครั้ง	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวิทย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) 	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง จิระวิทย์ ศิลาอุดม]
 ชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาวนิลาพร วงศ์ทนายโกศล]
 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ.....อปท.
 (นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพิสมัย วงศ์แสงน้อย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700227556	ที่อยู่ หมู่ที่ - ต.ศรีบุญเรือง อ.เมืองมุกดาหาร จ.มุกดาหาร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2500 (อายุ 66 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : คลื่นไส้ลำบาก โรคไตวาย ฟอกไตทางเส้นเลือด มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ท่อ/ปี รถพาเดิน	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<input checked="" type="radio"/> ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	สิริลา โนนี วรพรหมน้อย
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	พิสมัย วงศ์แสงน้อย

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม

ลงชื่อ.....อปท.
.....
(นางฉวีรัตน์ ทองสิงห์)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนุ่ยโกด)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายชัยยงค์ บัวบานงาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320600562541	ที่อยู่ 68 หมู่ที่ 01 ต.พืมา 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 แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก น้ำหนักตัวมากเคลื่อนไหวลำบาก ได้ตอบพุดคุยพอรูเรื่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี สท วิชาชีพเยี่ยม 2 ครั้ง/ปี ไม่ทำสามขา	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	ด.พญ. วิมลทิพย์ วัฒนวิทย์กุล
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม]

ลงชื่อ.....อปท.

(นางสุทิพย์รัตน์ ทองสิงห์)
[นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนามิโกด)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเตียง/บริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางดวงมาลา กัลยาแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700457080	ที่อยู่ 49 หมู่ที่ 01 ต.พืมาาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(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 เดินขึ้นบันไดไม่ได้ ใช้รถเข็นในการเคลื่อนย้าย หลังงอจุ่ม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี รถเข็นนั่ง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวิทย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

25/01/0

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง ศิริวิทย์ ศีลาอุดม]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมานะภักดิ์)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายชิน ชินะแวง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700089293	ที่อยู่ 70 หมู่ที่ 01 ต.พืมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0985854290	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 30 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2484 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปวดข้อปวดเข่า ตาเห็นไม่ชัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปีสห วิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะก่ล้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	นาง อมลรัตน์ กัดตั้ง นาย ชิน ชินะแวง
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ ดิระวัลย์ ศิลาอุดม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง ดิระวัลย์ ศิลาอุดม]
 ลงชื่อ [ลายเซ็น] เจ้าหน้าที่การเงิน

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

(ในทางสาธารณสุขหรือสังคมสงเคราะห์)
 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่ภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเชื่อง วงศ์สุขะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700425935	ที่อยู่ 51 หมู่ที่ 02 ต.พืชมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน เมษายน พ.ศ. 2468 (อายุ 98 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก ติดบ้าน มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา ข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง น้ำหนักมาก มีโรคประจำตัวหลายโรค	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หมอนึ่งลูกประคบ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สหวิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	นางอ่วม วงศ์สุขะ นางเชื่อง
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นางเชื่อง	

ลงชื่อ จิระวัลย์ ศิลาอุดม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม]

ลงชื่อ [ลายเซ็น] เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกด)
เจ้าหน้าที่กองควบคุมดูแลผู้สูงอายุอาวุโส

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางวันตา วงศ์สุขะ 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 : เคลื่อนไหวลำบาก ติดบ้าน มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข้า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี ไม้เท้าสามขา รถพาเดิน	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอความร่วมมือในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวิทย์ ศิลาอูม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

กรรมา ๑๘๘ ก. ๖๒
วิชัย

ลงชื่อ ศิริวิไล ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นาง ศิริวิไล ศิลาอูม]

ลงชื่อ [ลายเซ็น] อปท.
(นางฤทัยรัตน ทองสิงห์)
[นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ]

ลงชื่อ [ลายเซ็น] เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์พงษ์โกด)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/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=B, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก ติดเตียง มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา ซ้ำ และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง กลืนบิสสวะไม่ได้ ตามัวมองไม่ชัด ผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี / ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม/	- กลืนบิสสวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(บิสสวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนบิสสวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางกัญญา ทั่วสุขคุณ

๕๑

ลงชื่อ จิระวัลย์ ศิลาอุดม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์ อปท.

ลงชื่อ นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายโกด เจ้าหน้าที่การเงิน

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายโกด)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายปีสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดสรรค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกาดำ ฝาระมี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700427717	ที่อยู่ หมู่ที่ 02 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2484 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก ติดบ้าน มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข้า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หมอนึ่งลูกประคบ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ทิมสหวิชาชีพระยะยาวบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	โดย ประยูร ฝาระมี
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) ฝาระมี	

ลงชื่อ จิระวัลย์ ศิลาอุดม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [๗๑ จิระวัลย์ ศิลาอุดม]

ลงชื่อ นางสาววิภากรรณ์ วงศ์หนายไก่อ เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาววิภากรรณ์ วงศ์หนายไก่อ]

ลงชื่อ อภิญญาพรรัตน์ ทองสิงห์ อปท.
 (นางอภิญญาพรรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเจียง วงศ์ดาปอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480700006581	ที่อยู่ 55ม.2 ต.พิมาน อำเภอนาแก 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 : ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปวดข้อปวดเข่า ตาเห็นไม่ชัด น้ำหนักมาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคบ เผลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี แผ่นรองขับ	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	ความต้องการ/ควรได้รับ	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวิทย์ ศิลาดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	นางเจียง วงศ์ดาปอง

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[นาง จิระวิทย์ ศิลาดม]

ลงชื่อ.....(นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์).....อปท.

[นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวนภาพรรณ วงศหนายโกต)

เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพันละเอียด วงศ์ตาปอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700427342	ที่อยู่ 101 หมู่ที่ 02 ต.พืมา 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 ผู้ป่วยรับประทานอาหารผ่านทางสายให้อาหารทางจมูก นอนติดเตียงตลอดเวลา ซ้อมติดแข็ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี เช็ดทำความสะอาด 12 กล่อง/ปี ถุงมือใช้แล้วทิ้ง 12 กล่อง/ปี แผ่นรองขับ 36 ห่อ/ปี ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ยาลม เติงนอนปรับระดับได้ ถังออกซิเจน อุปกรณ์ในการให้อาหารทางสายยาง สหวิชาชีพ และกายภาพบำบัด	- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ช่องปากไม่สะอาด - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ซ้อมติด/ข้อเท้าตก - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวิทย์ ศิลาลอดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	นางสาวพันละเอียด วงศ์ตาปอง

ลงชื่อ จิระวิทย์ ศิลาลอดม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์ อปท.

ลงชื่อ นางสาวจิระวิทย์ ศิลาลอดม เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์]
นักพัฒนาชุมชน/ผู้ปฏิบัติงาน

[นางสาวจิระวิทย์ ศิลาลอดม]
เจ้าหน้าที่การเงินแผนกบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายดนตรี 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=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก ติดเตียง ผู้พิการ ผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หมอน นั่งลูกประคบ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี ถุงมือใช้แล้ว ทิ้ง 12 กล่อง/ปี สหวิชาชีพและกายภาพพลเยี่ยม ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวิทย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>ศิริ อภิบาล</i>	

ลงชื่อ ศิริ อภิบาล ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นาง อธิษฐาน อธิษฐาน)
 ลงชื่อ ศิริ อภิบาล เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายโกต)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ ศิริ อภิบาล อปท.
 (นาง อธิษฐาน อธิษฐาน)
 (นาง อธิษฐาน อธิษฐาน)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียง/เตียง) (อัตราการจัดเตียง/เตียง)

ชื่อ นางหงษ์สา วงศ์สุขะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700427547	ที่อยู่ 78 หมู่ที่ 02 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0621908562	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/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคบ เกลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวิทย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <u>นาง โสภณ ลาอชาตรี</u> <u>นางดวงฉา ภาวศิริ</u>	

ลงชื่อ นางจิระวิทย์ ศีลาอุดม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์ อปท.

ลงชื่อ (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายุโกด) เจ้าหน้าที่การเงิน

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางยอน วงศ์สุขะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700423541	ที่อยู่ 11 หมู่ที่ 02 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0992194079	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 เฝ่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี แผ่นรองขับ 36 ท่อ/ปี เคียงลม ถุงมือใช้แล้วทิ้ง 12 กล่อง/ปีผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	นางยอน วงศ์สุขะ
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นาง กัญญา งามวิมล	

ลงชื่อ นาง กัญญา งามวิมล ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง กัญญา งามวิมล ศีลาอุดม]
 ชื่อ (นางสถานภาพพรหม) นาง กัญญา งามวิมล เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นาง กัญญา งามวิมล]
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีชื่อคุณสุไต้

ลงชื่อ นาง กัญญา งามวิมล อปท.
 (นาง กัญญา งามวิมล)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราค่าดูแลค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางกร โคตรอาสา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700426885	ที่อยู่ 68 หมู่ที่ 02 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0830551379	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 09 เดือน เมษายน พ.ศ. 2482 (อายุ 84 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว เบาหวานมี เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาด้านการมองเห็น ผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี ทิม สทิวาซีฟ เยี่ยมปีละ 2 ครั้ง ผลัดภัณฑ์อาหารเสริม	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิริวัลย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	นาง กฤษ ติพรอาสา

ลงชื่อ จิริวัลย์ ศีลาอุดม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง จิริวัลย์ ศีลาอุดม]

ลงชื่อ (นางศุภอรรัตน์ พงษ์สิงห์) อปท.
 [นักพัฒนาชุมชนผู้ปฏิบัติการ]

ลงชื่อ (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกด) เจ้าหน้าที่การเงิน
 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเตียงสำหรับบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางสาวแพรว แก้วคนตรง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700428446	ที่อยู่ หมู่ที่ 02 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0984951677	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2489 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : คลื่นไส้ลำบาก ท้องอืด มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เชา และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี สหวิชาชีวะเย็บปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ สีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางสาวแพรว แก้วคนตรง</i> 4.5.1466 (นางสาวแพรว แก้วคนตรง)	

ลงชื่อ *จิระวัลย์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางจิระวัลย์ สีลาอุดม]

ลงชื่อ *นางสาวแพรว แก้วคนตรง* อปท.
 (นางสาวแพรว แก้วคนตรง)
 [นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ]

ลงชื่อ *นางสาวนิภาพรธม วงศ์หมายไถ่* เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาวนิภาพรธม วงศ์หมายไถ่]
 เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายอ่อนตา ธ.น.ผา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700424068	ที่อยู่ 119 หมู่ที่ 02 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0819579619	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2496 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ไม่เท่าสามขา สหวิชาชีพ เยี่ยมปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	นาย อ่อนตา ธ.น.ผา

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

ลงชื่อ.....
[นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายโสภา]
เจ้าหน้าที่การเงิน
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ.....
[นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายโสภา]
อปท.
[.....]
ผู้ก้ำพิงและผู้ดูแล

2/5/66 วนิดา วัฒนศิริ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.สำรี บุสดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700424963	ที่อยู่ 35 หมู่ที่ 02 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0647343907	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/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สห วิชาชีพเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง ถู่มือใช้แล้วทิ้ง 12 กล่อง/ ปี	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่องปากไม่สะอาด - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	นาง นิชันท์ พ่อมด
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นาง นิชันท์ พ่อมด นาง กรวิมล พ่อมด	

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

ลงชื่อ.....
 (นางสุเพียรศรี ทองสิงห์)
 [นางสุเพียรศรี ทองสิงห์]
 ผู้จัดการชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์ทนายไถด)
 [นางสาวนิภาพรรณ วงศ์ทนายไถด]
 เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางไครทอง วงศ์เทราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700074865	ที่อยู่ 161 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 06 2393832	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 17 เดือน กันยายน พ.ศ. 2480 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก ติดเตียง มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข้า และกระดูกสะโพกหัก จากการได้รับอุบัติเหตุ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี ถุงมือใช้แล้วทิ้งจำนวน 12 กล่อง/ปี เช็ดทำความสะอาดใช้แล้วทิ้ง 36 กล่อง/ปี	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทารุณ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวิทย์ ศิลาดุตม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>วิไลพร วงศ์เทราช</i>	

พ.ล. วิไลพร (ผู้ดูแล) วงศ์เทราช

ลงชื่อ *วิไลพร* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นาง วิไลพร ศิลาดุตม]
ลงชื่อ *วิไลพร* เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาววิไลพรพรรณ วงศ์เทราช)
เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ *วิไลพร* (นางเพ็ญศรี พงษ์สิงห์) อปท.
[นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายครรชิต พรหมพินิจ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700073753	ที่อยู่ 135 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0482279514	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2513 (อายุ 53 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก ติดบ้าน มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข้า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ข้อติดแข็ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รถเข็นแบบนั่ง สหวิชาชีพ เยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	นางกรรชิต พรหมพินิจ
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุตม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นางจิระวัลย์ ศิลาอุตม	

ลงชื่อ ลือวัลย์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นาง ลือวัลย์ ศิลาอุตม]

ลงชื่อ นางจิระวัลย์ ศิลาอุตม (นางผู้ปกครอง/ญาติ) อปท.
[นางจิระวัลย์ ศิลาอุตม]

ลงชื่อ นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกด เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกด)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางชวนพิศ วงศ์จันดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480700039519	ที่อยู่ 91 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0๙๐ ๖๐๖๖๕๒๗	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน กันยายน พ.ศ. 2489 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ชูติง ไตวาย เบาหวาน เคลื่อนไหวลำบาก ปวดตามข้อ ปวดตามร่างกาย กลั้นปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หมอนิ่งลูกประคบ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความสามารถในการได้ยิน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลลาอุม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <u>นางสมมล วงศ์จันดี</u>	

ลงชื่อ จิระวัลย์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางจิระวัลย์ ศิลลาอุม)
 ลงชื่อ นางสาวนิลาพรรณ วงศ์นายโกด เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิลาพรรณ วงศ์นายโกด)
 เจ้าหน้าที่ บัญชีศิริลาอุม

ลงชื่อ สมมล อปท.
 (...นางสมมล วงศ์จันดี...)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว อินทระ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700305832	ที่อยู่ 99 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(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 ปวดข้อปวดเข่า ตาเห็นไม่ชัด หลงลืม หง่อม ผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ห่อ/ปี รถพาเดิน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) ✕ <u>อินทระ</u> / พิกุล	

ลงชื่อ จิระวัลย์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม]

ลงชื่อ พิกุล อปท.
 (นางพิกุลพัชรินทร์ ทองสิงห์)
 [สำนักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ]

ลงชื่อ พิกุล เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกด)
 [เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายปัญญา วงศ์คำแพง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700072277	ที่อยู่ 177 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 07 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2499 [อายุ 67 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอส ลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี สห วิชาชีพหลงเยียมปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุตม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>ศิริวัลย์</i> / <i>นางวัลย์</i>	

ลงชื่อ..... *ศิริวัลย์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ..... (นางอุษณีย์ หนองสิงห์)..... อปท.

[นาง จิระวัลย์ ศิลาอุตม]

[..... นกพัฒนาชุมชน/วิสาหกิจ.....]

ลงชื่อ..... *ศิริวัลย์* เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกด]

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจันทร์ วงศ์ดวงผา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700074555	ที่อยู่ 155 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2484 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=B, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง หูตึง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เครื่องช่วยฟัง ภายนอก	- กลับปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวิทย์ ศิลาลุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย) / ทัศนิกา / จันทว	

ลงชื่อ.....
 [นาง จิระวิทย์ ศิลาลุดม] ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายไถ่) เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายไถ่]
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกองแพง วงศ์จำปา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700304348	ที่อยู่ หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(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 ปวดเข่า หวาดระแวง กลั้นปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ห่อ/ปี ไม้เท้าสามขา สหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน ปีละ 2 ครั้ง	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวิทย์ ศิลาดูม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	อรพิน / รน

ลงชื่อ จิระวิทย์ ศิลาดูม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง จิระวิทย์ ศิลาดูม]

ลงชื่อ อรพิน / รน อปท.
 (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 [ผู้กำกับชุมชนชุมชนสุขภาพ]

ลงชื่อ นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายโชค เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายโชค)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางคำชื่น วงศ์นายโกฏ 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 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังคนเดียว น้ำหนักตัวเยอะ ปวดเข่า เคลื่อนไหวลำบาก โรค ความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอล กอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ห่อ/ปี ภายอุปกรณ์ รถพาเดิน สหวิชาชีพ ลงเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุตม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ จิรวพร ศิลาอุตม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางจิระวัลย์ ศิลาอุตม)
 ลงชื่อ นางจิระวัลย์ ศิลาอุตม เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางจิระวัลย์ ศิลาอุตม)
 (เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส)

ลงชื่อ นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์ อปท.
 (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางอารณ์จิต ไชยรัตน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700072951	ที่อยู่ 120 หมู่ที่ 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)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผู้สูงอายุติดบ้าน ตามองไม่เห็น เป็นแผลเบาหวานที่เท้า โรคเบาหวานควบคุมน้ำตาลไม่ได้	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิ้งยาอาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>ศิริวัลย์ ไชยรัตน์</i>	

ลงชื่อ *ศิริวัลย์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[นาง ศิริวัลย์ ศิลาอุดม]

ลงชื่อ *[ลายเซ็น]* เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายโชค]

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ *[ลายเซ็น]* อ.ปท.

[นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์]

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ศิริวัลย์ ไชยรัตน์
นางอารณ์จิต ไชยรัตน์

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางสาว วงค์จันดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700227882	ที่อยู่ 116 หมู่ที่ 03 ต.พืมาท อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เฝ่า หลงลืม มีโรคประจำตัวหลายโรค	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หมอนิ่งลูกประคบ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กสอบ/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแอ ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
กรณีประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ทิ้งยาอาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางจันดี วงค์จันดี</i>	

ลงชื่อ *จิระวัลย์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ *อ. อ่าง ครีมนิธิ* อปท. *อ. อ่าง ครีมนิธิ*

นาง จิระวัลย์ ศิลาอุดม

(นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
นักพัฒนาชุมชน (ผู้ดูแล)

ลงชื่อ *นางสาววนภาพรพรรณ วงศ์นายเกต* เจ้าหน้าที่การเงิน

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซตค่าบริการ เหม่าจ่าย/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 พฤศจิกายน พ.ศ. 2487 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข้า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง หลังล้ม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ท่อ/ปี	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
กรณีประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นางประวีณา วงศ์คำจันทร์ นางลลิตาพร น้อยสีลา	

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

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

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายนาค)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ น.ส.คองมา อูปชา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700433954	ที่อยู่ 35 หมู่ที่ 03 ต.พืมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2487 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หูตึง ตามองไม่ชัด หลงลืม เคลื่อนไหวลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เครื่องช่วยฟัง ไม่เท่าสามขา	- ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความสามารถในการได้ยิน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ความต้องการในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางคองมา อูปชา</i> นางคองมา อูปชา นางคองมา อูปชา	

ลงชื่อ..... *นางคองมา อูปชา* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นางคองมา อูปชา ศีลาอุดม]

ลงชื่อ..... *นางกัญรัตน์ ทองสิงห์* อ.พ.
[นางกัญรัตน์ ทองสิงห์]
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ..... *นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายโกด* เจ้าหน้าที่การเงิน
[นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายโกด]
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเตรียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางสาว จิตรเย็น 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 : หลงลืม ความจำเสื่อม ไม่เข้าใจในการสื่อความหมาย ผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี /ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	- กลืนบิสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนบิสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
วาระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำรายงานตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การหลงทาง - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวจิระวัลย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นางสาว จิตรเย็น	

ลงชื่อ.....
 (นางสาว จิตรเย็น ศีลาอุดม)
 ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 ลงชื่อ.....
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์ทนายไครด์)
 เจ้าหน้าที่การเงิน
 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ.....
 (นางอุทัยรัตน์ หลงลืม)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงสำหรับบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางดาราร วงศ์ศรีชา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700304682	ที่อยู่ 82 ม.3 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 26 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 12 เดือน กันยายน พ.ศ. 2495 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI= ๒.๕ ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปวดข้อปวดเข่า ตาเห็นไม่ชัด กลืนปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
- แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน NaN ชิ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาดอม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ปวย) + ๐๑๖๕๖ / ๖๓๖	

ลงชื่อ..... ลีธวัช..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง ลีธวัช ศิลาดอม]

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

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าทางการเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์เทเวศร์)
 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางตอน วงศ์เทราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700079061	ที่อยู่ 122 ม.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]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ป่วยด้วยโรคเมเร็งปอด ไอตลอดเวลา เหนื่อยเพลีย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคบ เกลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี	- กลับปัสสาวะไม่ได้ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ - แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน NaN ชิ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นาง อรุณชญา มาคำ	

ลงชื่อ นาง อรุณชญา มาคำ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง อรุณชญา มาคำ]
 ชื่อ นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายไวด เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายไวด)
 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ (นางกัญญา หองสิงห์) อปท.
 [นางกัญญา หองสิงห์]
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว วงศ์อุค เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700304747	ที่อยู่ 83 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0836789645	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 03 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2494 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคเบาหวาน หลงลืม เคลื่อนไหวลำบาก ปวดข้อปวดเข่า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคบ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สหวิชาชีพ เยี่ยมบ้าน 2 ครั้งต่อปี	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบับขับถ่าย(ปัสสาวะ) - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุตม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ศิริวงศ์อุค =
ศิริวงศ์อุค

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

ลงชื่อ..... อปท.
[นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาว นภาพรธรรม วงศ์พนิชย์)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเพ็ชร วงศ์จันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700304180	ที่อยู่ 44 หมู่ที่ 03 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0476629946	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/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รถเข็น นั่ง สหวิชาชีพเยี่ยมปี ละ 2 ครั้ง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะก้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	ไพฑลีย์ วงศ์จันทร์ ญาติ นางจันทร์

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

ลงชื่อ.....
 [นางคุณัยรัตน์ ทองสิงห์] อปท.

ลงชื่อ.....
 [นางสาวนภาพรพรณ วงศ์หนายโกศล] เจ้าหน้าที่การเงิน
 เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส

.....
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเทพ วงศ์แสงสอน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700073982	ที่อยู่ 146 หมู่ที่ 03 ต.พืมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 093 3420252	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2484 [อายุ 82 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กสอง/ปี ผ้า อ้อม 36 ห่อ/ปี	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาลอุม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นางเทพ วงศ์แสงสอน	

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

ลงชื่อ.....
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกฏ) เจ้าหน้าที่การเงิน
 เจ้าหน้าที่จะบันทึกชื่อจากใส่

ลงชื่อ.....
 (นางผู้ช่วยธน พองสิงห์) อปท.
 [นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติกร]

† แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายถาวร วงศ์ตาเทพ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700318128	ที่อยู่ 168 หมู่ 4 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0646064486	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2502 (อายุ 64 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หูตึง ปวดหลัง กระดูกสะโพกเคลื่อน ปวด เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ 66 ค่าจัดซื้อ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อาหารทางการแพทย์ - ทิชชูเปียก - สายเปลี่ยนออกซิเจน - ผ้าอ้อมสำเร็จรูป - ชุดทำแผลสำเร็จรูป	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สะโพก (hip) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
- แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน ขึ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ภัยอันตรายจากข้ออื่น ๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

นางสาวนิภาพรรณ วงศ์เทพ (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์เทพ)

เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส

นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์ อปท.

(นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์)

นางพิมพ์เพ็ญ ชื่นชื่น (นางพิมพ์เพ็ญ ชื่นชื่น)

นางสุภาวดี วงศ์ตาเทพ (นางสุภาวดี วงศ์ตาเทพ)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหมาราย/ราย/ปี)

ชื่อ นายโพสา แสนสุภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700321919	ที่อยู่ 59 หมู่ที่ 04 ต.พืมา น.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0935030210	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2494 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ชาอ่อนแรง รูปร่างผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมารายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมารายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ชื่อ/บรรณารักษ์ในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	ชื่อ/บรรณารักษ์
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>โพสา แสนสุภา</i>	

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนันทพรชน วงศ์นายโคตร)
 เจ้าพนักงานเวชภัณฑ์และเภสัชภัณฑ์อาวุโส

ลงชื่อ.....อปท.
 (นางสุพัตร์ทิพย์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว วงศ์นายโกฏ 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=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สายตามองเห็นเลือนกลาง หูตึง ข้อเข่าเสื่อม เหนื่อยง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี68 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	Ornong Kongsang
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....
.....อ.บ. (นางถัยรัตน์ ทองสิงห์)

ลงชื่อ.....
.....ผู้อำนวยการ

..... (นางถัยรัตน์ ทองสิงห์)

ลงชื่อ.....
.....เจ้าหน้าที่การเงิน

.....
.....นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

.....
.....

.....
.....

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวศรียา หลวง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700319035	ที่อยู่ 69 หมู่ที่ 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=T1, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน ความดันโลหิตสูง น้ำหนักมาก ปวดเข่า เดินลำบาก ขาที่เท้าความรู้สึกที่เท้าลดลง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) หรือ ลูกชาย สิริพันธ์ หลวง	

๒ สิริพันธ์ หลวง เชื้อสีทอง

นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์ ปฏิบัติงาน (CM)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาภรณ์ วัฒนภักดี)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ.....อปท.
 (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสุรชาติ เชื้อดวงผุย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700321650	ที่อยู่ 56 หมู่ที่ 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/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์.....อปท.

(นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)

[.....]
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ


ลงชื่อ.....นางสาวนภาพรรณ วงศ์นายโกด.....เจ้าหน้าที่การเงิน


(นางสาวนภาพรรณ วงศ์นายโกด)


[.....]
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางทวี พลอาสา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700319493	ที่อยู่ 26 หมู่ที่ 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=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ อัมพฤกษ์ อ่อนแรงซีกซ้าย เดินเซ หกล้มบ่อยครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อรถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - จมูก (nose) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
มี...ความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	นายปาริส พลอาสา
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นางสาวทวี พลอาสา	

ลงชื่อ  ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ  อปท.
(นางฤทัยรัตน์ ทองสงฆ์)
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ  เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนันทาพรณ์ วงศ์นายโกศล)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางหัสดี ชาเครือ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700323881	ที่อยู่ 92 หมู่ 4 ต.พืมา น.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0853439656	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 08 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2498 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานถูกตัดนิ้วหัวแม่มือเท้าซ้าย มะเร็งเต้านมรักษาด้วยเคมีบำบัด ข้อเข่าเสื่อมเดินเองไม่ได้ ต้องมีอุปกรณ์	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อรถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี.....ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) X นางสาว	

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)
 ลงชื่อ.....นางสาวนิลาพรรณ วงศ์หมายเกิด.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิลาพรรณ วงศ์หมายเกิด)
 เจ้าหน้าที่งาน.....

ลงชื่อ.....(นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์).....อปท.
 (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติงาน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายกองมณี วงศ์ดวงผา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700320149	ที่อยู่ 36 หมู่ที่ 04 ต.พื้ฆาม อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0638845661	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2480 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง หลังค่อม เห็นยลตลอดเวลา ซ้อเข้าเสื่อม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		- คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางสมใจ และ นงนุช</i>	

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....พยานวลวิมลชีพชำนาญการ.....]
[.....นางสาวนันทิยา.....] เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....นางสาวนันทิยา.....] เจ้าหน้าที่อาวุโส
เจ้าพนักงานการเงิน

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางดอกแก้ว อินปากดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700323741	ที่อยู่ 90หมู่ที่ 04 ต.พืมาน อ.นาแก 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 เหนื่อยตลอดเวลา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ช่องปากไม่สะอาด - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 4 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	๕ ธพพว ๒๖/๑๕๖

นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

นางสาวนันทพร วงศ์พนาลัย เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวนันทพร วงศ์พนาลัย)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

นางสุทนต์ ทองสงห์ อปท.

(นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติงาน)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสำเนียง สมเย็น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3310300556995	ที่อยู่ 109 หมู่ 4 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0899685074	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2493 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รูปร่างผอม ความดันโลหิตสูงรับยาประจำ ขา 2 ข้าง อ่อนแรงทงลุ่มบ่อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ปี 66 ค่าจัดซื้อ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - อาหารทางการแพทย์ - สายเปลี่ยนออกซิเจน - ทิชชูเปียก - ผ้าอ้อมสำเร็จรูป - ชุดทำแผลสำเร็จรูป 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - บริการพิเศษอื่นๆ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน <p>ให้ปลอดภัยต่อผู้ดูแล</p>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
<ul style="list-style-type: none"> - แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน ขึ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ขึ้น/วัน 		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอเพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	<p>นางสาว นีย์ ศิริโคตรวงศ์</p> <p>นางสาว นีย์ ศิริโคตรวงศ์</p>

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(.....หม่อมราชวงศ์.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าทีการเงิน

(นางสาวนิภาพรธรรม วงศ์หมายไกล)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ.....(นางสาว.....).....อปท.

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางสาวดวงค์ วงศ์นายโกฏ 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=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด โรคหัวใจ มีภาวะน้ำท่วมปอด ดับโต เหนื่อยง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
มี.....ความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	นางสาว ดวงค์ วงศ์นายโกฏ นาง สุทธิ ไตรธราช

นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

นางสาว..... เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาว.....)

นางสาว.....

นางสาว..... อปท.

(นางสาว.....)

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเช่าค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.คำเปียง นนคนหมั่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700322303	ที่อยู่ 64 หมู่ 4 ต.พืมาณ 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=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตามัวมองไม่ชัด ซาอ่อนแรง หกล้มบ่อย มีแผลที่เท้า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อรถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การปรับสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	นางสาว นีย์ ศิริโคตรวงศ์

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....พยวมาจวิจวิพชกานาญการ.....]
 ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ วิชาพยาบาล)
 [.....เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส.....]

ลงชื่อ.....นางสาว นีย์ ศิริโคตรวงศ์.....อปท.
 [.....(นางกัญรัตน์ ทองสิงห์).....]
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายนิศ วงศ์นายโกฏ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700409476	ที่อยู่ 77หมู่ที่ 04 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2487 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดขาบอด 2 ข้าง โรคความดันโลหิตสูง กลืนลำบาก ผอม หลังค่อม เหนื่อยง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - คอ (throat) - ตา (eyes) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - หู (ears) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี <input checked="" type="checkbox"/> ต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อศวรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ นางนิศ วงศ์นายโกฏ อพท. ๕

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

(นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์)

ลงชื่อ นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ เจ้าหน้าที่การเงิน

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์ทรายโกฏ)

เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ณิชา รอดชมภู เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3411900602076	ที่อยู่ 183 หมู่ 4 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อก่อน) 0934348464	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 20 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2518 (อายุ 48 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรครูมาตอยด์ ขา 2 ข้างอ่อนแรง สืบเดินไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ 66 ค่าจัดซื้อ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - อาหารทางการแพทย์ - สายเปลี่ยนออกვიเจน - ทิชชูเปียก - ผ้าอ้อมสำเร็จรูป - ชุดทำแผลสำเร็จรูป 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - สะโพก (hip) <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
<ul style="list-style-type: none"> - แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน ขึ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน 		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวณิชา ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางสาวณิชา ศิริโคตรวงศ์</i> <i>คุณศิริ</i> <i>คุณศิริ</i>	

ลงชื่อ นางสาวณิชา ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ นางสาวณิชา ศิริโคตรวงศ์ อปท.

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

(นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)

ลงชื่อ นางสาวณิชา ศิริโคตรวงศ์ เจ้าหน้าที่การเงิน

(นักพัฒนาชุมชนปชช.ศิริ)

(นางสาวนิภาพรรณม วังคันทนายโกฏ)
 เจ้าหน้าที่กองงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางเกตุ คำสิงห์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700318527	ที่อยู่ 35 หมู่ที่ 04 ต.พืมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน เมษายน พ.ศ. 2482 (อายุ 84 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง มีภาวะกลืนลำบาก ข้อสะโพก ข้อเข่าเสื่อม เดินลำบาก ทกล้ม เหนื่อยง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)
มี... ต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกทกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	✖ ทวง เสด็จ คำสิงห์
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) ✖ X 161 01-00100 02/1/66	

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....) **พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ**
 ลงชื่อ.....**นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์**.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ.....**นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์**.....อ.พ.
 (.....) **นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ**

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิง (อัตราการจัดเซvice ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายวาริน ต้นสมรส เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700320289	ที่อยู่ 38 หมู่ 4 ต.พืมา น.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0834214996	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2489 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ขาอ่อนแรง รูปร่างผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนบิสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(บิสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนบิสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี.....ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำคัญอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น - ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางสาว นนทยา นนทยา</i>	

ลงชื่อ *J. Smith* **นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์** ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....]
[Signature] เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโคต)
 [.....]
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายคำบ ทวงศ์ดาเทพ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3430200021550	ที่อยู่ 8 หมู่ 4 ต.พืมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 15 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2464 (อายุ 102 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รูปร่างผอม หลังค่อม ขา 2 ข้างอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - ท้อง (stomach) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
มี <input type="checkbox"/> ต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - สิ่งเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	พ.ศ. ๒๕๖๖
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นาง อังพร ผลิตงษ์	

ลงชื่อ **นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์** ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)
ลงชื่อ **นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์** เจ้าหน้าที่การเงิน
(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

ลงชื่อ **นาง อังพร ผลิตงษ์** อปท.
(นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์)
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ภาพสินธุ์ ดันสมรส เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700318420	ที่อยู่ 12 หมู่ 4 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0820468659	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2492 [อายุ 74 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รูปร่างผอม สุนัขเหินง่าย ขา 2 ข้างอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ปี66 ค่าจัดซื้อ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อาหารทางการแพทย์ - สายเปลี่ยนออกซิเจน - ทิชชูเปียก - ผ้าอ้อมสำเร็จรูป - ชุดทำแผลสำเร็จรูป 	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก [oral] - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) * นางสาวนีย์ ดันสมรส	

ลงชื่อ นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ]
 ลงชื่อ นางสาววิภาพรรณ วงศ์หนองไค้ เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาววิภาพรรณ วงศ์หนองไค้]
 เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ นางอุทัยรัตน์ ทองสงท อปท.
 [นางอุทัยรัตน์ ทองสงท]
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวรี สืบสูงเนิน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700318047	ที่อยู่ 67หมู่ที่ 04 ต.พืมาน 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=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคความดันโลหิตสูง กลืนลำบาก ผอม เหนื่อยง่าย หลังค่อม ปวดหลัง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ <i>นาง นิตดาวัลย์ อ้นอึ้ง</i>
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นาง นิตดาวัลย์ อ้นอึ้ง</i>	

นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

นางสาวนิตดาวัลย์ อ้นอึ้ง เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวนิตดาวัลย์ อ้นอึ้ง)

เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

นาง นิตดาวัลย์ อ้นอึ้ง

(นางนิตดาวัลย์ อ้นอึ้ง)

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ญธิดารัตน์ วงศ์อุคะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1480701308529	ที่อยู่ 82 ม.5 ต.พืมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 29 เดือน เมษายน พ.ศ. 2522 (อายุ 44 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=-1/2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดแต่กำเนิด ตาบอด ตัวเล็ก สมองเล็ก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี สบ วีซาซีพีเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- ความสามารถในการมองเห็น - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวิทย์ ศิลาดุล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <u>พ.ล. เพ็ญจันทร์ วงศ์แสงน้อย</u>	

ลงชื่อ จิระวิทย์ ศิลาดุล ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นาง จิระวิทย์ ศิลาดุล)

ลงชื่อ พ.ล. เพ็ญจันทร์ อ.พ.
 (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายุกิต เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายุกิต)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ชธีรภัทร วงศ์อุตะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1480501330431	ที่อยู่ 82ม.5 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 31 เดือน มกราคม พ.ศ. 2550 (อายุ 16 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการ สมองเล็ก เดินไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอล์ ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี ทิชชู สหรักษาชีพเย็บมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) น.ส. เพ็ญจันทร์ วงศ์โสภณ้อย	

ลงชื่อ จิระวัลย์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม]

ลงชื่อ เพ็ญจันทร์ อปท.
 (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 [นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ]

ลงชื่อ [ลายเซ็น] เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายโกด)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเกษม ศรีชาหลวง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700036343	ที่อยู่ 49 ม.5 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0926424757	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2491 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ปวดข้อ ปวดเข่า เคลื่อนไหวไม่สะดวก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ห่อ/ปี	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ จิระวัลย์ ศีลาอุดม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง จิระวัลย์ ศีลาอุดม]
 ลงชื่อ [ลายเซ็น] เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายไถ่)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวดี ศรีชาหลวง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700033620	ที่อยู่ 6 ม.5 ต.พิมาน อ.นาแกจ จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0985727263	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2489 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปวดข้อปวดเข่า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคบ เผลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี สหวิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์) อปท.
 [นักพัฒนาชุมชน/ผู้เฝ้าการ]

ลงชื่อ นางสาวนิภาพรอม วงศ์ทนายโคด เจ้าหน้าที่การเงิน
 เจ้าหน้า ทัณชีอาาโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราค่าเช่าเตียง/ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางท้าย วงศ์แสนไชย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700034600	ที่อยู่ 22 ม.5 ต.พืมาสน อ.นาแก จังหวัดนครพนม หมายเลขโทรศัพท์(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 เหนื่อยง่าย หลงลืม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ภายอุปกรณ์ช่วยเดิน สห วิชาชีพเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	ร. สมศักดิ์ พงษ์พานิช ร. นันทิมา วงศ์แสนไชย

ลงชื่อ.....
 (นาง ศิระวัลย์ ศิลาอุดม)
 ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 ลงชื่อ.....
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์แสนไชย)
 เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ.....
 (นางกัญรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ
 อ.ปท.

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบัวสี วงศ์แสนไชย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700034022	ที่อยู่ 12 หมู่ที่ 05 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2478 [อายุ 88 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหากระดูกทับเส้นประสาท เดินลำบาก เดินในระยะไกลไม่ได้ หลงลืม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สหวิชาชีพเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง รถพาเดิน	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวิทย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) * 66046 นวณ 6606	

ลงชื่อ.....
 (นางจิระวิทย์ ศีลาอุดม) ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 ลงชื่อ.....
 (นางศุภาภรณ์ ทรัพย์ทรัพย์) เจ้าหน้าที่การเงิน
 (ในตำแหน่งที่ดูแลการเงินและบัญชีอาวุโส)

ลงชื่อ.....
 (นางเพ็ญรัตน์ ทองสิงห์) อปท.
 (นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.วิไลวรรณ พ่ออำมาตย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700036157	ที่อยู่ 114 หมู่ที่ 05 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0895728943	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 19 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2505 [อายุ 61 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลอดเลือดสมองตีบ เคลื่อนไหวไม่สะดวก เบาหวาน มีนขา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี สหวิชาชีพเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	<i>วิไลวรรณ</i>
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>วิไลวรรณ</i>	

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

ลงชื่อ (นางศุภมาสวดี ทองสงห) อปท.
 [นักพัฒนาชุมชนผู้ปฏิบัติงาน]

ลงชื่อ *วิไลวรรณ* เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกด)
 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสุพจน์ วงศ์ตาชี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480700012556	ที่อยู่ 164 หมู่ที่ 05 ต.นาแก 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=8, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พุดไม่ชัด ผู้พิการระดับ 3,5 เดินไม่ได้ ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันตัวเองได้บางส่วน สื่อสารพอรู้เรื่อง เดินไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี แผ่น รองขับ 36 ห่อ/ปี ถุงมือใช้แล้วทิ้ง 12 กล่อง/ปี สห วิชาชีพลงเยี่ยมบ้าน	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่องปากไม่สะอาด	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - ระยะยาว - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางระพีพร</i>	

ลงชื่อ *จิระวัลย์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [*นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม*]

ลงชื่อ *ระพีพร* อปท.
 (นางระพีพรรัตน์ ทองสงฆ์)
 [*นางระพีพรรัตน์ ทองสงฆ์*]

ลงชื่อ *ระพีพร* เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายโกศล)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบัง วงศ์เทราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700033867	ที่อยู่ 10 หมู่ที่ 05 ต.พืชมาน 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 มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง หลังล้ม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หนังกากอนามัย 1 กสอง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สหัชชาชีพเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง เตียงลม	- ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>พันทอง วงศ์เทราช</i>	

ลงชื่อ *ดิฐกมล* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางอ.ดิฐกมล ศีลาอุดม]
 ชื่อ *นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโคด* เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโคด]
 เจ้าพนักงานบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ *นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์* อ.บ.ท.
 [นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์]
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางป่วน เดชา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3220500217737	ที่อยู่ 92 หมู่ที่ 05 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(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 หลงลืม อ้วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอส ลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี สห วิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว	* ดูแนว
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นาง ป่วน เดชา	

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

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

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกต)
 เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายมัน ชาเครือ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700033379	ที่อยู่ 69 หมู่ที่ 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 เบาทวานความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง หัวใจโต เหนื่อยง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สหวิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง ภายอุปกรณ์ช่วยในการเดิน		การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
วาระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย] <i>ฉ. นพ</i>	

ลงชื่อ *ศิริกมล* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง ศิริกมล ศิลาอุดม]
 ลงชื่อ *ฉ. นพ* เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายโกศล)
 [เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส]

ลงชื่อ *ฉ. นพ* (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์) อปท.
 [นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติงาน]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายวิสัย ศรีชาหลวง 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/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ห่อ/ปี	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวิสัย ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	

ลงชื่อ จิระวิสัย ศิลาอุดม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นาง จิระวิสัย ศิลาอุดม]

ลงชื่อ (นางณัฏฐิณี ทองสิงห์) อปท.
[นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ]

ลงชื่อ (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายไถ่) เจ้าหน้าที่การเงิน
[นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายไถ่]
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพรพิศ วงศ์กระโซ่ 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 ปวดต้นแขน 2 ข้าง อ่อนแรง ไหล่ติด ยกแขนไม่สุด เหนื่อยตลอดเวลา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคลื่อนไหว ปิ66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	ความต้องการ/ควรได้รับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การปรับสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	พรพิศ วงศ์กระโซ่

นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางสุภัทราพร พงษ์สิงห์ อปท.
 (นางสุภัทราพร พงษ์สิงห์)

นางสาวนภาพรรณ วงศ์หนายโคด
 เจ้าหน้าที่การเงิน

นางสาวนภาพรรณ วงศ์หนายโคด
 เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ต้น อัมพร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 547150002485	ที่อยู่ 25 หมู่ 6 ต.พืมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0611589853	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน 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
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ 66 ค่าจัดซื้อ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - อาหารทางการแพทย์ - สายเปลี่ยนออกซิเจน - ทิชชูเปียก - ผ้าอ้อมสำเร็จรูป - ชุดทำแผลสำเร็จรูป 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก [oral] - สะโพก [hip] - บริการพิเศษอื่นๆ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
<ul style="list-style-type: none"> - แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน ขึ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน 		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ร้องกัภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	061-1589853 นาง น.ส.ต้น อัมพร วงศ์... น.ส.ต้น อัมพร

ลงชื่อ นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ]
 ลงชื่อ [ลายเซ็น] เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ จิตต์เกษมย์โกศล)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและพัสดุ

ลงชื่อ [ลายเซ็น] (นางนันทิยา หนองสงฆ์) อ.ปท.
 [นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ใบศรี วงศ์ฝ่ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700027646	ที่อยู่ 9 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0971288140	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2520 (อายุ 46 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รูปร่างอ้วน เตี้ย ไม่สมส่วน พิการ ข้อเท้าบิด เดินลำบากใช้ไม้เท้าตลอด มีภาวะซึมเศร้า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคนดูแลต่อเนื่องปี 66 ค่า จัดซื้อเวชภัณฑ์ที่จำเป็นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนบิสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(บิสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนบิสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>ในศรี วงศ์ฝ่ายแดง</i>	

in donk
 นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าทางการเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโคต)
 (.....)
 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ.....*นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์*.....อปท.
 (.....)
 (.....นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเจียง วงศ์กระโซ่ 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 ปวดเข่า เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอเพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	นางสาว นีย์ สิริโคตรวงศ์

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

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

[.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....]

[..... (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์).....]

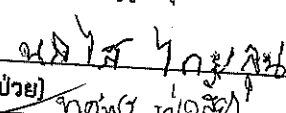
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าทางการเงิน

.....นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

(นางสาวนิภาพรณ วงศ์นายโกด)

เจ้าหน้าการเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ช.ทศพร พอสียา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1480700177650	ที่อยู่ 82 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อกัน)	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 29 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2539 (อายุ 27 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดขาหัก ผิดรูป มือหงิกงอ มีแผลที่ขาท่อนล่างซ้าย	
สถานสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) 	

ลงชื่อ นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)
 ลงชื่อ นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกด เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกด)
 (เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส)

ลงชื่อ นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์ อปท.
 (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ
 ๐๙๔ ๐๗๕๐๕๕
 2

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายอัน วงศ์กระโซ่ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700028359	ที่อยู่ 20 หมู่ 6 ต.พืมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2487 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดตาบอด หูตึง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เหนื่อยง่าย ปวดเข่า 2 ข้าง ข้อเข่าเสื่อม เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	ความต้องการ/ควรได้รับ	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	นางอัน วงศ์กระโซ่

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าทีการเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโคก)
 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ.....นางอัน วงศ์กระโซ่.....อปท.
 (นางอัน วงศ์กระโซ่ พงษ์สิงห์)
 (นางอัน วงศ์กระโซ่ พงษ์สิงห์)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพิศนา วงศ์ฝ่ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700027689	ที่อยู่ 10 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0936907458	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2492 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคเบาหวาน ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ความดันโลหิตสูง ขาอ่อนแรง รูปร่างผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มีความต้องการ/ควรได้รับ	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การพลัดตกหกล้ม 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 4 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	กิตติธวัช แสนดวงท

นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)
 ลงชื่อ เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายโกต)
 เจ้าพนักงานบัญชีชำนาญการ

ลงชื่อ อ.พ.
 (นางภทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาระบบปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มิภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสุวิวัฒน์ ใจเที่ยง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3490400141249	ที่อยู่ 65 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0854622070	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2497 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หูตึง ตาบอด 1 ข้าง ตามัวมาก 1 ข้าง ความดันโลหิตสูง รูปร่างผอม ขา2ข้างอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ 66 ค่าจัดซื้อเวชภัณฑ์ที่จำเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนบิสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - อาหารทางการแพทย์ - สายเปลี่ยนออกซิเจน - ทิชชูเปียก - ชุดทำแผลสำเร็จรูป - ผ้าอ้อมสำเร็จรูป 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบับขับถ่าย(บิสสาวะ) - การช่วยในระบับขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตา (eyes) - บริการพิเศษอื่นๆ - หู (ears) <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนบิสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
<ul style="list-style-type: none"> - แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน ขึ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ขึ้น/วัน 		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ - สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

 ผู้อำนวยการ

 เจ้าหน้าที่การเงิน

 (นางสาวนิภาพรอม วงศ์หมายโกฏ)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

นางสาว นีย์ ศิริโคตรวงศ์

 ลงชื่อ (นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์) อ.พ.

 (นางสาวนิภาพรอม วงศ์หมายโกฏ) อ.พ.

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ต.ต.สุรัชย์ เสียรกระโทก 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 มือหัก 2 ข้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มีความต้องการ/ควรได้รับ	
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	๐๘๙-๘๐๓๓๔๖๒ นางสาวนีย์ เสียรกระโทก

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....พยานาถวิภาณีพำนวนุภวรร.....]
ลงชื่อ.....นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายโกศล.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นายพงษ์ แสนสุภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700030132	ที่อยู่ 48 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 03 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2488 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หอบหืด เก๊าท์ ติดสุรา จิตเวช ซ้อเข้าเสื่อม เข้าโงงซ้อเสื่อม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - คอ (throat) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มี.....ความต้องการ/ควรได้รับ	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น - ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 ลงชื่อ นางสาววิภาพรรณ วงศ์หมายโกด เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาววิภาพรรณ วงศ์หมายโกด)
 เจ้าหน้าใจ.....

ลงชื่อ นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์ อปท.
 (นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนเขตสุขภาพที่ ๑๑
 ๒๖.๒๐๒๕ ๒๐๒๕/๑๐๐ ๐๔๙๑ ๒๗๖๑๐๙

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางวันนา วงศ์ฝ่ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700027972	ที่อยู่ 88 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0934648356	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 11 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2479 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ชาอ่อนแรง รูปร่างผอม หลงลืม กลืนลำบาก เหนื่อยตลอดเวลา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	ความต้องการ/ควรได้รับ	
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 1 สัปดาห์ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - สิ่งเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	นาง กิ่งแก้ว วงศ์ฝ่ายแดง นาง วันนา วงศ์ฝ่ายแดง

นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางสาวนิลาพรรณ วงศ์หิน เอโกเทิ เจ้าหน้าทีการเงิน
 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

นาง กิ่งแก้ว วงศ์ฝ่ายแดง
 นาง วันนา วงศ์ฝ่ายแดง

นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายประโมทย์ จันทร์แก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470400442079	ที่อยู่ 72 หมู่ที่ 06 ต.พืชมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0808105139	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2499 [อายุ 67 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ หลงลืมเป็นบางครั้ง ย่อนแรงครึ่งซีก เดินเซ หกสัปดาห์	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสดูแลต่อเนื่องปีละค่าจัด ซื้อเวชภัณฑ์ รถพาเดิน เครื่องออกกำลังกาย ที่ จำเป็นเฉพาะรายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มีความต้องการ/ควรได้รับ	
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	26/11 2566 <i>ประโมทย์ จันทร์แก้ว</i>

ลงชื่อ *J. Anit* นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ]
 ลงชื่อ *[Signature]* เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายไกล)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ *[Signature]* อ.พท.
 (นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจอมแพง วงศ์ชาชม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700029339	ที่อยู่ 33 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 02 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2486 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลงลืม เดินตลอดเวลา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มีความต้องการ/ควรได้รับ	
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

สง่า วงศ์ชาชม

ลงชื่อ... นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ... (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์) อปท.
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ... (เจ้าหน้าที่การเงิน)
 [ระบุตำแหน่งการเงินและบัญชีอาวุโส]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสง่า วงศ์ฝ่ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700029355	ที่อยู่ 72 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0808105139	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 27 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2516 (อายุ 50 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ หลงลืมเป็นบางครั้ง อ่อนแรงครึ่งซีก เดินเซ หกล้มบ่อยครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เสนอต่อเมื่อ ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มี.....ความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....)
 ลงชื่อ.....
 (นางสาวนิภาวรรณ วงศ์นายไถ่).....เจ้าหน้าที่การเงิน
 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ.....
 (นางศุภมาส หอมสิงห์)
 ปลัดไต่ถามชุมชนปฏิบัติการ

ชื่อ.....นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์.....
 ชื่อ.....
 ชื่อ.....

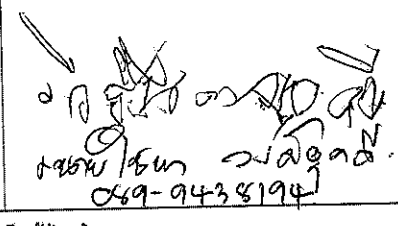
แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเช่าค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบำหน วงศ์อุตะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700033930	ที่อยู่ 95 หมู่ 6 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0890531292	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 03 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิการ ขาขาด เหนื่อยง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มีความต้องการ/ควรได้รับ	
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ใน Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) ✕	

นางเสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 (นางสาวนภาพรรณี วงศ์นบโชค)
 เจ้าหน้าที่การเงิน

นางบำหน วงศ์อุตะ
 (นางเสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์) อปท.
 (นางสาวนภาพรรณี วงศ์นบโชค)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายวิรัตน์ วงศ์อุตติ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700403681	ที่อยู่ 88 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน เมษายน พ.ศ. 2480 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : คลื่นไหวลำบาก ติดเตียง มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข้า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ภายอุปกรณ์ช่วยในการเดิน สหวิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	 ง ก ร 049-9438194
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวิทย์ ศิลาดุตม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ จิระวิทย์ ศิลาดุตม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางจิระวิทย์ ศิลาดุตม]

ลงชื่อ นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์ อ.ปท.
 [นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์]
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ นางสาวนิภาพรรณ วงศ์พนม เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาวนิภาพรรณ วงศ์พนม]
 เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหงษ์คำ วงศ์อุตติ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700403699	ที่อยู่ 88 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 02 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2488 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง โรคหัวใจ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี สบู่ฆ่าเชื้อเย็บบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	* พยาบาล 24 ชั่วโมง * พยาบาล 1 คน วงศ์อุตติ. 069-9488164.
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวิทย์ ศิลาอุตม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นาง จิระวิทย์ ศิลาอุตม)

ลงชื่อ.....อปท.
(นางฤทัยรัตน์ ทองสงฆ์)

(.....)
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนองไผ่)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

0856489341 (๗๖๖)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางมยุรี วงศ์นายโกฏ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700402234	ที่อยู่ 127 หมู่ที่ 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 : คลื่นไส้ลำบาก ติดบ้าน มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เชา และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะถาวรหรือถาวรหรือไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาลุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ จิระวัลย์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[นางจิระวัลย์ ศิลาลุดม]

ลงชื่อ [ลายเซ็น] เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวนภาพรธรรม วงศ์นายโกฏ)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

ลงชื่อ [ลายเซ็น]

(นางฤทัยรัตน ทองสิงห์)

[เจ้าพนักงานชุมชนปฏิบัติการ]

0999439919 ม.ค.

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ราย/ปี)

ชื่อ นางแก่น วงศ์เทราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700228447	ที่อยู่ 199 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2478 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปวดข้อปวดเข่า ตาเห็นไม่ชัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หมอน นั่งลูกประคบ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี สหวิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ คีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางสาววิภาวรรณ วงศ์เทราช</i>	

ลงชื่อ *จิระวัลย์ คีลาอุดม* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง จิระวัลย์ คีลาอุดม]
 ลงชื่อ *วิภาวรรณ* เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาววิภาวรรณ วงศ์เทราช)
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ *วิภาวรรณ* (นางสาววิภาวรรณ วงศ์เทราช) อปท.
 [นางสาววิภาวรรณ วงศ์เทราช]
 [นางสาววิภาวรรณ วงศ์เทราช]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางปราศรัย วงศ์อุคะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700481274	ที่อยู่ 117 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 13 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2498 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลงลืม ความอ่อนแรง แขนขา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ห่อ/ปี ไม้เท้าสามขา รถพาดเนิน	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	วิเศษ ๑๒/๑๕/๒๐

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

ลงชื่อ.....นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์.....อ.ปท.
[นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าทีการเงิน
(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายเกิด)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)


ชื่อ นายสมพล วงศ์อุตะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480790013751	ที่อยู่ หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2493 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปวดข้อปวดเข่า ตาเห็นไม่ชัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคบ เกลแกลกฮอฮอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแฉดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุตม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

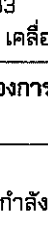
ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน [CM]
[นาง จิระวัลย์ ศิลาอุตม]


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


ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[นางสาวนิลาพรธรรม รุ่งทิพย์ โสโกด]
เจ้าพนักงานบัญชี

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเขยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางบุญยัง วงศ์เทวราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700403184	ที่อยู่ 77 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 09 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2490 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :: เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคบ เผลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี ไม่ให้สามขา สทิวซาซีฟเยียมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) * 	

ลงชื่อ  ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นาง ลีระจิตต์ ศิลาอุดม]

ลงชื่อ  อปท.
(นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
[นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ]

ลงชื่อ  เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์พัฒนกิจ)
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.มะลาวัน วงษ์เพชรราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700482041	ที่อยู่ 28 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2491 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา ซ้ำ และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สหวิชาชีพเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ซ้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ความต้องการ/ควรได้รับในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>มะลาวัน</i>	

ลงชื่อ *สิริพงษ์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นาง สิริพงษ์ ศิลาอุดม]
ลงชื่อ *[ลายเซ็น]* เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนิลาพรพรรณ อังก์กนกชโยโต)
เจ้าพนักงานบัญชีเงินทางใจเข็วค้ำ

ลงชื่อ *[ลายเซ็น]* อปท.
(นางฤทัยรัตน์ ทองสงพ)
[.....]
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ น.ส.อาภร มุ่งคำคุณ 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 ปวดข้อปวดเข่า ตาเห็นไม่ชัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุตม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	๑๖๖๕

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นาง ศิระวัลย์ ศิลาอุตม]
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[นางสาวนิภาพรหม วงศ์พรหมอโณทัย]
[เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางวรรณภา เฝ้าเงินงาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700402706	ที่อยู่ 68 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 09 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2504 (อายุ 62 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปวดข้อปวดเข่า ตาเห็นไม่ชัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคบ เผลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี สหรีชอาชีพ เยี่ยมปีละ 2 ครั้ง	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การหลัดตกหลัดล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) x	นาง อรวิทย์

ลงชื่อ.....
 (นางศิริวัลย์ ศิลาอุดม)
 ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....
 (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 (.....)
 นักพัฒนาชุมชน(ปฏิบัติกร)

ลงชื่อ.....
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์มงคล)
 (.....)
 เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพันลี วงศ์ผาบุตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700403231	ที่อยู่ 66 หมู่ที่ 07 ต.พืมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2492 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เช้า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอส ลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี สห วิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) + พน ลี	

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

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

ลงชื่อ นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายโกด เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายโกด]
 เจ้าหน้าที่กองการเงินและบัญชีอำเภอ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเตียงสำหรับบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ น.ส.พิศเทพพร อุ่นหล้า เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700483145	ที่อยู่ 136 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	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 ปวดข้อปวดเข่า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคบ เกลแกลกชอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิอยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) * พิศเทพ อุ่นหล้า * น.ส.อริศรา อ่อนนุ่ม	

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

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

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายไถ่)
[.....]
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.พาดิ อุ่นหล้า เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700483129	ที่อยู่ 45 หมู่ที่ 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=63 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข้า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง โรค ความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หม้อ นึ่งลูกประคบ เผลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากาก อนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ	เป้าหมายการดูแล	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย		
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์
 (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ ศิริกมล ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง ศิริกมล ตีลาอุดม]
 ลงชื่อ นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายโกศล เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายโกศล)
 เลขหมายโทรศัพท์มือถือ 09-0000-0000

ลงชื่อ นางฤทัยรัตน์ อ.พ.
 (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายอร่าม พ่อคำช้าง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700402340	ที่อยู่ 60 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2500 (อายุ 66 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง โรคความดันโลหิตสูง ยอ่อนแรงครึ่งซีก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หมอนึ่งลูกประคบ เกลแอสกอสอลล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี สหรีดซักฟอเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง		การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นาง อร่าม พ่อคำช้าง</i>	

ลงชื่อ *จิระวัลย์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[นาง จิระวัลย์ ศิลาอุดม]

ลงชื่อ *อร่าม* อปท.

(นางอร่าม พ่อคำช้าง) [นาง อร่าม พ่อคำช้าง]

ลงชื่อ *อร่าม* เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกด)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ) (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ)

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 การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี เครื่องช่วยฟัง รถพาเดิน	- ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ท้ายอาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาลุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) X	

X อ่อนสา อุ่นหล้า

065-54403619

ลงชื่อ จิระวัลย์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นาง จิระวัลย์ ศิลาลุดม]

ลงชื่อ [ลายเซ็น] เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกฏ)
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ [ลายเซ็น]
(นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซสเซอร์ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกล้วย วงศ์อู๊ดดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700030469	ที่อยู่ 5 หมู่ที่ 07 ต.พืมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(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/งบบริการที่เหมาะสมที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอส ลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ท่อ/ปี สหวิชาชีพลงเยี่ยมบ้าน ปีละ 2 ครั้ง รถพาเดิน	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ คีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>X</i> <i>นาง กิ่งกมล</i>	

X *นาง กิ่งกมล* *นางสุพรรณ*

ลงชื่อ *นาง กิ่งกมล คีลาอุดม* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[*นาง กิ่งกมล คีลาอุดม*]

ลงชื่อ *นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์* อ.ปท.
[*นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์*]
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ *นางสาวนิภาพรรณ วงศ์พนายโก* เจ้าหน้าที่การเงิน
[*นางสาวนิภาพรรณ วงศ์พนายโก*]
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงสำหรับบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายขุนลม แสนศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700569716	ที่อยู่ 8 หมู่ที่ 07 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2484 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ติดบ้าน ป่วยหลอดเลือดสมอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ่า อ้อม 36 ท่อ/ปี	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	X ๑ ลิ้น ๑๑๖-๖๖๖ ๗๗ X 1๐๖๐๘ 1๖๕๖๐๖๖
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	X ๖๖๐๖ 115๖๐๖๖

ลงชื่อ ศิริกมล ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ [ลายเซ็น] อ.ปท.

[นาง ศิริกมล ศีลาอุดม]

(นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์)
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ [ลายเซ็น] เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกศ)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายปีสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดสรรค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางประนอม อันปัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700403851	ที่อยู่ 111 หมู่ที่ 07 ต.พืมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	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 เข้า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง โรคความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ท่อ/ปี สหวิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) X <i>นางประนอม อันปัญญา</i>	

ลงชื่อ จิระวัลย์ ศิลาอุดม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม]
 ลงชื่อ นางสาวกัญญาพร วังคันทนา เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวกัญญาพร วังคันทนา)
 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์ อปท.
 (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางซัน วงศ์ดวงมา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700431391	ที่อยู่ 20 หมู่ที่ 08 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 08 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2499 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก ติดบ้าน มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา ซ้ำ และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี สหวิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
กรณีประเมินบุคคลที่มีภาวะก้ำกึ่งปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	นาง ซัน วงศ์ดวงมา

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

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

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายไทร)
 [.....]
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/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 : ผู้ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ฟอกไตทางเส้นเลือด มีอาการเหนื่อยบ่อยครั้ง แขนขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ไม่ให้สามขา	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
วาระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>ศศิธร</i> <i>สิงภาพ</i>	

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

ลงชื่อ *ศศิธร* อปท. *ศศิธร สิงภาพ*
 [(นางศศิธร หนองสิงห์)]
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ *ศิริพร* เจ้าหน้าที่การเงิน
 [(นางสาวนิภาพรรณ วรค์ทนายโกด)]
 เจ้าหน้าที่งานการเงินและพัสดุ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียง/เตียง/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองอุณ วงศ์อุตะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700432389	ที่อยู่ 48 หมู่ที่ 08 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2499 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : คลื่นไส้ลำบาก ติดบ้าน มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อน แรง กลืนลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี เจลแอส ลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้า อ้อม 36 ท่อ/ปีสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <u>นาง นงนิตย์ พงษ์สงข</u> <u>นางยุมากร พงษ์สงข</u>	

ลงชื่อ ศิริวัลย์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นาง จิระวัลย์ ศิลาอุดม]

ลงชื่อ นงนิตย์ พงษ์สงข อปท.
(นาง นงนิตย์ พงษ์สงข)
[นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ]

ลงชื่อ ศิริวัลย์ เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายโกด)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ช.ธีรศักดิ์ หนีเมืองนอก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1479900873071	ที่อยู่ 6 หมู่ที่ 08 ต.พืมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 18 เดือน เมษายน พ.ศ. 2552 (อายุ 14 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ดาวนชินโดรม ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ผู้พิการและด้อยโอกาส เคลื่อนไหวลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ความต้องการในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตกหล่น	ระยะสั้น - ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นาง กิ่งกษา นามมนตรี</i>	

ลงชื่อ *ธีรศักดิ์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [๒๗๑ คีระกมล ศิลาอุดม]
 ลงชื่อ *[ลายเซ็น]* เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาววิภาพรรณ วงศ์หมายโกต]
 [เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส]

ลงชื่อ *[ลายเซ็น]* อ.พ.
 [นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์]
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพั้ว วงศ์ดวงผา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700434802	ที่อยู่ 88 หมู่ที่ 08 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2499 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : จิตเวช หลงลืม มะเร็งตับ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นบกพร่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
หวังระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางพั้ว/พธว (วงศ์ดวงผา)</i>	

ลงชื่อ..... *จิระวัลย์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[*% วั จิระวัลย์ ศิลาอุดม*]

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

ลงชื่อ..... *[Signature]* เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายโกตี/
[*[Signature]*]
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายรายปี)

ชื่อ นางพิช วงศ์แสนไชย 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 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก ผู้ป่วยโรคหอบหืด เบาหวานและความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง มีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา เข่า และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง มีผลขนาดใหญ่ที่หลัง ผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หมอนิ่งลูกประคบ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี เช็ดทำแผลใช้แล้วทิ้ง จำนวน 24กล่อง/ปี ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมช่วยในการหายใจของแผล /ถุงมือใช้แล้วทิ้ง 12 คู่/กล่อง/ปี	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอายุเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) พิช วงศ์แสนไชย	

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

ลงชื่อ..... **พิช** อปท.
[นางคุณฤทัยรัตน์ ทองสีแก้ว]

ชื่อ..... **นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายโกด** เจ้าหน้าที่การเงิน
[นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หนายโกด]
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเขยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางสาวสังข์ทอง วงศ์ดวงผา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700433008	ที่อยู่ 112 หมู่ที่ 08 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2499 [อายุ 67 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มะเร็งเต้านม มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขา ผอม กลั้นปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เผลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี ไม้ เท้าสามขา	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ สีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	นางสังข์ทอง วงศ์ดวงผา อ.ปท.

ลงชื่อ.....
[นางจิระวัลย์ สีลาอุดม]

ลงชื่อ.....
[นางสาวนิภาพรธรม วงศ์ทนายโกศล]
เจ้าหน้าที่การเงิน
โรงพยาบาลการุณยและบุญชีอาวโส

ลงชื่อ.....
[นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์]
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายไทรนคร วงศ์ดำทำ 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/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ภายอุปกรณ์ ไม่เท่าสามขา สหวิชาชีพเยี่ยมบ้านปีละ 2 ครั้ง	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์ อปท.
[นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์]
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายเกิด เจ้าหน้าที่การเงิน
[นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายเกิด]
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเซย์ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายสมเพระ 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 : โรคเกาต์ ความดันโลหิตสูง เคลื่อนไหวลำบาก ปวดเข่า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศีลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นาย สม เพระ : ผู้ป่วย	

ลงชื่อ จิระวัลย์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง จิระวัลย์ ศีลาอุดม]
 ลงชื่อ [ลายเซ็น] เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางสาวนิภาพรพรณ วังคังหนวยไผ่ค]
 เจ้าหน้าที่งบประมาณการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ [ลายเซ็น] อปท.
 [นางอภัยรัตน์ ทองสิงห์]
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเซตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางสาวดวงศศิตา โสม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700429523	ที่อยู่ 113 ม.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/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สหวิชาชีพเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง กายอุปกรณ์ไม่เท้าสามขา	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทืออยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	นางสาวดวงศศิตา โสม พ.ศ. 2566 ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๖

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

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

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวกมลทิพย์ วัฒนวิทย์)
 [นางสาวกมลทิพย์ วัฒนวิทย์]
 เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวเพ็ญ วงศ์ฝ่ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700030213	ที่อยู่ 180 หมู่ 9 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2503 (อายุ 63 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=BB ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เหนื่อยอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง หกล้มบ่อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ 66 คำจัดซื้อ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อาหารทางการแพทย์ - สายเปลี่ยนออกซิเจน - ทิชชูเปียก - ชุดทำแผลสำเร็จรูป - ผ้าอ้อมสำเร็จรูป 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สะโพก (hip) <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน <p>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทืออยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>ศิริพร วงศ์ฝ่ายแดง</i>	

ลงชื่อ *นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ *(นางอุษรรัตน์ ทองสงฆ์)* อปท.

[*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*]

[*นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ*]

ลงชื่อ *(นางพรพรรณ เกษมณี วงศ์นายโกด)* เจ้าหน้าที่การเงิน

[*เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส*]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางวันนี คำศิริ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700411055	ที่อยู่ 78 หมู่ 9 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0855178526	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 18 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2521 (อายุ 45 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Myasthenia Gravis) ผ่าตัดต่อมไทมัส มีอาการอ่อนแรงของแขนขา ทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดมากกว่า 10 กิโลใน 1 เดือน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ปี66 ค่าจัดซื้อเวชภัณฑ์ที่จำเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือก ปากแห้ง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - อาหารทางการแพทย์ - สายเปลี่ยนออกซิเจน - ทิชชูเปียก - ผ้าอ้อมสำเร็จรูป - ชุดทำแผลสำเร็จรูป 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
<ul style="list-style-type: none"> - แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน 3 ชิ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน 		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - รงกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - มีอาชีพ มีรายได้ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	นาง วันนี คำศิริ

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกศล.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกศล.....)
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาาโ

ลงชื่อ.....นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์.....อปท.

(.....นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์.....)

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่ภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกัน ธ.น.อ. เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700409123	ที่อยู่ 54 หมู่ที่ 09 ต.พินนา 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 ลูกเองไม่ได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เสนอต่อเมื่อ ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	นางสาว นีย์ ศิริโคตรวงศ์ เอก อ.บ. ๕๕

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ]

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี]

ลงชื่อ.....นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์.....อปท.

[(นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติงาน]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)**

ชื่อ นายแก้ว ใจดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700412345	ที่อยู่ 108 หมู่ที่ 09 ต.พืมาท 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 หกล้มบ่อยครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		<ul style="list-style-type: none"> - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ
ชื่อ... ระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	<ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	พ.ด.เอกน ใจดี 

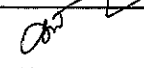
ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกฏ)

เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ..........อปท.

(นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะค่าบริการ เหมาราย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว วงศ์ชาชม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700409352	ที่อยู่ 56 หมู่ที่ 09 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 09๕๗4๖๐1๓1	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 07 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2495 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ เดินไม่ถนัด ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมารายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมารายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มีความต้องการ/ควรได้รับ	
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอเพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	นาง น. อภิมา วัฒนกุล นาย อ. น. วัฒนกุล นางสาว น. วัฒนกุล

นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

นางสาวนภาพรรณ วงศ์ทนายไกล เจ้าหน้าที่การเงิน

(หัวหน้างานการเงินและบัญชีอาวุโส)

นาง อภิมา วัฒนกุล อ.พ.

(นางแพทย์รัตน์ ทองสงห)

(นางแพทย์รัตน์ ทองสงห)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางตัวน วงศ์ชาวม 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/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ รายใหม่ปี66 ค่าจัดซื้อ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อาหารทางการแพทย์ - สายเปลี่ยนออกซิเจน - ทิชชูเปียก - ผ้าอ้อมสำเร็จรูป - ชุดทำแผลสำเร็จรูป 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - ท้อง (stomach) - บริการพิเศษอื่นๆ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลัดอาหาร - การหัดตกหกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 สัปดาห์ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	นางสาวปัทมา นอนเฮ้า

ลงชื่อ นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....
 ลงชื่อ นางสาวปัทมา นอนเฮ้า เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....
 (นางสาวปัทมา นอนเฮ้า)
 เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....
 (นางศุภกัญรัตน์ ทองสิงห์)
 นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองคำ วงศ์ฝ่ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700405128	ที่อยู่ 4 หมู่ที่ 09 ต.พืมนาน 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 ชาวอ่อนแรง หกล้มบ่อยครั้ง รูปร่างผอม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เสนอต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับประทานอาหารและความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางสมรจณ ๗๗๒๖๖๖</i>	

นางสาวทอง ทองคำฝ่ายแดง

นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....อปท.

(นางอุทัยรัตน์ ทองสงห์)

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

นางสาวนภาพรธรรม วงศ์ชนชัยเลิศ เจ้าหน้าที่การเงิน

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว วงศ์ฝ้ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700406019	ที่อยู่ 123 หมู่ที่ 09 ต.พินาน อ.นาแก 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/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อ... ระบุไว้ในกรให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางสาว นีย์ ศิริโคตรวงศ์

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....(นางอ.ชรัตมา ทองสิงห์).....อปท.

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....)

(.....)
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าทีการเงิน

(นางสาวกมลทิพย์ วัฒนวิเศษ)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อสนองต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจิ้น วงศ์นายโกฏ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700409425	ที่อยู่ 57 หมู่ที่ 09 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0657011194	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2466 (อายุ 100 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ไตวายระยะที่ 4 เหนื่อยง่าย หลงลืม หกล้มมีแผลบ่อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลืนลำบาก 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - จมูก (nose) - ตา (eyes) - บริการพิเศษอื่นๆ <p>สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</p> <ul style="list-style-type: none"> - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>จตุรนต์ วงศ์นายโกฏ</i>	พ.ศ. ๒๕๖๖ ๑๕ ธ.ค.

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....*จตุรนต์*.....อปท.

(นางสุทิพย์รัตน์ ทองสิงห์)

[.....นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ.....]

ลงชื่อ.....*จตุรนต์*.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกฏ)

เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อสนองต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางมอญ นุคันทัง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700411713	ที่อยู่ 119 หมู่ที่ 09 ต.พืมาวน 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=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : stoke อัมพาตครึ่งซีก ทกั้มบ่อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกลั้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ข้อติด/ข้อเท้าตก 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางสาว นุคันทัง</i>	

ลงชื่อ *นางสาว นุคันทัง* นางสาวนีย์ สิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*)

ลงชื่อ *นางสาว นุคันทัง*.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาว นุคันทัง รุ่งโรจน์) *นางสาว นุคันทัง*
(*นางสาว นุคันทัง*)
เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ.....อปท.

(นางอุทัยรัตน์ พงษ์สิงห์)
(*นางอุทัยรัตน์ พงษ์สิงห์*)

นางสาว นุคันทัง
นางสาว นุคันทัง

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)**

ชื่อ นางละคร วงศ์นายโกฏ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700412256	ที่อยู่ 106 หมู่ที่ 09 ต.พืมาบน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 27 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2505 (อายุ 61 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รูปร่างผอม ดัดสุรา บุหรี่ ความจำเสื่อม หลงลืมตามัว ขาอ่อนแรง เหนื่อยง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง		การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อ... วัตถุประสงค์ในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>นางคุณ</i> <i>นิตยา</i>	

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

(*พยาบาลวิชาชีพ รักษานฤมิตร*)

ลงชื่อ.....*นางสาว...*.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(*นางสาว...*)

ข้าพเจ้าทำงานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ.....*นางฤทัย...*.....อ.พ.

(นางฤทัยรัตน ทองสงฆ์)

(*นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ*)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายท่า วงศ์ฝ่ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700405152	ที่อยู่ 198 หมู่ที่ 09 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2511 (อายุ 55 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตาฝ้า มีแผลที่เท้า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การหลงทาง - การกินอาหาร/สำลักอาหาร 	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) รวบรวม ชื่อ <i>นางจรัสภักดิ์ รอดโพธิ์ทอง</i>	

ลงชื่อ *นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

ลงชื่อ (นาง *จรัสภักดิ์ รอดโพธิ์ทอง*) อปท.
 (นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ)

ลงชื่อ *นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์* เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นักพัฒนาวิชาการเงินและบัญชีอาวุโส)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายทองหล่อ รักศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 4410400002549	ที่อยู่ 121 หมู่ที่ 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 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เส้นเลือดในสมองตีบ หลงลืมง่าย เห็นอ้อยง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	นางสาวสุกนพร เกตุศรี
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....นางสุกนพร เกตุศรี.....อ.พ.

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)

(นางสุกนพร เกตุศรี)

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....เจ้าหน้าที่การเงิน

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

(นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์)

สำนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่ภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซย์ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.คำวา วงศ์ตรพัฒนา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700407490	ที่อยู่ 179 หมู่ที่ 10 ต.พืมา น.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 02 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2499 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง อ้วน ขาอ่อนแรง เดินไม่ถนัด หกล้มบ่อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชี้แจง...ระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>น.ส. คำวา วงศ์ตรพัฒนา</i>	

ลงชื่อ *B. Anh* นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [*พญาบาลวิชาชีพชำนาญการ*]

ลงชื่อ *[Signature]* อ.พท.
 (นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
 [*นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ*]

ลงชื่อ *[Signature]* เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์นายโกฏ)
 [*เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส*]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ต.ช.ธนากรณ ไซสงคราม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1479901157506	ที่อยู่ 86 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 : พิกัดทางสติปัญญา กล้ามเนื้อมือหงิกแข็ง พูดไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อ...ระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 4 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	นาง นิกิรพันธ์ งามดวงม

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....]
 ลงชื่อ.....นางสาวณภาพรรณ วงศ์ทอง.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีอาวุโส.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางอรพิน สุญราช 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=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคความดันโลหิตสูง รับยาสม่ำเสมอ ข้อเข่าเสื่อม รูปร่างอ้วนมาก เดินเองลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เสนอต่อเรื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]
[.....]
ลงชื่อ นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]
[.....]
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

ลงชื่อ นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์ อปท.
[.....]
[.....]
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

สมหญิง สมใจ
สมใจ สมใจ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายกี ปิยะราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700409654	ที่อยู่ 59 หมู่ที่ 10 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(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 ไม่พอกไต ซิต เหนื่อยอ่อนเพลียเป็นประจำ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อ... ระบุไว้ในกาให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	๒๕.๑.๒๕๖๖ ๑๗ ๑/๒๕๖๖

นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์ อ.บ.ท.

(นางอุทัยรัตน์ ทองสิงห์)

นักวิชาชำนาญชนปฏิบัติการ

นางสาวนภาพรรณ วงศ์ทอง (กต) เจ้าหน้าที่การเงิน

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแพงดา ปิยะราช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700409611	ที่อยู่ 59 หมู่ที่ 10 ต.พืชมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 20 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2490 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน ขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - ท้อง (stomach) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	น.ศ. พัทธ ธรรม ๗๗-๕๙๕ พ.ศ. ๒๕๖๖ ๗๗-๕๙๕
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ..... อ.พ.

(.....)
 โรงพยาบาลวิชาชีพชำนานุกรการ

(.....)
 (นางคุณทิพย์รัตน์ ทองสิงห์)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

(.....)
 (นางสาววิภากรพรรณ อุบลเมืองเกิด)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตรียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)

ชื่อ นายโสภณ วงศ์ผ่ายแดง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700410474	ที่อยู่ 71 หมู่ที่ 10 ต.พิมาน 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 : พิกัดครึ่งท่อนล่าง ควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ชื่อ... ระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดหาสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....*อ.พ.*.....อ.พ.

[.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....]

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

ลงชื่อ.....*นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์*.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....*นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์*.....]
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์
นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายพนมศักดิ์ โคตรวงษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480500384755	ที่อยู่ 121 หมู่ที่ 10 ต.พืมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 086-5562153	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/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี 66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อ- วัตถุประสงค์ในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอายุเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอเพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงค์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	พนมศักดิ์ โคตรวงษ์

ลงชื่อ.....นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงค์.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....*(ลายเซ็น)*.....อปท.

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....)

(.....(นางกัญรัตน์ ทองสิงห์).....)

ลงชื่อ.....*(ลายเซ็น)*.....เจ้าหน้าที่การเงิน

นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หน้าเมือง)
เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายคำไสย์ คำปลิว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700412141	ที่อยู่ 117 หมู่ที่ 10 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0959 911625	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/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคสต่อเนื่อง ปี66 ค่าจัดซื้อ รถพาเดิน เวชภัณฑ์อื่นเฉพาะรายเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลง	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - หู (ears)
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ชื่อ... ระบุไว้ในกรให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดหาสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางสาวนีย์ ศิริโคตรวงศ์ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์ทนายโคง)

เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชีอาวุโส

นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์ อปท.

(นางฤทัยรัตน์ ทองสิงห์)
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว พอสาร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3480700402641	ที่อยู่ 265 หมู่ที่ 11 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2492 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบากมีปัญหาปวดกล้ามเนื้อทั้งขา ซ้ำ และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง เบาหวาน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1. ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หมอนิ่งลูกประคบ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 ก้อน/ปี ไม้เท้าสามขา รถพาเดิน สหวิชาชีพเยี่ยมบ้าน 2 ครั้งต่อปี	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ซ้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวจิระวัลย์ ศิลาอุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>ด.อ.</i>	

ลงชื่อ *จิระวัลย์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ *ด.อ.* (นางสุทิพย์รัตน์ ทองสิงห์) อปท.

[นาง จิระวัลย์ ศิลาอุดม]

[นักพัฒนาชุมชนเชิงปฏิบัติการ]

ลงชื่อ *ด.อ.* เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวนิภาพรรณ วงศ์ทรายโคก)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสะท้อน วงศ์อุดมดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5480701059335	ที่อยู่ 141 ม.11 ต.พิมาน อ.นาแก จ.นครพนม หมายเลขโทรศัพท์(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 แขนขาเท้า อ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ลูกประคบ 36 อัน/ปี หมอนิ่งลูกประคบ เจลแอลกอฮอล์ 1 ขวด/ปี หน้ากากอนามัย 1 กล่อง/ปี ผ้าอ้อม 36 ห่อ/ปี	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางจิระวัลย์ ศิลาลุดม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) <i>ศิริพงษ์ วงศ์อุดมดี</i>	

ลงชื่อ *ศิริพงษ์* ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง จิระวัลย์ ศิลาลุดม]
 ลงชื่อ *[ลายเซ็น]* เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางสาวนิภาพรรณ วงศ์หมายใจ)
 [เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี]

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