

กองส่งเสริมสุขภาพ อบต. สโน
องค์การบริหารส่วนตำบลสะโน
เลขที่ ๗๑
วันที่ ๑๖ / ๐๗ / ๖๖
เวลา ๖.๐๐ น.



ที่ สร ๐๘๓๓.๑.๙/๖๖

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน
ตำบลสะโน อำเภอสำโรงท่า
จังหวัดสุรินทร์ ๓๒๑๗๐

๒๕ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอส่งแบบฟอร์มข้อเสนอการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผนการดูแล (Care Plan) รายบุคคล จำนวน ๖๑ ชุด

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน อำเภอสำโรงท่า จังหวัดสุรินทร์ มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลสะโน โดยขอรับงบสนับสนุนเพื่อเป็นค่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศกองทุนฯ อปท. ปี ๒๕๖๗

ในการนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโนจึงขอส่งแผนการดูแล (Care Plan) รายบุคคล เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสันนิษฐานงบบริการสาธารณสุข รายละเอียดตามเอกสารที่ได้แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

เรื่อง งบอุดหนุน

- ขอส่งแบบฟอร์มข้อเสนอ (LTC)

ขอแสดงความนับถือ

- งบอุดหนุนงบฯ

วรชิต

(นางมะลิวัลย์ เบ็ญจำเมือง)

๑๖.๐๗.๖๖ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน

งานผู้สูงอายุ LTC

โทร 095-6125702

แบบฟอร์มข้อเสนอการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการกำหนด
อัตราค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศกองทุนฯ อปท. ปี ๒๕๖๗

ส่วนที่ ๑ ข้อเสนอ

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน อำเภอสำโรงตา จ.สุรินทร์ มีความ
ประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลสะโน
โดยขอรับสนับสนุนเพื่อเป็นค่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายป ระกาศกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนด
หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) (ตราการชดเชยค่าบริการเหมาจ่าย/ราย/ปี)
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๒๙๓,๐๐๐ บาท (สองแสนเก้าหมื่นสามพันบาทถ้วน) ตามรายละเอียดดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่ม ๑ เคลื่อนไหวบ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มี ภาวะสับสนทางสมอง		กลุ่ม ๒ เหมือนกลุ่ม ๑ แต่มีภาวะสับสนทาง สมอง		กลุ่ม ๓ เคลื่อนไหว ไม่ได้และอาจมีปัญหา การกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง		กลุ่ม ๔ เหมือนกลุ่ม ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรงหรืออยู่ในระยะ สุดท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	งบประมาณ (บ.)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บ.)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บ.)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บ.)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บ.)
๒๖	๗๘,๐๐๐	๒๓	๑๑๕,๐๐๐	๑๐	๘๐,๐๐๐	๒	๒๐,๐๐๐	๖๑	๒๙๓,๐๐๐

ระยะเวลาดำเนินการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

ทั้งนี้ได้แนบแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ รายละเอียดตาม
เอกสารแนบ

ลงชื่อ.....บุษษา.....ผู้จัดทำข้อเสนอ

(นางสาวบุตรชบา ทองทา)

พยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน

วันที่.....๒๕ กันยายน ๒๕๖๖

**โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขอรับการสนับสนุน
ค่าใช้จ่าย LTC จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล สะโน ปี ๒๕๖๗**

๑. ชื่อโครงการ โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน องค์การบริหารส่วนตำบลสะโน อำเภอสำโรงทาบ
จังหวัดสุรินทร์ ปี ๒๕๖๗

๒. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ”(Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ กล่าวคือ มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มเป็นร้อยละ ๑๕ ของประชากรทั้งประเทศ เมื่อสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ที่ผ่านมา คาดว่าประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ ๒๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๖ กลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) จากการสำรวจของกรมอนามัย (๒๕๕๖) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ ๙๕ เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ และพึ่งพิง และมีผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ ๑ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงแต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ ๑๓ ในกลุ่มเดียวกันรัฐบาลจึงให้ความสำคัญในการดำเนินการเพื่อบริการผู้สูงอายุ มีเป้าหมายสำคัญที่จะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และหากผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมโดยรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง โดยใช้ท้องถิ่นและชุมชนเป็นฐานในการจัดการดูแล ซึ่ง สปสช. ได้สนับสนุนค่าใช้จ่ายผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลตำบลสะโน

องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ตำบลสะโน มีประชากรทั้งหมด ๓,๓๙๔ คน พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน ๕๘๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๐๔ ของประชากร จากการตรวจประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดิตัลโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน พบผู้สูงอายุที่มีคะแนนเอดิตัลเท่ากับหรือน้อยกว่า ๑๑ คะแนน (ติดบ้าน ติดเตียง) จำนวน ๖๑ คนเป็นกลุ่มที่ ๑ (เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน) จำนวน ๒๖ คน กลุ่มที่ ๒ (เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย) จำนวน ๒๓ คน กลุ่มที่ ๓ (เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง)จำนวน ๑๐ คน และกลุ่มที่ ๔ (เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต)จำนวน ๒ คนผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านบริการสาธารณสุขและด้านสังคม โดยเฉพาะกลุ่มติดเตียง (กลุ่มที่ ๓ และ ๔) ถึงแม้จะมีคนในครอบครัวดูแล แต่ก็เป็นการละเลยผู้ดูแลไม่น้อย

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลสะโน องค์การบริหารส่วนตำบลสะโน ร่วมมือกับหน่วยบริการ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงได้จัดทำโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีผู้จัดการระบบ

การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ไปบริการดูแลด้านสาธารณสุขที่ครัวเรือน/ชุมชน

๓. วัตถุประสงค์ของโครงการ

๓.๑ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสะโน ได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขตามแผนการดูแลรายบุคคล (CP) โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ณ ที่ครัวเรือน

๔. ตัวชี้วัด

๔.๑ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสะโนได้รับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขตามแผนการดูแล (care plan) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

๔.๒ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงมีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕

๔.๓ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 4 ได้รับการดูแลและเข้าสู่ระยะสุดท้าย เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

๕. เป้าหมายของโครงการ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๔ กลุ่ม จำนวน ๖๑ คน

๕.๑ กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกินการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนจำนวน ๒๖ คน

๕.๒ กลุ่มที่ ๒ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสนและอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย

จำนวน ๒๓ คน

๕.๓ กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง

จำนวน ๑๐ คน

๕.๔ กลุ่มที่ ๔ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิตจำนวน ๒ คน

๖. วิธีดำเนินการ

๖.๑ ขั้นเตรียมการ

๖.๑.๑ สสำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสะโน และประเมินการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอ็ดดีแอลและสรุปข้อมูลผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมิน เอ็ดดีแอลเท่ากับหรือน้อยกว่า ๑๑ โดยจำแนกเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้ที่ศูนย์ฯ และส่งเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้องค์การบริหารส่วนตำบลสะโน เพื่อดำเนินการต่อไป

๖.๑.๑ CM จัดทำ CP และปรึกษาปัญหารายกรณีกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (care conference) เพื่อประกอบการจัดทำข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ

๖.๑.๓ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโนจัดทำโครงการและข้อเสนอโครงการ พร้อมสรุปแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบริการดูแลระยะยาวว่าต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล สะโน

๖.๒ ขั้นตอนดำเนินงาน

๖.๒.๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน โดย CM จัดแบ่งผู้สูงอายุให้ CG แต่ละคนรับผิดชอบดูแล พร้อมจัดทำ CP รายสัปดาห์ และตารางการปฏิบัติงานมอบหมายให้ CG ปฏิบัติงานทั้งนี้ CG ๑ คนดูแลผู้สูงอายุไม่เกิน ๖ คนต่อวัน CG ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้น การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การจัดการสภาพแวดล้อม/บ้าน ตาม CP

๖.๒.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน โดย CM (และกรรมการศูนย์) กำกับติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำการดำเนินงานของ CG ทุกสัปดาห์

๖.๒.๔ CM ประเมินและทบทวน CP ร่วมกับ CG ญาติ และอาจปรึกษาปัญหารายกรณีกับ สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

๖.๓.๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโนโดย CM ประสานกับหน่วยบริการจัดบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) ทำหน้าที่บริการดูแลด้านการพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านเภสัชกรรมและด้านอื่นๆตามความจำเป็น อาทิ สุขภาพช่องปาก สุขภาพจิต แก่ผู้สูงอายุที่บ้าน พร้อมให้คำแนะนำและฝึกสอนญาติและหรือ CG ในการดูแลช่วยเหลือ

๖.๓.๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโนจัดหาวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น (หรือประสานขอสนับสนุนจากหน่วยบริการ) จ้างเหมาบริการหรือจ่ายค่าตอบแทน CG จ่ายค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาหรือค่าเบี้ยเลี้ยงแก่ CM และหรือบุคลากรสาธารณสุขที่มาช่วยปฏิบัติงาน

๖.๓ สรุปและรายงานผล

๖.๓.๑ CM กรรมการที่รับมอบหมาย และ CG สรุปผลการดำเนินงานทุก ๒ เดือน และรายงานที่ประชุมคณะกรรมการศูนย์

๖.๓.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน จัดทำรายงานและสรุปผลการดำเนินงานส่งกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

๗. สถานที่ดำเนินการ

พื้นที่หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ องค์การบริหารส่วนตำบลสะโนจำนวน 9 หมู่บ้าน

๘. ผู้รับผิดชอบโครงการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน

๙. งบประมาณ

ขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลตำบลสะโนโอนเข้าเงินบำรุงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโนเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน ๖๑ ราย โดยเหมาจ่ายต่อบิตามสรุปแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่แนบมาพร้อมโครงการนี้ รวมเหมาจ่ายเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒๙๓,๐๐๐ บาท (สองแสนเก้าหมื่นสามพันบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณ ดังนี้

๙.๑ ค่าจ้างเหมาบริการ (หรือค่าตอบแทน) CG ไปบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ครัวเรือน จำนวน ๙ คน x ๑,๕๐๐ บาท/เดือน x ๑๒ เดือน รวมเป็นเงิน ๑๖๒,๐๐๐ บาท

๙.๒ ค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลา (หรือค่าเบี้ยเลี้ยง) แก่ CM จำนวน ๒ คน x ๖๐๐ บาท/เดือน x ๑๒ เดือน รวมเป็นเงิน ๑๔,๔๐๐ บาท

๙.๓ ค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลา (หรือค่าเบี้ยเลี้ยง) แก่ทีมสหวิชาชีพ FCT ให้บริการด้านการพยาบาลที่บ้าน เป็นเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท

๙.๕ ค่าประชุมชี้แจงการดำเนินงาน CG และทีมสหวิชาชีพ จำนวน ๔ ครั้ง x ๑๘ คน x ๑๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๗,๒๐๐ บาท

๙.๕ ค่าจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นเป็นเงิน ๘๙,๔๐๐ บาท รายละเอียดดังนี้

๙.๕.๑ ค่าจัดซื้ออุปกรณ์ทำแผล	เป็นเงิน ๙๐๐๐ บาท
(ประกอบด้วย ๐.๙ % NSS ๑,๐๐๐ cc ลำลือก๊อช Micropore ถุงมือ Mask Povidine เซททำแผล แอลกอฮอล์ ๗๐% และเจลล้างมือ)	
๙.๕.๒ ชุดอาหารเสริม (Ensure) 20 กระปุกๆละ ๔๕๐ บาท	เป็นเงิน ๙,๐๐๐ บาท
๙.๕.๓ ชุดเครื่องใช้ประจำวันที่จำเป็นเพื่อสุขอนามัย ๖๑ ชุด	เป็นเงิน ๔๘,๘๐๐ บาท
ชุดละ ๘๐๐ บาท	
(ประกอบด้วย ผงซักฟอก ๓,๐๐๐ กรัม. แชมพู ๔๐๐ มล. สบู่ ๑ แพ็ค ยาสีฟัน ๑๗๐ กรัม กระดาษชำระ ผ้าเช็ดหน้า)	
๙.๕.๔ นมสำหรับผู้สูงอายุ ๒๕ ลิγγๆ ละ ๕๐๐ บาท	เป็นเงิน ๑๒,๕๐๐ บาท
๙.๕.๕ ค่าจัดซื้อถุงขยะสีแดง ๓๐x๔๐ นิ้ว ๕๐ ห่อๆละ ๙๙ บาท	เป็นเงิน ๔,๙๕๐ บาท
๙.๕.๖ ค่าจัดซื้อกระดาษชำระแบบเปียกสำหรับทำความสะอาด	
๕๐ ห่อ ๆ ๕๙ บาท	เป็นเงิน ๒,๙๕๐ บาท
๙.๕.๗ ค่าจัดซื้อ Syringe แก้วให้อาหาร ๗ แห่งๆละ ๓๐๐ บาท	เป็นเงิน ๒,๑๐๐ บาท

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยจ่ายได้ และหากมีเหลือสามารถใช้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องในปีงบประมาณถัดๆ ไปได้

๑๐. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสะโน จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาระของครอบครัว

๑๑. ผู้เสนอโครงการ

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ
 (นางมะลิวัลย์ เป็งจำเมือง)
 ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

๑๒. ผู้เห็นชอบโครงการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
 (สิบเอกสมรไพร วงษ์มา)
 ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

13. ผู้อนุมัติโครงการ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ
 (นายสำราญ อบอุ่น)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน
 ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ตำบล/อบต.สะโน

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลละหาน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลสะโน

รายชื่อขอเสนอจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและประชาชนที่มีภาวะพึ่งพิง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ (เริ่มดำเนินโครงการ 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567)

ลำดับ	ชื่อ สกุล	เลขประชาชน	บ้านเลขที่	วัน เดือน ปี เกิด	อายุ	การวินิจฉัย	กลุ่มติดบ้าน		กลุ่มติดเตียง		หมายเหตุ
							กลุ่ม 1 เคลื่อนไหว บ้างและอาจมี ปัญหาเดินหรือ ช้ำถ่ายแต่ไม่มี ภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่ม 2 เหมือน กลุ่ม 1 แต่มี ภาวะ สับสน ทางสมอง	กลุ่ม 3 เคลื่อนไหว ไม่ได้และ อาจมีปัญหา กินหรือ ช้ำถ่ายหรือ มีอาจ เจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่ม 4 เหมือนกลุ่ม 3 และมีอา เจิบป่วย รุนแรงหรือ อยู่ในระยะ สุดท้าย ของชีวิต	
1	นางปะ หงษ์แก้ว	3321200405651	24 หมู่ 5	3มค2493	73	ADL=0 TAI= 13 สปสช=กลุ่ม 4	✗			10000 ✓	ปี 2567
2	นางแป สมัญญา	3321200404108	7 หมู่ 5	29พย2479	87	ADL=0 TAI= 13 สปสช=กลุ่ม 4	✗			10000 ✓	ปี 2562
3	นางทองเลื่อน บุญอาจ	3321200423129	91 หมู่ 1	15กค2503	60	ADL=0 TAI= 13 สปสช=กลุ่ม 3	✓		8,000 ✓		ปี 2563
4	นางกำ เมืองจันทร์	3321200420162	29 หมู่ 1	3พค2485	77	ADL=4TAI= 13 สปสช=กลุ่ม 3	✓		8,000 ✓		ปี 2563
5	นางมา สระแก้ว	3321200424010	115 หมู่ 1	15ธค2473	89	ADL=4 TAI= 13 สปสช=กลุ่ม 3	✓		8,000 ✓		ปี 2563
6	นางเรือง บุญเต็ม	3321200257261	29 หมู่ 4	30พย2485	77	ADL=4 TAI= 13 สปสช=กลุ่ม 3	✓		8,000 ✓		ปี 2562
7	นางจันทร์ สระแก้ว	3321200403969	5 หมู่ 5	22พค2473	89	ADL=4 TAI= 13 สปสช=กลุ่ม 3	✓		8,000 ✓		ปี 2563
8	นางโง่ง สระแก้ว	3321200406976	17 หมู่ 7	12มค2477	86	ADL=4 TAI= 13 สปสช=กลุ่ม 3	✓		8,000 ✓		ปี 2562
9	นางบุญเพ็ง สระแก้ว	3321200409282	12 หมู่ 8	6กพ2485	78	ADL=0 TAI= 12 สปสช=กลุ่ม 3	✗	CI 3	8,000 ✓		ปี 2562
10	นายจ่านง สิ้นสุพรรณ	3321200407441	23 ม.7	28มีค2512	53	ADL=4 TAI= 13 สปสช=กลุ่ม 3	✓		8,000 ✓		ปี 2566

รายชื่อขอเสนอจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและประชาชนที่มีภาวะพึ่งพิง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ (เริ่มดำเนินโครงการ 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567)

ลำดับ	ชื่อ สกุล	เลขประชาชน	บ้านเลขที่	วัน เดือน ปี เกิด	อายุ	การวินิจฉัย	กลุ่มติดบ้าน		กลุ่มติดเตียง		หมายเหตุ
							กลุ่ม 1 เคลื่อนไหว บ้างและอาจมี ปัญหาเดินหรือ ช้ำถ่ายแต่ไม่มี ภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่ม 2 เหมือน กลุ่ม 1 แต่มี ภาวะ สับสน ทางสมอง	กลุ่ม 3 เคลื่อนไหว ไม่ได้และ อาจมีปัญหา กินหรือ ช้ำถ่ายหรือ มีอาจ เจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่ม 4 เหมือนกลุ่ม 3 และมีอา เจ็บป่วย รุนแรงหรือ อยู่ในระยะ สุดท้าย ของชีวิต	
11	น.ส.พร สมัญญา	3321200422181	61 ม.1	20กพ2481	85	ADL=4 TAI= I3 สปสช=กลุ่ม 3 ✓			8,000	✓	ปี 2567
12	นางบัว ชัยภา	3321200119411	72 ม.6	31พค2477	88	ADL=4 TAI= I3 สปสช=กลุ่ม 3 ✓			8,000	✓	ปี 2566
13	นางพวง พิมพ์แก้ว	3321200419911	149 หมู่ 1	15ตค2492	70	ADL=10 TAI= C3 สปสช=กลุ่ม 2 ✓		5,000	✓		ปี 2562
14	นางสอน มณีพร้าว	3321200422599	82 หมู่ 1	27ตค2476	86	ADL=11 TIA=C2 สป.สช.กลุ่ม 2 ✓		5,000	✓		ปี 2562
15	นางสาวหนู ออบุ่น	5321200055029	7 หมู่ 1	1เมย2471	91	ADL=5 TIA=C3 สป.สช.กลุ่ม 2 ✓		5,000	✓		ปี 2562
16	นางเนือง บุญหนัก	5321290001047	43 หมู่ 3	16เมย2488	74	ADL=10 TAI= C3 สปสช=กลุ่ม 2 ✓		5,000	✓		ปี 2562
17	นางเพา บุญหนัก	3321200251816	2 หมู่ 3	26มีค2478	85	ADL=8 TAI= C2 สปสช=กลุ่ม 2 ✓		5,000	✓		ปี 2563
18	นายหา สมัญญา	3321200256443	83 หมู่ 4	1มีย22481	81	ADL=9 TAI= C3 สปสช=กลุ่ม 2 ✓		5,000	✓		ปี 2562
19	นายคำ ประยงค์หอม	3321200258284	45 หมู่ 4	30พย2476	86	ADL=11 TAI= C3 สปสช=กลุ่ม 2 ✓		5,000	✓		ปี 2563
20	นางกำ สวัสดิ์	3321200255056	4 หมู่ 4	2มีค2490	73	ADL=7 TAI= C2 สปสช=กลุ่ม 2 ✓		5,000	✓		ปี 2563

รายชื่อขอเสนอจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและประชาชนที่มีภาวะพึ่งพิง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ (เริ่มดำเนินโครงการ 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567)

ลำดับ	ชื่อ สกุล	เลขประชาชน	บ้านเลขที่	วัน เดือน ปี เกิด	อายุ	การวินิจฉัย	กลุ่มติดบ้าน		กลุ่มติดเตียง		หมายเหตุ
							กลุ่ม 1 เคลื่อนไหว บ้างและอาจมี ปัญหาเดินหรือ ขับถ่ายแต่ไม่มี ภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่ม 2 เหมือน กลุ่ม 1 แต่มี ภาวะ สับสน ทางสมอง	กลุ่ม 3 เคลื่อนไหว ไม่ได้และ อาจมีปัญหา กินหรือ ขับถ่ายหรือ มีอาจ เจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่ม 4 เหมือนกลุ่ม 3 และมีอา เจ็บป่วย รุนแรงหรือ อยู่ในระยะ สุดท้าย ของชีวิต	
21	นางสีดา เกษทา	3321200260882	18 หมู่ 6	20กพ2496	67	ADL=6 TAI= C3 สปสข=กลุ่ม 2 ✓		5,000 ✓			ปี 2562
22	นางบัวพัน บุญธรรม	3321200409673	5 หมู่ 8	26กพ2475	89	ADL=9 TAI= C2 สปสข=กลุ่ม 2 ✓		5,000 ✓			ปี 2564
23	นางบุญ บุตรดี	3321200262958	20 หมู่ 9	1พย2492	70	ADL=11 TAI= C2 สปสข=กลุ่ม 2 ✓		5,000 ✓			ปี 2562
24	นายสุบัน สมัญญา	3321200403888	3 หมู่ 5	3กย2492	71	ADL=11 TAI= C3 สปสข=กลุ่ม 2 ✓		5,000 ✓			ปี 2564
25	นายทรงพล ชัยภา	1321200106178	34 ม.6	13มีย2539	26	ADL=6 TAI= C2 สปสข=กลุ่ม 2 ✓		5,000 ✓			ปี 2566
26	นางผัด สระแก้ว	3321200407484	24 ม.7	2มีย2476	89	ADL=5 TAI= C2 สปสข=กลุ่ม 2 ✓		5,000 ✓			ปี 2566
27	นางพิมพ์ สระแก้ว	3321200419164	13 ม.1	1กพ2477	88	ADL=7 TAI= C2 สปสข=กลุ่ม 2 ✓		5,000 ✓			ปี 2566
28	นายสุนัย สมัญญา	3321200403811	29 หมู่ 5	25พค2483	83	ADL=11 TAI= C2 สปสข=กลุ่ม 2 ✓		5,000 ✓			ปี 2567
29	นางม้วน แก้วจันทร์	3321200268832	52 หมู่ 2	1มค2489	77	ADL=7 TAI= C3 สปสข=กลุ่ม 2 ✓		5,000 ✓			ปี 2567
30	นายแปลง สระแก้ว	5321200008691	5 หมู่ 7	16มีย2503	63	ADL=9 TAI= C3 สปสข=กลุ่ม 2 ✓		5,000 ✓			ปี 2567
31	นายสวัสดิ์ สิ้นสุพรรณ	3321200259361	65 ม.4	5ตค2487	79	ADL=7 TAI= C3 สปสข=กลุ่ม 2 ✓		5,000 ✓			ปี 2567

รายชื่อขอเสนอจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและประชาชนที่มีภาวะพึ่งพิง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ (เริ่มดำเนินโครงการ 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567)

ลำดับ	ชื่อ สกุล	เลขประชาชน	บ้านเลขที่	วัน เดือน ปี เกิด	อายุ	การวินิจฉัย	กลุ่มติดบ้าน		กลุ่มติดเตียง		หมายเหตุ
							กลุ่ม 1 เคลื่อนไหว บ้างและอาจมี ปัญหาเดินหรือ ชั้บถ่ายแต่ไม่มี ภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่ม 2 เหมือน กลุ่ม 1 แต่มี ภาวะ สับสน ทางสมอง	กลุ่ม 3 เคลื่อนไหว ไม่ได้และ อาจมีปัญหา กินหรือ ชั้บถ่ายหรือ มีอาจ เจ็บป่วย	กลุ่ม 4 เหมือนกลุ่ม 3 และมีอา เจ็บป่วย รุนแรงหรือ อยู่ในระยะ สุดท้าย ของชีวิต	
32	นายติง ชัยภา	3321200263229	48 ม.6	1มค2489	77	ADL=11 TAI= C2 สปสช=กลุ่ม 2 ✓		5,000 ✓			ปี 2567
33	นางจิตรา นิลแก้ว	3321200269073	24 ม.2	1มค2475	91	ADL=9 TAI= C3 สปสช=กลุ่ม 2 ✓		5,000 ✓			ปี 2566
34	นายบุญทอง สมัญญา	3321200253126	15 ม.3	17มีค2490	76	ADL=9 TAI= C3 สปสช=กลุ่ม 2 ✓		5,000 ✓			ปี 2567
35	นางคาน สีนสุพรรณ	3321200409991	13 ม.8	23มค2472	93	ADL=9 TAI= C3 สปสช=กลุ่ม 2 ✓		5,000 ✓			ปี 2566
36	นางเหง้า สีนสุพรรณ	3321200419890	25 หมู่ 1	16เมย2473	89	ADL=11 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1 ✓	3,000 ✓				ปี 2562
37	นางเนือง มาลา	5321290001047	8 หมู่ 1	20สค2480	82	ADL=6 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1 ✓	3,000 ✓				ปี 2562
38	นางทุม อบอุ่น	3321200418681	65 หมู่ 1	3เมย2476	86	ADL=10 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1 ✓	3,000 ✓				ปี 2563
39	นางนวน บุญไทย	3321200453389	14 หมู่ 1	19มีย2478	84	ADL=11 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1 ✓	3,000 ✓				ปี 2563
40	นางแป มาลา	3321200423617	102 หมู่ 1	12มีค2485	78	ADL=13 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1 ✓	3,000 ✓				ปี 2563
41	นางดา สระแก้ว	3321200253983	25 หมู่ 3	20กพ2473	90	ADL=5 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1 ✓	3,000 ✓				ปี 2563
42	นางดา ชัยภา	3321200260033	7 หมู่ 6	2มีค2478	85	ADL=6 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1 ✓	3,000 ✓				ปี 2562
43	นางคำ ชัยภา	3321200263237	48 หมู่ 6	2กพ2480	83	ADL=10 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1 ✓	3,000 ✓				ปี 2563

รายชื่อขอเสนอจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและประชาชนที่มีภาวะพึ่งพิง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ (เริ่มดำเนินโครงการ 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567)

ลำดับ	ชื่อ สกุล	เลขประชาชน	บ้านเลขที่	วัน เดือน ปี เกิด	อายุ	การวินิจฉัย	กลุ่มติดบ้าน		กลุ่มติดเตียง		หมายเหตุ
							กลุ่ม 1 เคลื่อนไหว บ้างและอาจมี ปัญหาเดินหรือ ขับถ่ายแต่ไม่มี ภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่ม 2 เหมือน กลุ่ม 1 แต่มี ภาวะ สับสน ทางสมอง	กลุ่ม 3 เคลื่อนไหว ไม่ได้และ อาจมีปัญหา กินหรือ ขับถ่ายหรือ มีอาจ เจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่ม 4 เหมือนกลุ่ม 3 และมีอา เจ็บป่วย รุนแรงหรือ อยู่ในระยะ สุดท้าย ของชีวิต	
44	นายมานิตย์ ทองเย็น	5349900004084	51 หมู่ 6	7ตค2501	61	ADL=10 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1	✓	3,000	✓		ปี2563
45	นางเหลื่อม สระทอง	3321200263156	48/1หมู่ 6	14มีย2501	61	ADL=10 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1	✓	3,000	✓		ปี2563
46	นางเกตุ ออบุ่น	3321200408332	38 หมู่ 7	18เมย2472	90	ADL=8 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1	✓	3,000	✓		ปี 2562
47	นางสาวเพ็ญ แสงเพ็ง	3321200260769	16 ม.6	9กค2505	59	ADL=11 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1	✓	3,000	✓		ปี 2565
48	นายโหม สระทอง	3321200263351	51 ม.6	10กพ2503	62	ADL=11 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1	✓	3,000	✓		ปี 2565
49	นางสุด สมัญญา	3321200404566	27 ม.5	30พย2489	75	ADL=11 TAI=B3 สปสช=กลุ่ม 1	✓	3,000	✓		ปี 2566
50	นางแพง สิงจานุสงค์	3321200404043	6 ม.5	1/พย2494	71	ADL=8 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1	✓	3,000	✓		ปี 2566
51	นางสำรอง บุญธรรม	3321200408405	39 ม.7	8สค2497	68	ADL=10 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1	✓	3,000	✓		ปี 2566
52	นางแดง นวลนิยนาถ	3321200407379	22 ม.7	23มีย2491	74	ADL=8 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1	✓	3,000	✓		ปี 2566
53	นางเปียง สีนสุพรรณ	3321200410698	25 ม.8	26พค2486	79	ADL=9 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1	✓	3,000	✓		ปี 2566
54	นายสะสอน บุญเต็ม	5321200005609	9 ม.2	12มค2501	64	ADL=10 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1	✓	3,000	✓		ปี 2566

รายชื่อขอเสนอจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและประชาชนที่มีภาวะพึ่งพิง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ (เริ่มดำเนินโครงการ 1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567)

ลำดับ	ชื่อ สกุล	เลขประชาชน	บ้านเลขที่	วัน เดือน ปี เกิด	อายุ	การวินิจฉัย	กลุ่มติดบ้าน		กลุ่มติดเตียง		หมายเหตุ
							กลุ่ม 1 เคลื่อนไหว บ้างและอาจมี ปัญหาเดินหรือ ขับถ่ายแต่ไม่มี ภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่ม 2 เหมือน กลุ่ม 1 แต่มี ภาวะ สับสน ทางสมอง	กลุ่ม 3 เคลื่อนไหว ไม่ได้และ อาจมีปัญหา กินหรือ ขับถ่ายหรือ มีอาจ เจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่ม 4 เหมือนกลุ่ม 3 และมีอา เจ็บป่วย รุนแรงหรือ อยู่ในระยะ สุดท้าย ของชีวิต	
55	นางอำ ไทยแท้	3321200267194	12 ม.2	30พย2488	76	ADL=9 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1✓	3,000✓				ปี 2566
56	นางพุด ทองคำ	3321200407905	30 ม.7	23/ธค2486	78	ADL=9 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1✓	3,000✓				ปี 2566
57	นางทองเกิด สระแก้ว	3321200421304	42 ม.1	4สค2495	70	ADL=8 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1✓	3,000✓				ปี 2566
58	นายแก้ว ชัยภา	3321200260041	7 ม.6	30พย2472	92	ADL=9 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1✓	3,000✓				ปี 2565
59	นายเชิด สีนสุพรรณ	3321200254491	77 ม.3	6กย2505	61	ADL=10 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1✓	3,000✓				ปี 2567
60	นายชู บุตรดี	3321200262630	40 หมู่ 6	06พค2479	87	ADL=11 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1✓	3,000✓				ปี 2567
61	นายสมศักดิ์ สมัญญา	3321200404299	55 หมู่ 6	9กพ2503	63	ADL=11 TAI= B3 สปสช=กลุ่ม 1✓	3,000✓				ปี 2567
รวม							78,000	115,000	80,000	820,000	293,000

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีแนวทางการบริหารจัดการ โดย
 จ่ายแบบเหมาจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่เข้าร่วมดำเนินการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
 ในอัตรา 6,000 บาทต่อคนต่อปี ทั้งนี้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องและตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด
 สำหรับหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเหง้า ลินสุพรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200419890	ที่อยู่ 25 หมู่ 1 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 16 เดือน เมษายน พ.ศ. 2473 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุตามัวทั้ง 2 ข้าง ปัสสาวะกระปริดกระปรอย หลังค่อมมาก เคลื่อนไหวลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

นางสาวบุตรชบา ทองทา

พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางจริยา พวงพลอย)

ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....อปท.

(นายสำราญ อบอุ่น)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางเหง้า สินสุพรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200419890	ที่อยู่ 25 หมู่ 1 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=IQ, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุควมว้ทั้ง 2 ข้าง ปัสสาวะกระปริดกระปรอย หลังค่อนข้างมาก เคลื่อนไหวลำบาก					
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำคัญอาหาร - การผลิตตกหล่น - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ					
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายตัวปกติ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) กายอุปกรณ์ - ไม่เข้าช่วยพยุง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเฝ้าระหว่าง สร/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน					
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal							
กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ พญ ศ ส อ	ผู้รับผิดชอบ				
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง		✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการเดิน	เดือนละ 2 ครั้ง			✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 2 ครั้ง			✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะเครียด ST5	เดือนละ 1 ครั้ง	✓					พยาบาล
การนวด	เดือนละ 1 ครั้ง	✓					เจ้าหน้าที่แผนไทย
ประเมิน TAI II – IG C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง	✓					พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า BQ	เดือนละ 2 ครั้ง				✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง				✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การวัดกระตุกการไหลเวียน	เดือนละ 2 ครั้ง				✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓					พยาบาล
ดนตรีบำบัด (Music Therapy)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓					พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง				✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง	✓					พยาบาล
ฝึกการกลืนปัสสาวะ	เดือนละ 2 ครั้ง				✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง	✓					นักกายภาพบำบัด
ฝึกการเดิน	เดือนละ 1 ครั้ง	✓					นักกายภาพบำบัด
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - คั่นนอน - ส้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - กายภาพบำบัดโดยญาติ - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ล.บุศรญา หองพา ผู้รับผิดชอบ นางอุทัย ชัยภา ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาท/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) รับผิดชอบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) รับผิดชอบ						

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเสียค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเนือง มาลา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5321290001047	ที่อยู่ 8 หมู่ 1 ต.สะโน อ. ลำโพง จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 20 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2480 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ขา 2 ข้างอ่อนแรง เข่าองลงน้ำหนักไม่ได้ต้องใช้ไม้ ค้ำช่วยพยุง ตา 2 ข้างมัว ท้องผูก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการและ สนับสนุนแพมเพิส	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สะโพก (hip) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - อ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 1 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การผลิตตกหล่น - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....^{บุตรีชบา} ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....^{พญ. ชลวิชาติ}.....]

ลงชื่อ.....^{นางสาวบุตรีชบา ทองทา} เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

ลงชื่อ.....^{อ.ท.}

[.....^(นายสำราญ อบอุ่น).....]

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 4/62 วันที่ 20/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางเนื่อง มาลา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5321290001047	ที่อยู่ 8 หมู่ 1 ต.สะโน อ. ลำโรงทับ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=6, TAI=83 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซา 2 ข้างอ่อนแรง เข่าลงน้ำหนักไม่ได้ต้องใช้ไม้เท้าช่วยพยุง ๓๒ ข้างมี ห้อยผูก
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหกล้มตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายลับลาที่ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - แหวนเทส กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สส/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI II – IG C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า BQ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการทรงตัว	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							นักกายภาพบำบัด
แนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนัดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
กิจกรรม	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า ZQ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							นักจิตวิทยา

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตับนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ภายหลังพาบำบัดโดยญาติ - ออกกำลังกาย - เปลี่ยนผ้าอ้อม - สวมบด - นอนหลับ	ผู้จัดทำ บุตรชวา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางสาวจันทร์ อุบล ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบ
--	---

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

ชื่อ นางทุม ออบอูน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200418681	ที่อยู่ 65 หมู่ 1 ต.สะโน อ. สำโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 03 เดือน เมษายน พ.ศ. 2476 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุตาซ้ายบอด ตาขวามัว หลังค่อม เหนื่อยง่าย ท้องผูก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ท้องผูก - อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		- ตา (eyes)
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- รับประทานอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	- การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

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

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

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 4/63 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางหนู อบอุ่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200418681	ที่อยู่ 65 หมู่ 1 ต.สะโน อ. ลำโพง พ.จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=10, TAI=03 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุตาซ้ายบอด ตาขวามัว หลังค่อม เหนื่อยง่าย หอบหืด
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้คนอื่นดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำคัญอาหาร - การหกล้มตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - หอบหืด - อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือรายที่ปรึกษา (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและสังคม) กายอุปกรณ์ - ไม่ให้ช่วยเหลือ บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/คหส. - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ฝึกการเดิน	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า ZQ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริการฝากดูแลกลางวัน (Day Care)	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
แนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริการพาหน้ารับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง								นักพัฒนาชุมชน
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวดท้อง	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				เจ้าหน้าที่แผนไทย
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ดนตรีบำบัด (Music Therapy)	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า BQ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				เจ้าหน้าที่แผนไทย
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การสร้างเครือข่ายการดูแล	เดือนละ 1 ครั้ง								พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - เข้าห้องน้ำ - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - กายภาพบำบัดโดยญาติ - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.ศุภรดา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางแสงจันทร์ อบอุ่น ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาฬิกา/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) รับผิดชอบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) รับผิดชอบ
--	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นามาน บุนไทย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200453389	ที่อยู่ 14 หมู่ 1 ต.สะโน อ. ลำโพง จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 19 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2478 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุตาบอด 2 ข้าง หลังค่อม ท้องผูก ปัสสาวะเล็ด นอนไม่หลับ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - หลังค่อมเดินลำบาก	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - ฝึกหัดตกหนัก - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวบุตรีชบา ทองทา
[.....]
พยาบาลวิชาชีพ
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
(นายสำราญ อออัน)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางนวล บุญไทย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200453389	ที่อยู่ 14 หมู่ 1 ต.สะโน อ. ลำโพง พ.ว. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 21 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2564 วินิจฉัย: ADL=T1, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุควบคุม 2 ข้าง หลังค่อม ท้องผูก ปัสสาวะเล็ดนอนไม่หลับ
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การผลิตตกหลัง - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - หลังค่อมเดินลำบาก	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - พื้นฐานภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้ลงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและกฟภรณ) กายอุปกรณ์ - walker บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส. - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวสื่อระหว่าง สส/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการกลืนปัสสาวะ	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
การตรวจกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				เจ้าหน้าที่แผนไทย
แนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
มินิ TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ดนตรีบำบัด (Music Therapy)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ดูแลสวนอุจจาระ	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง								นักพัฒนาชุมชน
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - คั่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรณา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางสุภาวดี สิ้นสุพรรณ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ช่วย/ญาติ) วดป
---	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแป มาลา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200423617	ที่อยู่ 102 หมู่ 1 ต.สะโน อ. สำโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 12 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2485 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคเลือดจาง เคยเป็นวัณโรคปอด เหนื่อยง่าย ตามัว น้ำตาไหลตลอด หลัง โกง รับประทานอาหารได้น้อย ปัสสาวะเล็ด ท้องผูก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....^{บุตรชบา}.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวบุตรชบา ทองทา
 [.....^{พยานอัยราชิต}.....]
 ลงชื่อ.....^{พยานอัยราชิต}.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลงชื่อ.....^{นายดำรง อบอุ่น}.....อปท.
 [.....^(นายดำรง อบอุ่น).....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางแป นามลา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200423617	ที่อยู่ 102 หมู่ 1 ต.สะโนน อ. ลำโรงทาน จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคเลือดจาง เคยเป็นวัณโรคปอด เหนื่อยง่าย ตามีน้ำหนักลดลง หงุดหงิด รับประทานอาหารได้น้อย ปัสสาวะเล็ด ต้องผูก							
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - ออกกำลังกายได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้ถึงคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/ถ่ายอุจจาระ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ							
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) กายอุปกรณ์ - ไม่จำเป็น บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - หมาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอ. - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน							
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI 11 – 13 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
การนัดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ดูแลสวนอุจจาระ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ฝึกหายใจ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริการพาหะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง								นักพัฒนาชุมชน
มีภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การสร้างเครือข่ายการดูแล	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				เจ้าหน้าที่แผนไทย
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ต่างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดยญาติ - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรฉา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางอุทัย ชัยภา ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาน/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบ								

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว สระแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200253983	ที่อยู่ 25 หมู่ 3 ต.สะโน อ.ลำโพง จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 20 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2473 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคหัวใจ โรคหอบหืด ตา ๒ ข้างบอด หูตึง หลังค่อม เหนื่อยง่าย หลงลืม ท้องผูก นอนไม่หลับ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการและ สนับสนุนแพมเพิส	- กลั้นปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะเล็ดใส่ผ้าอ้อม ร่วม กับท้องผูก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) - หู (ears) - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 1 ชิ้น/วัน - แผ่นรองขับถ่าย จำนวน 1 ชิ้น/วัน - แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน NaN ชิ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 1 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นางสาวบุตรีชบา ทองทา
 [.....]
 พยาบาลวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....
 เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลงชื่อ.....
 (นายสำรวจ ออบจัน)
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางสาว สรแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200253983	ที่อยู่ 25 หมู่ 3 ต.สะโน อ.สำโรงบาง จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL-S, TAI-B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคหัวใจ โรคหอบหืด ตา ๒ ข้างบอด บุตึง หลังค่อม เพื่อย่ง่าย หลงลืม ต้องผูก นอนไม่หลับ
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น คำอ้อม - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหกล้มตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะเค็ดใส่ผ้าอ้อม ร่วมกับท้องผูก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายตัวปกติ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - แหวนเฟิส กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน - ฟ้าเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/คหส.

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การนัดกระตุนการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				เจ้าหน้าที่แผนไทย
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การสร้างเครือข่ายการดูแล	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
มีนภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ดนตรีบำบัด (Music Therapy)	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง								นักพัฒนาชุมชน
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
การนัดกระตุนการไหลเวียน	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการกลืนปัสสาวะ	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - คั้นนม - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - กายภาพบำบัดโดยญาติ - เป็ยณผ้าอ้อม - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรณมา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางเอกวารรัตน์ รุ่งศรี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาฬิ/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) รับผิดชอบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) รับผิดชอบ
---	---

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

ชื่อ นางสาว ชัยภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200260033	ที่อยู่ 7 หมู่ 6 ต.สะโน อ. สำโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 02 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2478 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตา 2 ข้างบอดสนิท ท้องผูก เหนื่อยง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการและ สนับสนุนแพมเพิส	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชีวประวัติในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิ้งขยะอย่างเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวบุตรีชบา ทองทา
[.....]
พยานผู้วิชาชีพ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
(นายสำราญ ออบุ่น)
[.....]
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางดา ชัยภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200260033	ที่อยู่ 7 หมู่ 6 ต.สะโน อ. ลำโรงทับ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตา 2 ข้างบอดสนิท ท้องผูก เหนื่อยง่าย																																																																																																																																												
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/จับถ้วยเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้องผูกน้อยลง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก รมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																																																																																																																												
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายการผู้ป่วย (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและภักภคภค) กายอุปกรณ์ - ไม่เข้าช่วยพยุง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส. - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																																																																																																																												
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal <table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>ความถี่</th> <th>จ.</th> <th>อ.</th> <th>พ</th> <th>พญ</th> <th>ศ</th> <th>ส</th> <th>อ</th> <th>ผู้รับผิดชอบ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>การวัด</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะโภชนาการ</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>นักโภชนาการ</td> </tr> <tr> <td>วัดสัญญาณชีพ</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะเครียด STS</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>นักพัฒนาชุมชน</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>การบริการพาหะรับส่งผู้สูงอายุ</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>นักพัฒนาชุมชน</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> </tbody> </table>			กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล	การวัด	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักโภชนาการ	วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมินภาวะเครียด STS	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักพัฒนาชุมชน	ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	การบริการพาหะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักพัฒนาชุมชน	ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							พยาบาล	ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																																																					
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																					
ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล																																																																																																																																					
การวัด	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																					
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																					
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักโภชนาการ																																																																																																																																					
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																					
ประเมินภาวะเครียด STS	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล																																																																																																																																					
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักพัฒนาชุมชน																																																																																																																																					
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																					
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																					
การบริการพาหะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักพัฒนาชุมชน																																																																																																																																					
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							พยาบาล																																																																																																																																					
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล																																																																																																																																					
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - ภายภาพบำบัดโดยญาติ - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.ศรดา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางเอียง สมัญญา ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาท/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วนป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วนป																																																																																																																																													

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว ชัยภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200263237	ที่อยู่ 48 หมู่ 6 ต.สะโน อ. ลำโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 02 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2480 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง HT ไตวายระยะสุดท้าย ฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไต ขา ๒ ข้างบวมเดินลำบาก เหนื่อยง่าย ท้องผูก ตามัว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ท้องผูก - ขา 2 ข้างบวมเดินลำบากไม่มีแรง - ต้องไปฟอกไตและรับยาที่รพ.รวมแพทย์สุรินทร์ สัปดาห์ละ 2 ครั้งทำให้บุตรไม่สามารถไปทำงานได้ รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - แผลตำแหน่งฟอกไต การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ภาวะเป็นบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 1 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ มีรายได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตธชา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวบุตธชา ทองทา
 พยาบาลวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลงชื่อ.....อ.พ.
 (นายสำราญ ออบอุ่น)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/64 วันที่ 21/06/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางสาว ชัยภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200263237	ที่อยู่ 48 หมู่ 6 ต.สะโน อ. ลำโพง จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 21 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2564 วินิจฉัย : ADL=1Q, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง HT ใตยาระยะสุดท้าย ฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไต ซา ๒ ชั่วโมงเดินลำบาก เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น - อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวโน้บายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมทั้งเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ มีรายได้	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฆมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา - หายใจ - ซา 2 ชั่วโมงเดินลำบากไม่มีแรง - ต้องไปฟอกไตและรับยาที่รพ.รวมแพทย์สุรินทร์สัปดาห์ละ 2 ครั้งทำให้บุตรไม่สามารถไปทำงานได้ รายได้ไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือจากสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - อุปกรณ์ทำแผล กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พานเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส. - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเอื้อระหว่าง สส/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการส่งเสริมอาชีพ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การตรวจกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง								นักพัฒนาชุมชน
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
การตรวจกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					เจ้าหน้าที่แผนไทย
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การสร้างเครือข่ายการดูแล	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
การตรวจคัดกรอง	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					เจ้าหน้าที่แผนไทย
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ฝึกหายใจ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
แนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 8Q	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการเดิน	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - กายภาพบำบัดโดยญาติ - เปลี่ยนผ้าอ้อม - สวมหมวก	ผู้จัดทำ นางสาวโสธรา เสงี่ยม ผู้รับผิดชอบ นางอมรรัตน์ ธรรมดั่ง ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาดี/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบ
---	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหนือจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายนิตย์ ทองยี่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5349900004084	ที่อยู่ 51 หมู่ 6 ต.สะโน อ. ลำโพง จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 07 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2501 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ต้องใช้ไม้ค้ำยันในการช่วยพยุงเคลื่อนที่	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ต้องการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด เสี่ยงต่อการสำลักอาหาร	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชี้แจงระวางในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้ด้วยตนเองโดยไม่ใช้ไม้ค้ำยัน - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวบุตรีชบา ทองทา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....นายบุญเลิศ วิชาชีพ.....]
 ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลงชื่อ.....(นายสำราญ อบอุ่น).....อปท.
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 4/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นายนามิย์ ทองอิน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5349900004084	ที่อยู่ 51 หมู่ 6 ต.สะโน อ. ลำโรงทับ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL-10, TAL-B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ต้องใช้ไม้เท้าในการช่วยเหลือเดิน
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มจึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวโน้บายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/จับถ้วยเองได้ - เดินได้ด้วยตนเองโดยไม่ใช้ไม้เท้ายัน - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด เสี่ยงต่อการสำลักอาหาร	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) กายอุปกรณ์ - รถโยกสำหรับผู้พิการ บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/สหพล. - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
ฝึกการก้าวในพื้นที่ต่างระดับ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง								นักพัฒนาชุมชน
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนัดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				เจ้าหน้าที่แผนไทย
ดนตรีบำบัด (Music Therapy)	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
หนังสือ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 3Q	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกหายใจ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการเดิน	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
การเพิ่มราวจับ ราวบันได ราวเกาะขึ้น ราวฝึกเดิน	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - สับนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้อาาโดยญาติ - รับประทานยา - กายภาพบำบัดโดยญาติ - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ บุตรชบา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางอมรรัตน์ ธรรมด้วง ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ช่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์
--	--

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางเหลื่อม สระทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200263156	ที่อยู่ 48/1 หมู่ 6 ต.สะโน อ. สำโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 14 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2501 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ไตวายระยะสุดท้าย ฟกไตด้วยเครื่องฟอกไต ขา ๒ ข้างบวม เหนื่อยง่าย ท้องผูก มีแผลที่ท้องแขนจากการทำเส้นฟอกไตต้องได้รับการล้างแผลทุกวัน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,000 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการฟอกไตที่ร.พ.รวมแพทย์สุรินทร์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ดูแลล้างแผลตำแหน่งทำเส้นสำหรับฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไต การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ได้รับการฟอกไตอย่างต่อเนื่อง อาการบวมลดลง แผลจากการเปิดเส้นฟอกไตได้รับการดูแลและหายดี	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ทรงอำนาจ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวบุตรชบา ทองทา
 [.....]
 พยาบาลวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....(นายสำราญ อบอุ่น).....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางเหลือน สระทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200263156	ที่อยู่ 48/1 หมู่ 6 ต.สะโน อ. สำโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=1Q, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ไตวายระยะสุดท้าย ฟกช้ำด้วยเครื่องฟอกไต ๒ ชั่วโมง เหนื่อยง่าย ท้องผูก มีแผลที่ท้อง แขนขาจากการฟกช้ำฟกช้ำดำคล้ำต้องได้รับการล้างแผลทุกวัน
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวโน้บายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ได้รับการฟอกไตอย่างต่อเนื่อง อาการบวมลดลง แผลจากการเปิดเส้นฟอกไตได้รับการดูแลและหายดี	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการฟอกไตที่รพ.รวมแพทย์ สุรินทร์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - หาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส. - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเล็กระหว่าง สร/อภท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน - ได้รับการส่งเสริมอาชีพ

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				เภสัชกร
ประเมินภาวะซึมเศร้า BQ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI I – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ดนตรีบำบัด (Music Therapy)	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
ประเมินคะแนนความเจ็บปวด	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง								นักพัฒนาชุมชน
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - รับประทานอาหาร - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - รับประทานยา - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรชบา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางเลือน สระทอง ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบ
--	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเกตุ ออบุ่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200408332	ที่อยู่ 38 หมู่ 7 ต.สะโน อ. ลำโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 18 เดือน เมษายน พ.ศ. 2472 (อายุ 94 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุตา 2 ข้างมัว หลังค่อมมาก ปวดหลัง เคลื่อนไหวลำบาก ท้องผูก หน้อย เพลียง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
ข้อระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวบุตรีชบา ทองทา
 [.....]
 พยาบาลวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]
 (นางจริยา พวงพลอย)
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายสำราญ ออบุ่น)
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

[illegible]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเชิด สิ้นสุพรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200254491	ที่อยู่ ม.3 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน กันยายน พ.ศ. 2505 (อายุ 61 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แขนขาขวามืออ่อนแรง พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,000 บาท	- กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ช่วยระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางสาวบุตรชบา ทองทา)

พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางจริยา พวงพลอย)

ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....อปท.

(นายสำราญ ออบอู่)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นายเจ็ด สินสุพรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 332100254491	ที่อยู่ น.3 ต.สะโน อ.สำโรงบาง จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=1Q, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แขนขาขวาย่อนแรง พูดไม่ชัด คั้นแข็ง																																																																																																																																		
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลและสัต์เปลี่ยน - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รองเท้าช่วยเดิน	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหกล้มตกหกลื่น - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																																																																																																																		
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) กายอุปกรณ์ - รวมนิยามและเดิน - ไม้เท้าเดิน บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม																																																																																																																																		
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal <table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>ความถี่</th> <th>จ.</th> <th>อ.</th> <th>พ</th> <th>พญ</th> <th>ศ</th> <th>ส</th> <th>อ</th> <th>ผู้รับผิดชอบ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>ครอบครัว</td> </tr> <tr> <td>การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>นักกายภาพบำบัด</td> </tr> <tr> <td>ฝึกการทรงตัว</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>นักกายภาพบำบัด</td> </tr> <tr> <td>ฝึกการเดิน</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>นักกายภาพบำบัด</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะเครียด STS</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน TAI 11 – 13 C2 – C4 B3 – B5</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>วัดสติปัญญาฉบับ</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> </tbody> </table>			กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้	ทำครั้งเดียว					✓			ครอบครัว	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด	ฝึกการทรงตัว	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด	ฝึกการเดิน	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด	ประเมินภาวะเครียด STS	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							พยาบาล	ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							พยาบาล	ประเมิน TAI 11 – 13 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							พยาบาล	ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	วัดสติปัญญาฉบับ	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																																											
เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้	ทำครั้งเดียว					✓			ครอบครัว																																																																																																																											
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด																																																																																																																											
ฝึกการทรงตัว	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด																																																																																																																											
ฝึกการเดิน	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด																																																																																																																											
ประเมินภาวะเครียด STS	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																											
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																											
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							พยาบาล																																																																																																																											
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							พยาบาล																																																																																																																											
ประเมิน TAI 11 – 13 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							พยาบาล																																																																																																																											
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																											
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																											
วัดสติปัญญาฉบับ	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																											
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - สักงหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุศรดา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางเอกวารรัตน์ รุ่งศรี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป																																																																																																																																			

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มิภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายชู บุตรดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200262630	ที่อยู่ หมู่ 6 ต.สะโน อ. ลำโพง จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2479 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หูตึง ตาพร่ามัว หลังค่อม เคลื่อนที่ลำบาก ปวดหลัง เหนื่อยเพลีย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อผู้ระงับในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 2 เดือน - ปรับปรุงสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวบุตรีชบา ทองทา
 [.....]
 พยาบาลวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางจริยา พวงพลอย)
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายสำราญ อบอู่)
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นายชัช บุตรดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200262630	ที่อยู่ หมู่ 6 ต.สะโน อ. ลำโรงหวาน จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เบื้องต้น ผ่าตัดหัวใจ หลังคลอด เคยเป็นโรคเบาหวาน ปวดหลัง เหนื่อยเพลีย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นไฟฟ้าอื่น	แนวโน้บายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน	บริการนอกเหนือรายตัวบุคคล (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) กายอุปกรณ์ - รวามิกอินและเดิน บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal										
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	อ	ผู้รับผิดชอบ
เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้	ทำครั้งเดียว				✓					ครอบครัว
ประเมินภาวะเครียด STS	เดือนละ 2 ครั้ง		✓		✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง		✓		✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 2 ครั้ง		✓		✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 2 ครั้ง		✓		✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง		✓		✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง		✓		✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง		✓		✓					พยาบาล
การปรับทางเข้าบ้าน ทางลาด พื้นที่ต่างระดับ ธรณีประตู	ทำครั้งเดียว				✓					นักพัฒนาชุมชน

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดื่มนม - ล้างหน้า - เตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย ญาติ - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุตรีชบา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางอมรรัตน์ ธรรมด้วง ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาที่/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์
---	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมศักดิ์ สมัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200404299	ที่อยู่ 55 หมู่ 6 ตำบลละโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 09 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2503 (อายุ 63 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุตาซ้ายบอด ตาขวาพร่ามัว ปวดขา เทนอยเพลีย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 2 สัปดาห์ - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 2 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 2 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....บุตรชบา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางสาวบุตรชบา ทองทา]
 พยาบาลวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....นางจริยา พวงพลอย.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางจริยา พวงพลอย]
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....(นายสำราญ อบอู่).....อปท.
 [นายสำราญ อบอู่]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลละโน

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นามสกุลที่ สมัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200404299	ที่อยู่ 55 หมู่ 6 ตำบลละโว้ อ.ลำโพง จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C4 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุชายขาดขาขวาหน้าขาขวา ปวดขา เหนียวเหนียว
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - ยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - ยากสร้างประโยชน์ให้สังคม - ยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - ยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - ยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - ยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่สุด - ยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลและลดเปลี่ยน - ยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นไฟฟ้าอื่น	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 สัปดาห์ - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้าน ภายใน 2 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ หานข้าวเองได้ ซักผ้าเองได้ ภายใน 2 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ หานข้าวเองได้ ซักผ้าเองได้ ภายใน 2 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและภาคี) กายอุปกรณ์ - ไม่จำเป็น บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอ. - ได้รับการส่งเสริมอาชีพ

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI 11 – 13 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							พยาบาล
ป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษพา หองหา ผู้รับผิดชอบ นางเอียง สมัญญา ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาที่/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วลป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วลป
--	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสะสอน บุญเต็ม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5321200005609	ที่อยู่ 9 หมู่ 2 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 12 เดือน มกราคม พ.ศ. 2501 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงรับยาต่อเนื่อง เคลื่อนไหวลำบาก ขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง เกรด33	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,000 บาท	- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์
ผลลัพธ์ที่คาดหวัง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 2 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

นางสาวบุตรีชบา ทองทา

(นายสำราญ อบอุ่น)

ลงชื่อ.....

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางจริยา พวงพลอย)

ผู้อำนวยการกองคลัง

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นายสะท้อน บุญเต็ม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5321200005609	ที่อยู่ 9 หมู่ 2 ค.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=IQ, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงรับยาต่อเนื่อง เคลื่อนไหวลำบาก ขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง เกรด33
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวโน้มนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การหกล้มตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - การได้รับช่วยเหลือส่วนอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้าน ภายใน 2 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) ทางอุปกรณ์ - ไม่ให้ช่วยพุง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สอ/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน - ได้รับการส่งเสริมอาชีพ

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการเดิน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					นักกิจกรรมบำบัด
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					นักกิจกรรมบำบัด
ประเมินภาวะเครียด ST5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 8Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			นักจิตวิทยา
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง							✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดื่มนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - รับประทานยา - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรชบา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางบุญใจหาญ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นานี่/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป
---	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางอำ ไทแท้ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200267194	ที่อยู่ 12 หมู่ 2 ต.สะโน อ. ลำโรงทับ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ขา 2 ข้างอ่อนแรง เกรด3	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- หลีกเลี่ยงหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวบุตรชบา ทองทา
 ขยายลายวิขาชีพ
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางจริยา พงษ์ทอง)
 [.....ผู้อำนวยการกองคลัง.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายสำราญ อบอุ่น)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางสาว โทยแท้ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 332100267194	ที่อยู่ 12 หมู่ 2 ต.สะโน อ. ลำโพง จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ขา 2 ข้างอ่อนแรง เกรด3
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลตั้งแต่เปลี่ยน - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวโน้บายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การหกล้มตกหล่น - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พ้นสู่สภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือรายטיפาค่า (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) กายอุปกรณ์ - ไม่ทำช่วยพยุง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส. - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง รถ/รถรับ/อื่นๆ) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal										
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง								นักสังคมสงเคราะห์	
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล	
การนวด	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล	
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด	
การจัดทำแผนป้องกันแผลกดทับ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
จัดอาหารและน้ำดื่มอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล	
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล	
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ขับถ่าย - รับประทานอาหาร - ออกกำลังกาย - สวมเสื้อผ้า - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรชรา หงษ์หา ผู้รับผิดชอบ นางบุญใจหาญ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาฬิกา/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป
--	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพุด ทองคำ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200407905	ที่อยู่ 30 หมู่ 7 ต.สะโน อ.ลำโพง จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 23 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2486 [อายุ 80 ปี]	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เหนื่อยเพลีย นอนไม่หลับ แขนขาอ่อนแรง แขน แกรด5 ขาแกรด3	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 [นางสาวบุตรชบา ทองทา]
 [พยาบาลวิชาชีพ]
 ลงชื่อ.....
 [นางจริยา พวงพลอย]
 [ผู้อำนวยการกองคลัง]

ลงชื่อ.....
 (นายสำราญ ออบอุ้น)
 [นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองเกิด สระแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200421304	ที่อยู่ 42 หมู่ 1 ต.สะโน อ. ลำโพง จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 04 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2495 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุหลังค่อม เดินลำบาก ไม่ค่อยมีแรง นอนไม่หลับ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,000 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี ☐ ต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ นางสาวบุตรีชบา ทองทา ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางสาวบุตรีชบา ทองทา]
 ลงชื่อ (นางจริยา พวงพลอย) เจ้าหน้าที่การเงิน
 [(นางจริยา พวงพลอย)]
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ (นายสำราญ อ่อน) อบท.
 [(นายสำราญ อ่อน)]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 20/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางทองเกิด สระแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3921200421304	ที่อยู่ 42 หมู่ 1 ต.สะโน อ. อำเภอพนา จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=B, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุหลังล้ม เดินลำบาก ไม่ค่อยมีแรง นอนไม่หลับ																																																																																																														
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นไฟฟ้า	แนวโน้บายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การหกล้มตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ																																																																																																														
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา - กลืนบิสสารไม่ได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ พานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน	บริการนอกเหนือรายรับค่าที่ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) กายอุปกรณ์ - ไม่ทำช่วยพยุง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง รถ/รถรับ/อื่นๆ) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																																																																																														
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal <table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>ความถี่</th> <th>จ.</th> <th>อ.</th> <th>พ</th> <th>พญ</th> <th>ศ</th> <th>ส</th> <th>อ</th> <th>ผู้รับผิดชอบ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า BQ</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะเครียด ST5</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน TAI I1 - I3 C2 - C4 B3 - B5</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>วัดสัญญาณชีพ</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>นักกายภาพบำบัด</td> </tr> </tbody> </table>			กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล	ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล	ประเมินภาวะซึมเศร้า BQ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล	ประเมินภาวะเครียด ST5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล	ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล	ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล	ประเมิน TAI I1 - I3 C2 - C4 B3 - B5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล	ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล	วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																							
ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล																																																																																																							
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล																																																																																																							
ประเมินภาวะซึมเศร้า BQ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล																																																																																																							
ประเมินภาวะเครียด ST5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล																																																																																																							
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล																																																																																																							
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล																																																																																																							
ประเมิน TAI I1 - I3 C2 - C4 B3 - B5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล																																																																																																							
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล																																																																																																							
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																							
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด																																																																																																							
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต  - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษมา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางอุทัย ชัยภา ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาทิตย์/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) รับผิดชอบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) รับผิดชอบ																																																																																																															

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดแยกค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายแก้ว ชัยภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200260041	ที่อยู่ 7 หมู่ 6 ต.สะโน อ.ลำโรงทับ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2473 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดรับยาสม่ำเสมอ พิกการทางการเคลื่อนไหว ตาพร่ามัว เดินลำบาก มีอาการหลงลืม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การหลงทาง	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ประสานพันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตธชา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

ลงชื่อ.....
 นางสาวบุตธชา ทองทา
 [.....]
 พยาบาลวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....
 (นางจรรยา หอมทอง)
 [.....]
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....
 (นายสำราญ อบอุ่น)
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นายแก้ว ชัยภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200260041	ที่อยู่ 7 หมู่ 6 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือด รับประทานยาตามแผน พิจารณาทางเดินหายใจ คอแห้ง มีเสียงหวีด มีอาการหลงลืม
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ปวได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การหัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การหลงทาง
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนบิสลภาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - สามารถปฏิบัติตามกับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ประสานพันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือรายลับค่า (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) กายอุปกรณ์ - ไม่ทำช่วยพยุง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สส/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal										
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	
ประเมินภาวะเครียด ST5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล	
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล	
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล	
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล	
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			นักจิตวิทยา	
วัดสติญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล	
ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล	
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล	
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล	
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดื่มนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้อาหารโดยญาติ - ภายหลังรับประทานอาหาร - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษยา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางเชียง สมัญญา ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบ
---	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแพง สิงจานุสงค์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200404043	ที่อยู่ 6 หมู่ 5 ตำบลสะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2494 [อายุ 72 ปี]	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาสม่ำเสมอ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เหนื่อย เพลีย นอนไม่ค่อยหลับ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....บุตรชบา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางสาวบุตรชบา ทองทา]
 พงษ์บุตรีวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....นางจันทนา ทองทา.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางจันทนา ทองทา]
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....นายสำราญ อบอุ่น.....อปท.
 [นายสำราญ อบอุ่น]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางแพง สิงจานุสงค์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200404043	ที่อยู่ 6 หมู่ 5 ตำบลสะโน อ.ท่าโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=B, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง รับยาสม่ำเสมอ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เหลือเพียง นอนไม่ค่อยหลับ																																																																																																																																		
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวโน้มนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																																																																																																																		
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน	บริการนอกเหนือจากบัตรคำ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) กายอุปกรณ์ - ราวพยุงและเดิน บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาคีรัฐและเอกชน																																																																																																																																		
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal <table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>ความถี่</th> <th>จ.</th> <th>อ.</th> <th>พ</th> <th>พญ</th> <th>ศ</th> <th>ส</th> <th>อ</th> <th>ผู้รับผิดชอบ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประเมินภาวะโภชนาการ</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะเครียด STS</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>วัดสัญญาณชีพ</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> </tbody> </table>			กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล	ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล	ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล	ประเมินภาวะเครียด STS	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล	ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล	ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล	ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล	ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล	วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																																											
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																											
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																											
ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล																																																																																																																											
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล																																																																																																																											
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล																																																																																																																											
ประเมินภาวะเครียด STS	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล																																																																																																																											
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล																																																																																																																											
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล																																																																																																																											
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล																																																																																																																											
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล																																																																																																																											
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																											
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																											
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - นอน - สวมผ้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - รับประทานยา - สวมหมวก - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุศรชบา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางจันทร์เพ็ญ จำปาบุรี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ช่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์																																																																																																																																			

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวรอง บุญธรรม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200408405	ที่อยู่ 39 หมู่ 7 ต.สะโน อ.ลำโพง จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 08 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2497 [อายุ 69 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ผ่ากรับยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา เคลื่อนไหวลำบาก รับ ประทานอาหารได้เอง ท้องผูก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวบุตรีชบา ทองทา
 [.....]
 พยาบาลวิชาชีพ
 (นางจริยา พงษ์กลอย)
 ลง.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]
 ผู้อำนวยการกองเองพตัง

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายสำราญ อบอุ้น)
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางสาวรอง บุญธรรม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 332120408405	ที่อยู่ 39 หมู่ 7 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงผากรับยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา เคลื่อนไหวลำบาก รับประทานอาหารได้เอง ท้องผูก																																																																																																																																																																
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหกล้มตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ																																																																																																																																																																
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ขอย่ำง่ามมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน	บริการนอกเหนือรายลับค่าที่ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการส่งเสริมอาชีพ																																																																																																																																																																
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal <table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>ความถี่</th> <th>จ.</th> <th>อ.</th> <th>พ</th> <th>พญ</th> <th>ศ</th> <th>ส</th> <th>อ</th> <th>ผู้รับผิดชอบ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ล้างหน้า แปรงฟัน</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>ครอบครัว</td> </tr> <tr> <td>อาบน้ำ</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>ครอบครัว</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะโภชนาการ</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>นักกายภาพบำบัด</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะเครียด ST5</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>นักจิตวิทยา</td> </tr> <tr> <td>วัดสัญญาณชีพ</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินป้องกันภาวะแทรกซ้อน</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> </tbody> </table>			กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	ล้างหน้า แปรงฟัน	ทำครั้งเดียว	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว	อาบน้ำ	ทำครั้งเดียว			✓			✓		ครอบครัว	ประเมินภาวะโภชนาการ	ทำครั้งเดียว			✓			✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	ทำครั้งเดียว				✓				นักกายภาพบำบัด	ประเมินภาวะเครียด ST5	ทำครั้งเดียว		✓						พยาบาล	ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	ทำครั้งเดียว		✓						พยาบาล	ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	ทำครั้งเดียว		✓						พยาบาล	ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	ทำครั้งเดียว		✓						พยาบาล	การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	ทำครั้งเดียว					✓			นักจิตวิทยา	วัดสัญญาณชีพ	ทำครั้งเดียว				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล	ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล	ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล	ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล	ประเมินป้องกันภาวะแทรกซ้อน	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																																																																									
ล้างหน้า แปรงฟัน	ทำครั้งเดียว	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว																																																																																																																																																									
อาบน้ำ	ทำครั้งเดียว			✓			✓		ครอบครัว																																																																																																																																																									
ประเมินภาวะโภชนาการ	ทำครั้งเดียว			✓			✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																									
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	ทำครั้งเดียว				✓				นักกายภาพบำบัด																																																																																																																																																									
ประเมินภาวะเครียด ST5	ทำครั้งเดียว		✓						พยาบาล																																																																																																																																																									
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	ทำครั้งเดียว		✓						พยาบาล																																																																																																																																																									
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	ทำครั้งเดียว		✓						พยาบาล																																																																																																																																																									
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	ทำครั้งเดียว		✓						พยาบาล																																																																																																																																																									
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	ทำครั้งเดียว					✓			นักจิตวิทยา																																																																																																																																																									
วัดสัญญาณชีพ	ทำครั้งเดียว				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																									
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล																																																																																																																																																									
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล																																																																																																																																																									
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล																																																																																																																																																									
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล																																																																																																																																																									
ประเมินป้องกันภาวะแทรกซ้อน	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล																																																																																																																																																									
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดื่มนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - สวมหมวก - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษมา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางจินตนา นวลนิมมาน ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป																																																																																																																																																																	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแดง นวลมัยนาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200407379	ที่อยู่ 22 หมู่ 7 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 23 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2491 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุตาบอด 2 ข้าง หลังค่อม ท้องผูก ปัสสาวะเล็ด นอนไม่หลับ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี.....ต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การผลิตตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางสาวบุตรีชบา ทองทา]
 [พยาบาลวิชาชีพ]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [นางจริยา พวงพยอม]
 [ผู้อำนวยการกองคลัง]

ลงชื่อ.....อปท.
 [นายสำราญ อบอุ่น]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางแดง นวลนิยนาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200407379	ที่อยู่ 22 หมู่ 7 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=B, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุคาบอด 2 ข้าง หลังค่อม ห้อยมูก ปัสสาวะเล็ด นอนไม่หลับ																																																																																																																																		
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหกล้มตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/หมดข้างเดียวจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																																																																																																																		
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านการอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) กายอุปกรณ์ - ไม่ทำช่วยพยุง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																																																																																																																		
 กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal <table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>ความถี่</th> <th>จ.</th> <th>อ.</th> <th>พ</th> <th>พญ</th> <th>ศ</th> <th>ศ</th> <th>อ</th> <th>ผู้รับผิดชอบ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประเมินภาวะโภชนาการ</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 8Q</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะเครียด STS</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน TAI 11 – 13 C2 – C4 B3 – B5</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>วัดสัญญาณชีพ</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>การตรวจกระตุ้นการไหลเวียน</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>เจ้าหน้าที่แผนไทย</td> </tr> </tbody> </table>			กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ศ	อ	ผู้รับผิดชอบ	ประเมินภาวะโภชนาการ	ทำครั้งเดียว			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	ทำครั้งเดียว			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล	ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล	ประเมินภาวะซึมเศร้า 8Q	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล	ประเมินภาวะเครียด STS	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล	ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว	✓			✓				พยาบาล	ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว	✓			✓				พยาบาล	ประเมิน TAI 11 – 13 C2 – C4 B3 – B5	ทำครั้งเดียว	✓			✓				พยาบาล	ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว	✓			✓				พยาบาล	วัดสัญญาณชีพ	ทำครั้งเดียว		✓			✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	การตรวจกระตุ้นการไหลเวียน	ทำครั้งเดียว				✓				เจ้าหน้าที่แผนไทย
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ศ	อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																																											
ประเมินภาวะโภชนาการ	ทำครั้งเดียว			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																											
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	ทำครั้งเดียว			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																											
ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล																																																																																																																											
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล																																																																																																																											
ประเมินภาวะซึมเศร้า 8Q	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล																																																																																																																											
ประเมินภาวะเครียด STS	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล																																																																																																																											
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว	✓			✓				พยาบาล																																																																																																																											
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว	✓			✓				พยาบาล																																																																																																																											
ประเมิน TAI 11 – 13 C2 – C4 B3 – B5	ทำครั้งเดียว	✓			✓				พยาบาล																																																																																																																											
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว	✓			✓				พยาบาล																																																																																																																											
วัดสัญญาณชีพ	ทำครั้งเดียว		✓			✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																											
การตรวจกระตุ้นการไหลเวียน	ทำครั้งเดียว				✓				เจ้าหน้าที่แผนไทย																																																																																																																											
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ถ่ายภาพบำบัดโดยญาติ - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษยา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางจินดา นวลนิยนาม ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาที่/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) [ผู้ป่วย/ญาติ] วดบ 2) [ผู้ป่วย/ญาติ] วดบ																																																																																																																																			

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเปียง ลินสุพรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200410698	ที่อยู่ 25 หมู่ 8 ต.สะโน อ.ลำโพง จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 26 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2486 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุพิการ เดินลำบากหลังค่อม ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ท้องผูก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- เฝ้าระวังการกลืน - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตธชา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

นางสาวบุตธชา ทองทา
 [.....]
 พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาว.....)
 [.....]
 ผู้อำนวยการกองส่งเสริม

ลงชื่อ.....อปท.

(นายสำราญ อบอู่)
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางเบียง สันสุพรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200410698	ที่อยู่ 25 หมู่ 8 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL-9, TAI-B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุพิการ เดินลำบากหลังล้ม ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องถูก
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/จับตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนบิสซาระไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน	บริการนอกเหนือรายตัวบัตร (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) กายอุปกรณ์ - รวามิกยีนและเดิน บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal										
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	อ	ผู้รับผิดชอบ
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การวัดกระตุ้นการไหลเวียน	ทำครั้งเดียว				✓					เจ้าหน้าที่แผนไทย
ประเมินภาวะโภชนาการ	ทำครั้งเดียว	✓								ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	ทำครั้งเดียว	✓								ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะเครียด ST5	ทำครั้งเดียว				✓					พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	ทำครั้งเดียว				✓					พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	ทำครั้งเดียว				✓					พยาบาล
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	ทำครั้งเดียว				✓					พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	ทำครั้งเดียว				✓					นักจิตวิทยา
สวดมนต์	วันละ 1 ครั้ง(ก่อนนอน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - - - ญาติ - ภายหลังพบาบัติโดยญาติ - สวดมนต์ - เป็ยย่นผ้าอ้อม - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุศรษา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางสุภาวดี สันสุพรรณ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที่/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) รศป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) รศป
--	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.เพ็ญ แสงเพ็ญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200260769	ที่อยู่ 16 ม.6 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 09 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2505 (อายุ 61 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยคามัว/บอดทั้ง 2 ข้าง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการ	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวบุตรชบา ทองทา
พยาบาลวิชาชีพ
ลง.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางจริยา พวงพลอย)
ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....อปท.
(นายสำราญ อบอุ่น)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ น.ส.เพ็ญ แสงเพ็ญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200260769	ที่อยู่ 16 ม.6 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=I1, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยความจำ/บดทั้ง 2 ข้าง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล	แนวโน้บายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 วัน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและกอฟกอฟ) กายอุปกรณ์ - ไม่เข้าช่วยพยุง บริการอื่นๆ - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ทำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ประเมินภาวะเครียด STS	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
การนัดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยทำกิจวัตรประจำวัน	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักพัฒนาชุมชน
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักพัฒนาชุมชน
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง				✓	✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตีบนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ	ผู้จัดทำ น.ส.เรขชา พงพทา ผู้รับผิดชอบ นางเสียง สมัญญา ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาที่/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม
--	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายโหม สระทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200263351	ที่อยู่ 51 หมู่ 6 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2503 (อายุ 63 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ตาบอด 2 ข้าง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นางสาวบุตรีชบา ทองทา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....พยาบาลวิชาชีพ.....]
 ลงชื่อ.....
 [.....(นางสาวบุตรีชบา ทองทา).....]
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....
 (นายสำราญ ออบอ้น)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นายโหม สระทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200263351	ที่อยู่ 51 หมู่ 6 ต.สะโน อ.สำโรงหาม จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ผาบอด 2 ข้าง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - อยู่อาศัย/พักขณะที่อยู่อาศัย - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informo) บริการอื่นๆ - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเชื่อมระหว่าง สอ/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ฝึกสมาธิ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการจำตัวเลข BQ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริการฝากดูแลกลางวัน (Day Care)	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การสร้างเครือข่ายการดูแล	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ฟังธรรม	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรฉา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางอมรรัตน์ ธรรมด้วง ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) [ผู้ป่วย/ญาติ] วลป 2) [ผู้ป่วย/ญาติ] วลป
---	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว สมัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200404566	ที่อยู่ 27 หมู่ 5 ตำบลสะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2490 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ พิกัดทางเคลื่อนไหว เดินลำบาก นอนไม่ค่อยหลับ ท้องผูก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- อารมณ์หงุดหงิด - ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[นางสาวบุตรชบา ทองทา]

พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาว พนมพลอย)

ผู้รับมอบหมายของคลัง

ลงชื่อ.....อปท.

(นายสำราญ อบจัน)

[นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางสาวศุภ สมัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200404566	ที่อยู่ 27 หมู่ 5 ตำบลสะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีการทางเคลื่อนไหว เดินลำบาก นอนไม่ ค่อยหลับ ท้องผูก
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นไฟฟ้า	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพียงพอ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การผลิตตกหล่น - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนบิสสารไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน	บริการนอกเหนือรายการศัพท์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สส/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal										ผู้รับผิดชอบ	
รวม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ			
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
ประเมินภาวะเครียด STS	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					พยาบาล	
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					พยาบาล	
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					พยาบาล	
ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					พยาบาล	
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓								ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					พยาบาล	
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					พยาบาล	
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					พยาบาล	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					นักกายภาพบำบัด	

กิจกรรมในการดำรงชีวิต - ตัดผม - อาบน้ำ - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - รับประทานยา - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุศรขวา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางจันทร์เห็น จำปาบุรี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาฬิกา/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์
---	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพวง พิมพ์แก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200419911	ที่อยู่ 149 หมู่ 1 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 15 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2492 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ขาซ้ายผิดปกติ ขาขวาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดการบริการและสนับสนุนแพมเพิสแพมเพิส	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
มีความต้องการ/ควรได้รับ		- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ช่วงระยะเวลาในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางสาวบุตรชบา ทองทา]
 พยาบาลวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [(นางจริยพร พวงพลอย)
 [ผู้อำนวยการกองคลัง]

ลงชื่อ.....อปท.
 [(นายสำราญ อบอุ่น)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 4/62 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางพวง พิมพ์แก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 332100419911	ที่อยู่ 149 หมู่1 ต.สะโน อ.สำโรงพาม จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=1Q, TAI=CG ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ขาซ้ายมีตุรุ่ม ขาขวามีแผล
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวโน้บายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้องอาศียเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำคัญอาหาร - การผลิตตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - สามารถปฏิบัติสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ทิ้งขยะของใช้และภาชนะให้คนทำความสะอาดหรือศิษย์ ภายใน 2 เดือน	บริการนอกเหนือรายต้ปค่า (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส. - มารับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สอ./อปท./อื่นๆ) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การสว่านเครื่องช่วยการดูแล	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกหายใจ	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 8Q	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							นักสังคมสงเคราะห์
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักโภชนาการ
การทรงตัว	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะเครียด STS	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - กายภาพบำบัดโดยญาติ - ออกกำลังกาย - เปลี่ยนผ้าอ้อม - สวมหมวก - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษพา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางแสงจันทร์ อบอุ่น ระยะเวลาดำเนินการ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาที่/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ช่วย/ญาติ) ควบคุม 2) (ผู้ช่วย/ญาติ) ควบคุม
---	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว มณีพรวิภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200422599	ที่อยู่ 82 หมู่ 1 ต.สะโน อ. ลำโพง จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2476 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหอบหืด มีภาวะสมองเสื่อม หลงลืมวัน เวลา สถานที่ หูตึง ตาฝ้า หลง ค่อม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - ตา (eyes) - หู (ears) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การปรับสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
 รหลทาง - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ เช่น วันผู้สูงอายุ ทำบุญที่วัด	
ผู้จัดทำ Care plan บุคลากร ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวบุษมา ทองทา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

 พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อ.....(นางจริยา พวงพลอย).....เจ้าหน้าที่การเงิน

 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ..........อปท.

(นายสำราญ อ่อน)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 4/62 วันที่ 20/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางสาว นณิพร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200422599	ที่อยู่ 82 หมู่ 1 ต.ละโว้ อ. ลำปาง จ. ลำปาง หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ผู้ดูแลการพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองเสื่อม หลงลืม วัน เวลา สถานที่ บุติง ตามัว หลงลืม	
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวทางการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ เช่น วันผู้สูงอายุ ทำบุญที่วัด	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การหลงทาง - การหกล้มตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือรายการบัตร [รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal] ภายใต้รูปแบบ - ไม่ทำซ้ำเพียง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง รถ/รถ/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal			
กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ พท ศ ส อ ผู้รับผิดชอบ	
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง	✓	พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓	พยาบาล
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง	✓	พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 8Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบวต	เดือนละ 1 ครั้ง	✓	เจ้าหน้าที่แผนไทย
การบวตกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง	✓	เจ้าหน้าที่แผนไทย
อ่านหนังสือ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	เดือนละ 1 ครั้ง	✓	พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ออกกำลังกาย - ทานยา - นอนหลับ	ผู้จัดทำ บุตรชบา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางเจนจิรา อนุรัตน์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาฬิกา/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม		

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

ชื่อ น.ส.หนู ออบอ่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5321200055029	ที่อยู่ 7 หมู่ 1 ต.สะโน อ. ลำโรงทับ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2471 (อายุ 95 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านล้มสน สมองเสื่อม หลงลืมวันเวลา สถานที่	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการ และ จัดซื้อแพมเพิส	- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - กลืนปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี.....ต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - การกินอาหาร/สลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลง.....
นางสาวบุตรชบา ทองทา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....
พย.ป.วิ.วิชาชีพ.....]
ลงชื่อ.....
[.....
(นางจริยา พวงพลอย)
ผู้จ่ายการกองคลัง.....]

ลงชื่อ.....
[.....
(นายสำราญ ออบอ่น)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 5/62 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ น.ส.หนู อ่อน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5321200055029	ที่อยู่ 7 หมู่ 1 ต.สะโน อ. ลำโพง จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL-S, TAI-C3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้านติดตน สมถ่อม เงียบ หลงลืมวัน เวลา สถานที่
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ให้น้ำ น้ำร้อนลวก ขมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - กลับปัสสาวะไม่ได้	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ formall) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเชื่อมระหว่าง สส/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal										
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	
ประเมินภาวะซึมเศร้า BQ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
การตรวจการดูการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่แผนไทย	
ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล	
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		พยาบาล	
ประเมินภาวะเครียด STS	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง							✓	ครอบครัว	
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
เปลี่ยนผ้าอ้อม	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)								ครอบครัว	
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
การบริหารหาหน่วรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง								นักสังคมสงเคราะห์	

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดื่มนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.เบญจมา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางแสงจันทร์ อ่อน ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม
--	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเนือง บุญหนัก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5321200022473	ที่อยู่ 43 หมู่ 3 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 16 เดือน เมษายน พ.ศ. 2488 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุสุขภาพจิต หลงลืม พุดสับสน ชอบเก็บตัวบนบ้าน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการและ จัดซื้อแพมเพิส	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
วัตถุประสงค์ในการให้บริการ - การกินอาหาร/สําลักอาหาร - การทำรายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวบุตรชบา ทองทา
 (.....)
 พยาบาลวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางจรรยา พึ่งพลอย)
 (.....)
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายสำราญ อบอ้น)
 (.....)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 4/62 วันที่ 20/09/68
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางเนือง บุญหนัก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 532100022473	ที่อยู่ 43 หมู่ 3 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL-10, TAI-C3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุสุขภาพจิต หลงลืม หูตึงกับสน ชอบเก็บตัว บนบ้าน
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวโน้มในการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ช่วยได้อย่างถูกต้อง	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ส่วนใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถปฏิบัติตามพันธสัญญากับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สอ/อปท/อื่นๆ) - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/พหอส. - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง								นักสังคมสงเคราะห์
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 3Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
การสร้างเครือข่ายการดูแล	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
ประเมินภาวะเครียด STS	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
กระตุ้นใส่บาตร	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ภาวะสุขภาพปัสสาวะโดยญาติ - รับประทานยา - ออกกำลังกาย - เปียกผ้าอ้อม - สวมสน - นอนหลับ	ผู้จัดทำ บุคลากร พงศหา ผู้รับผิดชอบ นางอรรณพรัตน์ คุ้มศรี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบ
---	---

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางเพา บุญหนัก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200251816	ที่อยู่ 2 หมู่ 3 ต.สะโน อ. ลำโพง จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 26 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2478 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=B, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุสมองเสื่อม หลงลืม ตาซ้ายบอด ตาขวามัวมาก หลังค่อม ท้องผูก ปัสสาวะเล็ดใส่ผ้า ปวดแล้วกลืนไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการและ สนับสนุนแพมเพิส	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - อ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การผลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....**บุตรีชบา**.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....**นางสาวบุตรีชบา ทองทา**.....]
 [.....**พยาบาลวิชาชีพ**.....]
 ลงชื่อ.....**(นางจริยา พวงพลอย)**.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....**ผู้อำนวยการกองคลัง**.....]

ลงชื่อ.....**(นายสำราญ อ้วน)**.....อปท.
 [.....**นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน**.....]

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายนหา สมัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200256443	ที่อยู่ 83 หมู่ 4 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2481 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ขา 2 ข้างอ่อนแรง มีภาวะหลงลืม สื่อสารช้า ท้องผูก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการ และจัดซื้อกระบอกปัสสาวะชาย	- ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ภาวะเป็นบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[นางสาวบุตรชบา ทองทา]

พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

ลงชื่อ.....อปท.

[(นายสำราญ อบอู่)]

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 4/62 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นายนหา สมัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200256443	ที่อยู่ 83 หมู่ 4 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับพึ่งพิงพื้นที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ขา 2 ข้างอ่อนแรง มีภาวะหลงลืม สื่อสารช้า ท้องผูก
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวโน้มนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ชมน้ำ - ป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายטיפัลด (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - กระบอกปัสสาวะชาย กายอุปกรณ์ - ไม่จำเป็น บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส. - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวสื่อระหว่าง สส/อปท/อื่นๆ)

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						นักพัฒนาชุมชน
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						นักโภชนาการ
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						นักจิตวิทยา
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
ฝึกการเดิน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะเครียด ST5	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						นักจิตวิทยา
แนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินการฆ่าตัวตาย 9Q	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						นักจิตวิทยา
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						นักจิตวิทยา
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						นักจิตวิทยา
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ส่างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดยญาติ - สวมบนต์	ผู้จัดทำ นส.บุรุษมา ทองพา ผู้รับผิดชอบ นางบุ ใจหาญ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาฬิกา/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป
---	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายคำ ประสงค์หอม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200258284	ที่อยู่ 29 หมู่ 4 ต.สะโน อ. สำโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 21 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 [อายุ 89 ปี]	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตา ๒ข้างมัว หูตึง หลังค่อม หลังลิ่ม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางโสธญา เงามาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นางสาวบุตรีชบา ทองหา
 (.....)
 พยาบาลวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....
 (นางจริยา พวงพลอย)
 (.....)
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....
 (นายสำราญ อบอุ่น)
 (.....)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 4/63 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นายคำ ประยงค์ทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 332100258284	ที่อยู่ 29 หมู่ 4 ต.สะโน อ. อำเภอพนา จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL-9, TAI-C2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตา ข้างซ้าย บวม หลังค่อม หลังงอ
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากให้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รองเท้าผ้าใบ - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวโน้มนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/จับถ้วยเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ขมน้ำ - ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายการตลาด (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) กายอุปกรณ์ - ไม่ทำช่วยพยุง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พารเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส. - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกกระหว่าง สส/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
การตรวจระดับการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง								นักพัฒนาชุมชน
ประเมิน TAI II - I3 C2 - C4 B3 - B5	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
โภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
แนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
การสร้างเครือข่ายการดูแล	เดือนละ 1 ครั้ง								นักพัฒนาชุมชน
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	เดือนละ 1 ครั้ง								นักพัฒนาชุมชน
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				เภสัชกร
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - กายภาพบำบัดโดยญาติ - ออกกำลังกาย - สวมบนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรฉา ทองพา ผู้รับผิดชอบ นางยุ ใจหาญ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์
---	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหนือจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกำ สวัสดิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200255056	ที่อยู่ 29 หมู่ 4 ต.สะโน อ. สำโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 02 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2490 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง สมองเสื่อม สับสน ปัสสาวะ อุจจาระใส่ผ้า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัสสาวะอุจจาระใส่กางเกงไม่บอก - ซ่อนปากไม่สะอาด - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชี้แจงระวางในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....บุตรชบา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวบุตรชบา ทองทา
 [.....]
พยานในวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....(นางจริยา พวงพลอย).....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]
ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....(นายสำราญ อบอุ่น).....อปท.
 [.....]
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/63 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางคำ สวัสดิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200255058	ที่อยู่ 29 หมู่ 4 ต.สะโน อ. ลำโพง จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL-7, TAI-C2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง สมอเสื่อม สับสน บิลสวระ อุจจาระผิดปกติ
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลจิตใจ/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ปิ๊งกันกว่าจะแพร่กระจายอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - บิลสวระอุจจาระสีเทาแกมม่วง - ช่องปากไม่สะอาด - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส. - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal										
รวม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	
ดูแลสวนอุจจาระ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง		✓							พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง				✓					นักจิตวิทยา
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกหายใจ	เดือนละ 1 ครั้ง		✓							พยาบาล
การวัดกระดุมการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง									นักพัฒนาชุมชน
บริการฝากดูแลกลางวัน (Day Care)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง				✓					เภสัชกร
อ่านหนังสือ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	เดือนละ 1 ครั้ง		✓							พยาบาล
การสร้างเครือข่ายการดูแล	เดือนละ 1 ครั้ง		✓							พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ฝึกบอ - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมอาหารให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - ภายหลังบำบัดโดยญาติ - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษยา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางบุ ใจหาญ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาฬิกา/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) รวบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) รวบ
---	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่ภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว เกษทา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200260882	ที่อยู่ 18 หมู่ 6 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 20 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2496 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง สุขภาพจิต ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ปัสสาวะ อุจจาระราด พุดคุยสับสน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการและ จัดซื้อแฟมเพิส	- ปัสสาวะอุจจาระราดไม่บอกผู้ดูแล - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - พุดคุยสับสน	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain)
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ร้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชั้น/วัน - แผ่นรองขับถ่าย จำนวน 1 ชั้น/วัน - แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน NaN ชั้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 2 ชั้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวบุตรีชบา ทองทา
 [.....]
 พยานวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางจริยา พวงพลอย)
 [.....]
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายสำราญ อมจัน)
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 4/63 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางสาว เกษหา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200260882	ที่อยู่ 18 หมู่ 6 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง สุขภาพจิต ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ปัสสาวะอุจจาระราด หูดหลายตัว																																																																																																																																												
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง - อยากได้สวัสดิการเพิ่มมากขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวโน้บายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การหย่า - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฆนน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทรมาน																																																																																																																																												
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ปัสสาวะอุจจาระราดไม่ออกผู้ดูแล - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - หูดหลายตัว	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายตัว [รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและกฟภรณ] บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเคื่องระหว่าง สส/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																																																																																																																												
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal <table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>ความถี่</th> <th>จ.</th> <th>อ.</th> <th>พ</th> <th>พญ</th> <th>ศ</th> <th>ส</th> <th>อ</th> <th>ผู้รับผิดชอบ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การไม่คำปรึกษาสุขภาพจิต</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะโภชนาการ</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>การสร้างเครือข่ายการดูแล</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>นักพัฒนาชุมชน</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ดนตรีบำบัด (Music Therapy)</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ฝึกหายใจ</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>วัดสัญญาณชีพ</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินไสบาตร</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> </tbody> </table>			กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	การไม่คำปรึกษาสุขภาพจิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	การสร้างเครือข่ายการดูแล	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักพัฒนาชุมชน	ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล	ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ดนตรีบำบัด (Music Therapy)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ฝึกหายใจ	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล	วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล	ประเมินไสบาตร	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																																																					
การไม่คำปรึกษาสุขภาพจิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																					
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																					
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																					
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																					
การสร้างเครือข่ายการดูแล	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักพัฒนาชุมชน																																																																																																																																					
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล																																																																																																																																					
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																					
ดนตรีบำบัด (Music Therapy)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																					
ฝึกหายใจ	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล																																																																																																																																					
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																					
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล																																																																																																																																					
ประเมินไสบาตร	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																					
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล																																																																																																																																					
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - สักงน้ำ - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - เปลี่ยนผ้าอ้อม - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ บุตรชบา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางอมรรัตน์ ธรรมด้วง ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์																																																																																																																																													

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวพัน บุญธรรม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200409673	ที่อยู่ 5 หมู่ 8 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 26 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2475 [อายุ 91 ปี]	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุสุขภาพจิต หลงลืม หุดสับสน ชอบเก็บตัวบนบ้าน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการและ จัดซื้อแพมเพิส	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
- ครอบงำการขับถ่าย จำนวน 1 ชั้น/วัน - แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน NaN ชั้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 2 ชั้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตธชา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวบุตธชา ทองทา
 พยาบาลวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางจริยา พวงพลอย)
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายสำราญ อบอุ่น)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางบัวทัน บุญธรรม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200409873	ที่อยู่ 5 หมู่ 8 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุสุขภาพจิต หลงลืม หูตึงสับสน ชอบเก็บตัว บนบ้าน																																																																																																																																																										
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ช่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหกล้มตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฆมน้ำ																																																																																																																																																										
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมีแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและสังคม) กายอุปกรณ์ - รวามักยืนและเดิน บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																																																																																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="11">กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal</th></tr> <tr> <th>กิจกรรม</th><th>ความถี่</th><th>จ.</th><th>อ.</th><th>พ</th><th>พฤ</th><th>ศ</th><th>ท</th><th>อ</th><th colspan="2">ผู้รับผิดชอบ</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)</td><td>เดือนละ 1 ครั้ง</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">พยาบาล</td></tr> <tr> <td>ประเมินภาวะโภชนาการ</td><td>อาทิตย์ละ 2 ครั้ง</td><td>✓</td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td></tr> <tr> <td>การสร้างเครื่องช่วยการดูแล</td><td>เดือนละ 1 ครั้ง</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">นักพัฒนาชุมชน</td></tr> <tr> <td>การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ</td><td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td></tr> <tr> <td>วัดสัญญาณชีพ</td><td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td></tr> <tr> <td>ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม</td><td>อาทิตย์ละ 2 ครั้ง</td><td>✓</td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td></tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q</td><td>เดือนละ 1 ครั้ง</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td></tr> <tr> <td>การบริการฝากดูแลกลางวัน (Day Care)</td><td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td></tr> <tr> <td>การตรวจกระตุ้นการไหลเวียน</td><td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td></tr> <tr> <td>การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต</td><td>เดือนละ 1 ครั้ง</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">พยาบาล</td></tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q</td><td>เดือนละ 1 ครั้ง</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td></tr> <tr> <td>ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5</td><td>เดือนละ 1 ครั้ง</td><td></td><td></td><td></td><td>✓</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">พยาบาล</td></tr> </tbody> </table>			กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal											กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ท	อ	ผู้รับผิดชอบ		ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล		ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)		การสร้างเครื่องช่วยการดูแล	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักพัฒนาชุมชน		การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)		วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)		ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)		ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)		การบริการฝากดูแลกลางวัน (Day Care)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)		การตรวจกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)		การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล		ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)		ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล	
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal																																																																																																																																																												
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ท	อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																																																																			
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล																																																																																																																																																			
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																			
การสร้างเครื่องช่วยการดูแล	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักพัฒนาชุมชน																																																																																																																																																			
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																			
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																			
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																			
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																			
การบริการฝากดูแลกลางวัน (Day Care)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																			
การตรวจกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																			
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล																																																																																																																																																			
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																			
ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล																																																																																																																																																			
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดื่มนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ภายหลังพบาบัดโดย Caregiver - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุศรชบา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางสุภาวดี สันสุพรรณ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาฬิกา/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดบ 2) (ผู้ช่วย/ญาติ) วดบ																																																																																																																																																											

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

ชื่อ นางบุญ บุตรดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200262958	ที่อยู่ 20 หมู่ 9 ต.สะโน อ. สำโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2492 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุหวาดระแวง ไม่อยากออกจากบ้าน มีอาการหลงลืม การทรงตัวไม่ดี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain)
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - รทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาว บุตรชบา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....นายแพทย์ สวิชาติ.....]
ลงชื่อ.....(นางจริยา พวงพลอย).....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....ผู้อำนวยการกองคลัง.....]

ลงชื่อ.....(นายสำราญ อบอุ่น).....อปท.
[.....นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางบุญ บุตรดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200262958	ที่อยู่ 20 หมู่ 9 ต.สะโน อ. ลำพูน จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL-B, TAI-C3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุหวาดระแวง ไม่อยากออกจากบ้าน มีอาการหลงลืม การทรงตัวไม่ดี
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลหัดเปลี่ยน	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สร/อปท/อื่นๆ) - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส. - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักจิตวิทยา
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักจิตวิทยา
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะเครียด ST5	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักจิตวิทยา
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ประเมินไปวัด	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนัดกระตุ่นการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				เจ้าหน้าที่แผนไทย
ดนตรีบำบัด [Music Therapy]	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
การบริการพาหะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักสังคมสงเคราะห์

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - กายภาพบำบัดโดยญาติ - เปลี่ยนผ้าอ้อม - สวมหน้ากาก - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุตรีชบา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางเสียง สมัญญา ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบ
---	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสุบัน สมัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200403888	ที่อยู่ 3 หมู่ 5 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 03 เดือน กันยายน พ.ศ. 2492 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุสุขภาพจิต หลงลืม พุดสับสน ช่วยเหลือตนเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ได้รับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการและ จัดซื้อแฟมเพิส	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชี้แจงระวางในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อคิด/ข้อเหี้ยมตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตธชา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

นางสาวบุตธชา ทองทา

พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางจริยา พวงพลอย)

ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....อปท.

(นายสำราญ อ่อน)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านละโน ตำบลละโน

ชื่อ นายสุบัน สมัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200403888	ที่อยู่ 3 หมู่ 5 คละโน อ.สำโรงหาบ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ผู้ดูแลภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุสุขภาพจิต หลงลืม หูดสับสัน ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นไฟฟ้า	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/จับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - ข้อคิด/ข้อผิดพลาด - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - ที่นอนลม - เตียง กายอุปกรณ์ - ราวมิกอินและเดิน บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเดินในการดูแล - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริการฝากดูแลกลางวัน (Day Care)	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนัดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับ	ทำครั้งเดียว				✓				นักพัฒนาชุมชน

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.บุพพร ขา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางจันทร์เห็น จำปาบุรี ระหว่างวันที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที่/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ร่วม/ญาติ) วลป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วลป
--	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ค.ช.ทรงพล ชัยภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1321200106178	ที่อยู่ 34 หมู่ 6 ต.สะโน อ.ลำโรงทับ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 13 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2539 (อายุ 27 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการตั้งแต่กำเนิด หลังค่อม แขนขาผิดปกติ เคลื่อนไหวลำบาก นั่งรถเข็นตลอดเวลา ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
- ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวบุตรีชบา ทองทา)
 พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางจริยา พวงพลอย)
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....อปท.
 (นายสำราญ อบอุ่น)
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ ค.พ.ทรงพล จียภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1321200106178	ที่อยู่ 34 หมู่ 6 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL-B, TAI-C2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการตั้งแต่กำเนิด หลังค่อม แขนขาผิดรูป เคลื่อนไหวลำบาก นั่งรถเข็นตลอดเวลา ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย																																																																																																																																		
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ฝ้าย้อม - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การหกล้มตกหล่น - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ																																																																																																																																		
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนบิสสุวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - พึงฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - สามารถปฏิบัติสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่ออบอุ่น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน	บริการนอกเหนือรายטיפะห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) กายอุปกรณ์ - ไม้เท้าช่วยพยุง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สส/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																																																																																																																		
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal <table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>ความถี่</th> <th>จ.</th> <th>อ.</th> <th>พ</th> <th>พญ</th> <th>ศ</th> <th>ส</th> <th>อ</th> <th>ผู้รับผิดชอบ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประเมินภาวะเครียด ST5</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>การป้องกันภาวะแทรกซ้อน</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะโภชนาการ</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะโภชนาการ</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>เฝ้าดูและนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> </tbody> </table>			กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	ประเมินภาวะเครียด ST5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล	ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล	ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล	ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล	ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล	ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล	ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล	ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล	การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล	ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	เฝ้าดูและนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																																											
ประเมินภาวะเครียด ST5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล																																																																																																																											
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล																																																																																																																											
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล																																																																																																																											
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล																																																																																																																											
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล																																																																																																																											
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล																																																																																																																											
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล																																																																																																																											
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล																																																																																																																											
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล																																																																																																																											
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																											
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																											
เฝ้าดูและนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																											
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - แต่งหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษมา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางอมรรัตน์ ธรรมคำวง ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ช่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์																																																																																																																																			

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางผัด สระแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200407484	ที่อยู่ 24 หมู่ 7 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 02 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2476 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เหนื่อยเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เคลื่อนไหวลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตธชา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....บุตธชา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....นางสาวบุตธชา ทองทา.....]
พยาบาลวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....(นางสาวบุตธชา ทองทา).....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....ผู้ช่วยการคลัง.....]

ลงชื่อ.....(นายสำราญ อบอุ่น).....อปท.
 [.....นายกองคการบริหารส่วนตำบลสะโน.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางผัด สระแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 332100407484	ที่อยู่ 24 หมู่ 7 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL-5, TAI-C2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เหนื่อยเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เคสอ่อนไหวลำบาก
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนบิสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีอารมณ์รุนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ informal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สอ/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ล้างหน้า แปรงฟัน	ทำครั้งเดียว	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
สระผม	ทำครั้งเดียว	✓		✓		✓			ครอบครัว
ประเมินภาวะโภชนาการ	ทำครั้งเดียว							✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	ทำครั้งเดียว							✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	ทำครั้งเดียว				✓				นักกายภาพบำบัด
ประเมินภาวะเครียด STS	ทำครั้งเดียว					✓			พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	ทำครั้งเดียว					✓			พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	ทำครั้งเดียว					✓			พยาบาล
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	ทำครั้งเดียว					✓			พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	ทำครั้งเดียว	✓							นักจิตวิทยา
กิจกรรม	วันละ 1 ครั้ง(ก่อนนอน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.ศรชบา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางจินตนา นวลน้อยนาม ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาฬิกา/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป
--	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพิมพ์ สระแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200419164	ที่อยู่ 13 หมู่ 1 ต.สะโน อ. สำโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2477 (อายุ 89 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ พิกัดเคลื่อนไหวลำบาก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ท้องผูก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- อารมณ์ตกหนัก	ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 สัปดาห์ - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 สัปดาห์ - ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 2 สัปดาห์ - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 วัน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 (นางสาวบุตรีชบา ทองทา) ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....]
 (นางจริยา พวงพลอย)
 [.....] เจ้าหน้าที่การเงิน
 (นางจริยา พวงพลอย)
 [.....] ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....
 (นายสำราญ อบอุ่น) อปท.
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางพิมพ์ สระแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200419164	ที่อยู่ 13 หมู่ 1 ต.สะโน อ. ลำภูพาน จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีการเคลื่อนไหวลำบาก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ท้องผูก
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลและฝึกเปลี่ยน - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ท้องอืดท้องเฟ้อ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การผลิตตกหล่น
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลืนบิสสุวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - สามารถปฏิบัติสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 สัปดาห์ - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 สัปดาห์ - ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 2 สัปดาห์ - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ หานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 วัน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส. - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สอ/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสนธิ์ สมัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200403811	ที่อยู่ 29 หมู่ 5 ตำบลสะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2483 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=CS ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรค COPD รับประทานยาต่อเนื่อง พ่นยา 1-2 /เดือน ฉาพ่นามัวทั้ง 2 ข้าง หูไม่ค่อยได้ยิน หลงลืม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตธชา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวบุตธชา ทองทา

[.....]
 พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางจริยา พวงพลอย)

ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....อปท.

(นายสำราญ อบอุ่น)

[.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นายศูนย์ สมัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 332100403811	ที่อยู่ 29 หมู่ 5 ตำบลสะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรค COPD รับยาต่อเนื่อง พ่นยา 1-2 /เดือน ดาห่าร่ามั่วทั้ง 2 ข้าง หูไม่ค่อยได้ยิน หลงลืม
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน	แนวโน้มนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การหกล้มตกหล่น - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายค่าบัตร (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - เครื่องพ่นยา กายอุปกรณ์ - ไม่เข้าช่วยเหลือ บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/คพอส. - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ทาโลชั่น /น้ำมันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะเครียด STS	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						พยาบาล
คำสัญญาชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - คีนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - สวดมนต์ - นอนหลับ - ออกกำลังกาย	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษษา ทองหา ผู้รับผิดชอบ บางจันทร์เพ็น จำปาบุรี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป
--	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางม้วน แก้วจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200268832	ที่อยู่ ม.2 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง ตาขวาบอดสนิท ตาซ้ายพร่ามัว เหนื่อยเพลีย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
ผลลัพธ์ที่คาดหวัง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 2 สัปดาห์ - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท่อให้อาหารเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
นางสาวบุตรีชบา ทองทา

ลงชื่อ.....
พยานาสุวิชัย

ลงชื่อ.....
(นางจริยา พวงพลอย)
ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....
(นายสำราญ ออบจัน)

.....
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายแปลง สระแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5321200008691	ที่อยู่ 5 หมู่ 7 ตำบลสะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 16 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2503 (อายุ 63 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคเมะเร็งกระดูก ระยะลุกลาม ปวดเมื่อยตามร่างกาย ขาอ่อนแรง รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยเพลีย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
มี ☐ ต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 สัปดาห์ ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุศรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวบุศรชบา ทองทา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....พญ.บุศรชบา.....]
 ลงชื่อ.....(นางฉวีญา พวงพลอย).....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....ผู้อำนวยการกองคลัง.....]

ลงชื่อ.....(นายสำราญ ออบอุ้น).....อปท.
 [.....นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน.....]

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นายแพทย์ สรรแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5321200008691	ที่อยู่ 5 หมู่ 7 ตำบลพะวง อ.สาโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL-9, TAI-C3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีโรคเบาหวาน โรคเมจเร็งกระดูก กระดูกตามข้อ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ขาอ่อนแรง รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยเพลีย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุน่าไว้วางใจ มีศักดิ์ศรี - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุมีความสุขสบายใจกับผู้สูงอายุที่สุด - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ดีจำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเหลือเดิน รถเข็นไฟฟ้าอื่น	แนวโน้มนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - สามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาระหนี้สิน - เงินได้โดยไม่มีอุปสรรค	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การผลิตตกหล่น - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่ค่อยชัด - มีความอ่อนแอ ของกำลังมือแขนขา - ไม่สามารถเดินได้ด้วยตัวเอง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 สัปดาห์ - การได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 สัปดาห์	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และinformal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - เตียง กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง - ราวจับบันไดและลิ้น บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ดำเนินจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ฝึกการทรงตัว	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
ฝึกการก้าวในพื้นที่ต่างระดับ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓		✓					ผู้ดูแล/ผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓		✓					ผู้ดูแล/ผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
ปรับปรุงสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						นักสังคมสงเคราะห์
การปรับสภาพห้องน้ำ ห้องนอน ห้องครัว ห้องรับแขก พื้นที่ภายในบ้านอื่นๆ	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						นักสังคมสงเคราะห์

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต
 - สิ่งอำนวยความสะดวก
 - ต้นทุน
 - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
 - ภาพถ่ายบาดแผลโดยญาติ
 - ภาพถ่ายบาดแผลโดย Caregiver
 - ออกกำลังกาย
 - สภาพแวดล้อม
 - นอนหลับ

ผู้จัดทำ น.ส.บุตรีชบา ทองหา
ผู้รับผิดชอบ นางจินตนา นวลนิยนาม ระหว่างเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาติ/เดือน
ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้
 1) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) วลป _____
 2) _____ (ผู้ช่วย/ญาติ) วลป _____

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสวัสดิ์ สิ้นสุพรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200259361	ที่อยู่ 65 ม.4 ต.สะโน อ.ลำโรงท่าบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2487 [อายุ 79 ปี]	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ซาขาวยัดตึง เกร็ง แขนขาอ่อนแรง พูดลำบาก คิด ช้า หลงลืม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนลำบาก - ความสามารถในการไต่ยืน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ภาวะเป็นบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ข้อคิด/ข้อเหี้ยม	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตธชา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นางสาวบุตธชา ทองทา ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....]
 พยาบาลวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....
 (นางจริยา พวงพลอย) เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....
 (นายสำราญ ออบจัน) อบท.
 [.....]
 นายองค์การบริหารส่วนตำบลละโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/58 วันที่ 20/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นายสวัสดิ์ สิ้นสุพรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200259361	ที่อยู่ 65 ม.4 ต.สะโน อ.ลำโรงขาว จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ขาขวายึดแข็ง เกร็ง แขนขวาย่อนแรง หูดลำบาก ผิดซ้ำ หลงลืม
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลจิตใจ/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน	แนวโน้มนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ข้อผิดพลาด/ข้อจำกัด
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนลำบาก - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือในอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและกฟภมป) กายอุปกรณ์ - ราวพยุงและเดิน - ไม่ทำช่วยพยุง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - หากเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส. - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal										
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				นิกายภาพบำบัด	
ฝึกการเดิน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				นิกายภาพบำบัด	
ฝึกการทรงตัว	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				นิกายภาพบำบัด	
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			พยาบาล	
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			พยาบาล	
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			พยาบาล	
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล	
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	ทำครั้งเดียว					✓			นักพัฒนาชุมชน	

กิจกรรมในการดำรงชีวิต - ดับธูป - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดยญาติ - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรชบา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางเชิงง สมัญญา ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป
--	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มิภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายตึง ชัยภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200263229	ที่อยู่ 48 ม.6 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489 [อายุ 77 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุตาบอดทั้ง 2 ข้าง หูตึง ข้อเข่าติด เกร็งเวลาเดินต้องใช้ไม้เท้าค้ำเดิน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 2 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 2 สัปดาห์ - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตธชา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[นางสาวบุตธชา ทองทา]

พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางจรรยา พวงพลอย]

ผู้จัดทำ

ลงชื่อ.....อปท.

(นายสำราญ อบอุ้น)

[นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นามจริง ชัยภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 332100263229	ที่อยู่ 48 ม.5 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุคาดอัตรากว่า 2 ข้าง บูดิ่ง ข้อเข่าผิด เกร็ง เวลาเดินต้องใช้ไม้เท้าค้ำเดิน																																																																																																																																																																										
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้คนอื่นดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ																																																																																																																																																																										
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 สัปดาห์ - พื้นผู้สภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้สภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ หานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและก๊อปปี้) กายอุปกรณ์ - รวามักยืนและเดิน - ไม้เท้ายัน บริการอื่นๆ - ครอบครัวไม่มีการช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส. - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน																																																																																																																																																																										
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal <table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>ความถี่</th> <th>จ.</th> <th>อ.</th> <th>พ</th> <th>พญ</th> <th>ศ</th> <th>ส</th> <th>อ</th> <th>ผู้รับผิดชอบ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ล้างหน้า แปรงฟัน</td> <td>วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>ครอบครัว</td> </tr> <tr> <td>เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้</td> <td>วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>ครอบครัว</td> </tr> <tr> <td>เตรียมอาหาร</td> <td>วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>ครอบครัว</td> </tr> <tr> <td>ฝึกการเดิน</td> <td>อาทิตย์ละ 2 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>ครอบครัว</td> </tr> <tr> <td>การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ</td> <td>อาทิตย์ละ 2 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>นักกิจกรรมบำบัด</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะเครียด ST5</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะเครียด ST5</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>วัดสัญญาณชีพ</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>วัดความดันโลหิต</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน TAI 11 – 13 C2 – C4 B3 – B5</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>เดือนละ 2 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>นักพัฒนาชุมชน</td> </tr> </tbody> </table>			กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว	เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว	เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว	ฝึกการเดิน	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว	การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง				✓				นักกิจกรรมบำบัด	ประเมินภาวะเครียด ST5	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมินภาวะเครียด ST5	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	วัดความดันโลหิต	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมิน TAI 11 – 13 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			พยาบาล	ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			พยาบาล	การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			นักพัฒนาชุมชน
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																																																																																																																			
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว																																																																																																																																																																			
เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว																																																																																																																																																																			
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว																																																																																																																																																																			
ฝึกการเดิน	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว																																																																																																																																																																			
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง				✓				นักกิจกรรมบำบัด																																																																																																																																																																			
ประเมินภาวะเครียด ST5	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																																			
ประเมินภาวะเครียด ST5	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																																			
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																																			
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																																			
ให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																																			
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																																			
วัดความดันโลหิต	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																																			
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																																																																																																																			
ประเมิน TAI 11 – 13 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			พยาบาล																																																																																																																																																																			
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง					✓			พยาบาล																																																																																																																																																																			
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			นักพัฒนาชุมชน																																																																																																																																																																			
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ภายหลังพำนักโดยญาติ - ภายหลังพำนักโดย Caregiver - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษมา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางจันทร์เพ็ญ จำปาบุรี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาติ/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์																																																																																																																																																																											

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจิตรา นิลแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200269073	ที่อยู่ หมู่ 2 ต.สะโน อ. สำโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2475 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงรับยาไม่ต่อเนื่อง มีอาการลงลิ้ม เดินต้องใช้ไม้เท้า ห้องอืด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการไต่ยืน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
ข้อระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	- การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางสาวบุตรชบา ทองทา]
 พยาบาลวิชาชีพ
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [(นางจรีอา พรหมผลชัย)]
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....อปท.
 [(นายสำราญ ออบอูน)]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นามจิรา นิลแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200269073	ที่อยู่ หมู่ 2 ต.สะโน อ. ลำโพง จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=11, TA=83 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงรับประทานต่อเนื่อง มีอาการลงลิ้น เดินต้องใช้ไม้เท้า ท้องอืด
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลใส่ใจ/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวโน้บายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - เดินได้โดยไม่ต้องอุปกรณ์ - กินอาหารเองได้/จับถ้วยเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ปวยได้อย่างถูกต้อง	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การหัดตกหล่น - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายลับค่า (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) กายอุปกรณ์ - ไม้เท้าช่วยพยุง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
รวม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
ประเมินภาวะเครียด ST5	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
กิจกรรม	วันละ 1 ครั้ง(ก่อนนอน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - รับประทานอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - รับประทานยา - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษ หองหา ผู้รับผิดชอบ นางนุ ใจหาญ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาฬิกา/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบ
---	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุญทอง สมัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200253126	ที่อยู่ ม.3 ต.สะโน อ.ลำโรงท่าบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 17 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2490 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แขนขาขวาย่อนแรง เกรด 0 พุดสื่อสารไม่ได้ พุดลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ระวังกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 2 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 6 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิอยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตธชา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวบุตธชา ทองทา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....)
 พยาบาลวิชาชีพ
 ล.....เจ้าหน้าทางการเงิน
 (.....)
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....(นายสำราญ ออบอุ่น).....อปท.
 นาย.....[กองจัดการบริหารส่วนตำบลสะโน]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นายบุญทอง สมัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200253126	ที่อยู่ ม.3 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=6, TAI=83 ผู้ดูแลภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แขนขาขวาอ่อนแรง แกรด 0 หูดสื่อสารไม่ได้ หูดลำบาก
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยนแปลง - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/รับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การผลิตแผลกดทับ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยความช่วยเหลือ อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 6 เดือน	บริการนอกเหนือรายตัวบัตร (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) กายอุปกรณ์ - รวมนิยน์และเดิน - รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศพอส. - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					ครอบครัว
ประเมินภาวะเครียด ST5	เดือนละ 2 ครั้ง			✓		✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง			✓		✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 3Q	เดือนละ 2 ครั้ง			✓		✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	เดือนละ 2 ครั้ง			✓		✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 2 ครั้ง			✓		✓			พยาบาล
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 2 ครั้ง			✓		✓			พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง			✓		✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 2 ครั้ง			✓		✓			พยาบาล
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง			✓		✓			พยาบาล
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง			✓		✓			พยาบาล
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	ทำครั้งเดียว					✓			นักพัฒนาชุมชน
การเดินราวจับ ราวบันได ราวเกาะยืน ราวฝึกเดิน	ทำครั้งเดียว					✓			นักพัฒนาชุมชน
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง	✓						✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการทรงตัว	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
ฝึกการเดิน	เดือนละ 2 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดื่มนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - ออกกำลังกาย - นอนหลับ - ล้างมือ	ผู้จัดทำ น.ส.บุตรีชา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางเอกราวัลย์ รุ่งศรี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วนป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วนป
--	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว สิ้นสุพรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200409991	ที่อยู่ 13 หมู่ 8 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 23 เดือน มกราคม พ.ศ. 2472 (อายุ 94 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีอาการหลงลืม หลังค่อม เดินลำบาก ตาพร่ามัวทั้ง 2 ข้าง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 4,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการมองเห็น	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นางสาวบุตรีชบา ทองทา
 [.....]
 พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อ.....
 (นางจริยา พวงพลอย)
 [.....]
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....
 (นายสำราญ ออบจุ่น)
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นามาน สีนุพรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200409991	ที่อยู่ 13 หมู่ 8 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL-B, TAI-B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีอาการหลงลืม หลังค่อน เดินลำบาก คาหม่ามัวทั้ง 2 ข้าง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนบิสสวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการมองเห็น	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและภัก์ภคภค) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รอรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สส/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

รวม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	ทำครั้งเดียว	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	ทำครั้งเดียว	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะเครียด ST5	ทำครั้งเดียว			✓					พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	ทำครั้งเดียว			✓					พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	ทำครั้งเดียว			✓					พยาบาล
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	ทำครั้งเดียว			✓					พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	ทำครั้งเดียว			✓					นักจิตวิทยา
สวนมนต์	ทำครั้งเดียว	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
วัดสัญญาณชีพ	ทำครั้งเดียว			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว	✓							พยาบาล
ประเมิน TAI II - I3 C2 - C4 B3 - B5	ทำครั้งเดียว	✓							พยาบาล
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว	✓							พยาบาล
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว	✓							พยาบาล
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว	✓							พยาบาล
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	ทำครั้งเดียว	✓							พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ออกกำลังกาย - สวนมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษบา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางสุภาวดี สีนุพรรณ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาฬิกา/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ช่วย/ญาติ) รับผิดชอบ 2) (ผู้ช่วย/ญาติ) รับผิดชอบ
---	---

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซสค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางทองเลื่อน บุญอาจ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200423129	ที่อยู่ 91 หมู่ 1 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 15 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2503 (อายุ 63 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง อ่อนแรงทั้งตัว เกรด 0 สัมและกลืนกลืนไม่ได้ พูดไม่ได้ มีแผลกดทับที่สะโพก 2 ข้างและกันกก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการ จัดซื้อแฟมเพิส	- อ่อนแรงทั้งตัว เกรด 0 สัมและกลืนกลืนไม่ได้ พูดไม่ได้ มีแผลกดทับที่สะโพก 2 ข้างและกันกก - กลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ต้องใช้แฟมเพิส - ให้อาหารปั่นละเอียดทางสายยางให้อาหาร - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแฉดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัด ลดภาวะข้อติดกล้ามเนื้อ - การใส่สายยางให้อาหารและการดูแลให้อาหารทางสายยาง การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับปรุงสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ - แผนรองขับถ่าย จำนวน 1 ชิ้น/วัน - แฟมเสริมซึมซับ จำนวน NaN ชิ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การสักรักอาหารจากการให้อาหารทางสายยางที่ไม่ถูกวิธี - การพลัดตกขณะเคลื่อนย้าย - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - แผลกดทับดีขึ้นไม่มีภาวะแผลติดเชื้อ - ญาติสุขภาพจิตดี	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ บุตรีชบา ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวบุตรีชบา ทองทา
 [.....]
 พยาบาลวิชาชีพ
 (นางจริยา พรมพลอย) เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]
 ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ ดู อบท.
 (นายสำราญ อบอุ่น)
 [.....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางทองเลื่อน บุญอาจ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200423129	ที่อยู่ 91 หมู่ 1 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ย่อนแรงทั้งตัว เกรด 0 สิ้นและกลืนกลืนไม่ได้ พุดไม่ได้ มีแผลกดทับที่สะโพก 2 ข้างและก้นกก
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดเปลี่ยน - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น ผ้าปิดม่าน บำบัดปัสสาวะ ยารักษาแผลกดทับ	แนวโน้บายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - แผลกดทับดีขึ้นไม่มีภาวะแผลกดทับเพิ่ม - ญาติสุขภาพดี	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การนำส่งอาหารจากการให้อาหารทางสายยางที่ไม่ถูกวิธี - การพลัดตกขณะเคลื่อนไหว - ข้อติด/ข้อหลุด - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ย่อนแรงทั้งตัว เกรด 0 สิ้นและกลืนกลืนไม่ได้ พุดไม่ได้ มีแผลกดทับที่สะโพก 2 ข้างและก้นกก - กลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ต้องใช้แอมพูล - ให้อาหารปั่นละเอียดทางสายยางให้อาหาร - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายการบริการ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและสังคม) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - ที่นอนลม - สาย NG Tube - อุปกรณ์ทำแผล - เตียง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - มารับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สบ/ขับ/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมพหุวิชาชีพและเอกชน - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การวัดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริการผ้าอ้อมกลางวัน (Day Care)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	เดือนละ 1 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 8Q	เดือนละ 1 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ตกแต่งแผลกดทับ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				แพทย์
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
นม	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับ	ทำครั้งเดียว								นักพัฒนาชุมชน
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ทำแผลกดทับ	วันละ 1 ครั้ง(เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารปั่นเหลวและให้อาหารทางสายยางเช้า กลางวัน เย็น โดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดยญาติ - เปลี่ยนผ้าอ้อม - นอนหลับ - เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชม.เพื่อป้องกันแผลกดทับโดยญาติ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษมา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางอุทัย ชัยมา ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง นาฬิกา/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) รับผิดชอบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) รับผิดชอบ
---	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกำ เมืองจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200420162	ที่อยู่ 29 หมู่ 1 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ 32170 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 03 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2485 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง อ่อนแรงซีกขวาเกรด 1 ซีกซ้ายเกรด 4 ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เดินไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการ ชื่อ แพทย์พิเศษ เก้าอี้สุขา	- แขนขาซีกขวาอ่อนแรง เกรด 1 ซีกซ้ายอ่อนแรง เกรด 4 ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด - ช่วยเหลือตัวเอง ลูกนั่งเองไม่ได้ - มีปัญหาขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี ☐ ต้องการ/ควรได้รับ		
- แผ่นรองขับถ่าย จำนวน 1 ชิ้น/วัน - แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน NaN ชิ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การผลิตตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวบุตรีชบา ทองทา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

.....[ลายเซ็น].....

ลงชื่อ.....[ลายเซ็น].....เจ้าหน้าที่การเงิน

.....[ลายเซ็น].....

.....[ลายเซ็น].....ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....[ลายเซ็น].....อปท.

.....(นายสำราญ ออบุ่น).....

.....นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน.....

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางคำ เมืองจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200420162	ที่อยู่ 29 หมู่ 1 ต.สะโน อ.สาโรงทาบ จ.สุรินทร์ 32170 หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง อ่อนแรงซีกขวาเกรด 1 ซีกซ้ายเกรด 4 ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เดินไม่ได้
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากให้คนอื่นเห็นคุณค่า/รู้สึกมีคุณค่า - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลช่วยเหลือ - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ข้อผิดพลาด/ข้อผิดพลาด - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - แขนขาซีกขวายอ่อนแรง เกรด 1 ซีกซ้ายอ่อนแรงเกรด 4 ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด - ช่วยเหลือตัวเอง ลูกนั่งเองไม่ได้ - มีปัญหาขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และ formall) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - ที่นอนลม - เตียง กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง - รอกเคลื่อนไหว บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สส/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมพวองานภาคีรัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การนัดตรวจติดตามโรคเรื้อรัง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
ประเมินความจำหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
แนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักสังคมสงเคราะห์
สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันก่เกิดแผลกดทับ	ทำครั้งเดียว								นักพัฒนาชุมชน
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดยญาติ - เปลี่ยนผ้าอ้อม - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษบา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางอุทัย ชัยภักดิ์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์
--	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซสค่าบริการ เหมาราย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว สรแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200424010	ที่อยู่ 115 หมู่ 1 ต.สะโน อ.ลำโรงขาว จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 15 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2473 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง ปากเบี้ยว พุคไม่ชัด ขา ๒ ข้างอ่อนแรง เกรด ๒ มีภาวะสับสน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการและจัดซื้อแพมเพิส แก้อัสนุขา	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ท้องผูก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain)
มี ☐ ต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
- แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน NaN ชิ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
นางสาวบุตรชบา ทองทา

ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....
นายสำราญ อบอุ่น

อปท.

[.....]
นางสาวบุตรชบา ทองทา

[.....]
(นายสำราญ อบอุ่น)

ลงชื่อ.....
(นางจิริยา พวงพลอย)

เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

[.....]
ผู้อำนวยการกองคลัง

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 4/63 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางสาว สระแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200424010	ที่อยู่ 115 หมู่ 1 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ขา ๒ ข้างอ่อนแรง เกรด ๒ มีภาวะลิ้นสั่น
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รองเท้าช่วยเดิน	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/จับถ้วยเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การหกล้มตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ข้อผิดพลาด/ข้อผิดพลาด - บิดงอ/ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กรดในปัสสาวะไม่ได้ - หงุดหงิด - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับการพยาบาลและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือรายชื่อผลิตภัณฑ์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ/หรือญาติ) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - เบาะอีสุขา กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง - ไม่เท้าช่วยพยุง - รวมนิกรยีนและเดิน บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สบ/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ดูแลสวนสุขภาพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง								นักสังคมสงเคราะห์
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
การบริการฝากดูแลกลางวัน (Day Care)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการทรงตัว	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
พิจรณ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า SD	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	เดือนละ 1 ครั้ง								นักพัฒนาชุมชน
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
นำอาหารกระป๋องมาแช่แข็ง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับ	ทำครั้งเดียว								นักพัฒนาชุมชน
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ฝึกการทรงตัว	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
การนัดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การสร้างเครือข่ายการดูแล	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ประเมินคะแนนความเจ็บปวด	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล

กิจกรรมในการดำรงชีวิต
 - ดื่มนม
 - ล้างหน้า
 - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
 - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ
 - รับประทานยา
 - เปลี่ยนผ้าอ้อม
 - สวมถุงเท้า
 - นอนหลับ

ผู้จัดทำ น.ส.นุชรดา ทองหา
ผู้รับผิดชอบ นางแสงจันทร์ อบอุ่น **ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า** 2 ชั่วโมง **นาที่/สัปดาห์**
ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้
 1) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) รับผิดชอบ
 2) _____ (ผู้ป่วย/ญาติ) รับผิดชอบ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเรือง บุญเต็ม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200257261	ที่อยู่ 29 หมู่ 4 ต.สะโน อ. สำโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง อัมพาตครึ่งซีกซ้าย ไหล่ซ้าย ขวาลด ไหล่ขวาดัด หล้าเนื้อขา 2 ข้างลีบ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่จะรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการและซื้อแพมเพิส	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การส่งต่อผู้สูงอายุเพื่อรับยาโดยอบท การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี ☐ ต้องการ/ควรได้รับ		
- แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน NaN ชิ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ นางสาวบุตรีชบา ทองทา ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [พญ.มาลีวิชาชีพ]
 ลงชื่อ (นางจริยา พวงพลอย) เจ้าหน้าที่การเงิน
 [ผู้อำนวยการกองคลัง]

ลงชื่อ (นายสำราญ อบอุ่น) อบท.
 [นายกองค์การบริหารส่วนตำบลละโน]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 4/62 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางเรือง บุญเดิม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200257261	ที่อยู่ 29 หมู่ 4 ต.สะโน อ. สำโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL-4, TAL-13 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง อัมพาตครึ่งซีกซ้าย โหล่ข้างขวาหลุด โหล่ขวาผิด หลับนอน 2 ข้างสืบ
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นไฟฟ้า	แนวโน้บายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ลามใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและสหกรณ์) กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง - ไม่มีเก้าอี้ล้อเข็น บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง 86/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
การวัดระดับการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						เจ้าหน้าที่แผนไทย
การบริการฝากดูแลกลางวัน (Day Care)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						นักโภชนาการ
ฝึกการทรงตัว	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						นักกายภาพบำบัด
สระผม	วันเว้นวัน	✓		✓		✓		✓	ครอบครัว
ประเมินภาวะเครียด ST5	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
บริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 8Q	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
ฝึกการกลืนบิสซาวะ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
ฝึกสมาธิ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
แนะนำอาหารการกระตุ้นการขับถ่าย	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดพื้นนอน/บริเวณบ้าน	วันเว้นวัน	✓		✓		✓		✓	ครอบครัว

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดื่มนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - กายภาพบำบัดโดยญาติ - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษบา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางบุญใจหาญ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาทิ/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์
--	---

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

ชื่อ นางจันทร์ สรแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200403969	ที่อยู่ 5 หมู่ 5 ตำบลสะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2473 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ หลังค่อมมาก มีภาวะล้มส้นทางสมอง หูตึง ตา 2 ข้างมัว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,000 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ตา 2 ข้างมัว - หูตึง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - หู (ears) - ตา (eyes) - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี ☐ ต้องการ/ควรได้รับ		
- แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน NaN ชิ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 1 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....**นางสาวบุตรชบา ทองทา**.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....**พญ.วไลวิชาชีพ**.....]
 ลงชื่อ.....**(นางจริยา พวงพลอย)**.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....**ผู้อำนวยการกองคลัง**.....]

ลงชื่อ.....**(นายสำราญ ออบอุ้น)**.....อปท.
 [.....**นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน**.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/66 วันที่ 19/01/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางจันทร์ สระแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200403969	ที่อยู่ 5 หมู่ 5 ตำบลสะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL-4, TAI-13 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ หลังล้มมาก มีภาวะสับสนทางสมอง บ่อยครั้ง 2 ชั่วโมง
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเขาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นไฟฟ้าอื่น	แนวโน้มนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ลา 2 ชั่วโมง - บุติง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมพวอยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การนัดกระตุนการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การเพิ่มราวจับ ราวบันได ราวเกาะขึ้น ราวฝึกเดิน	ทำครั้งเดียว				✓				นักพัฒนาชุมชน
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ดูแลสวนอุจจาระ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักสังคมสงเคราะห์
คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน AQL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
การสร้างเครือข่ายการดูแล	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การตรวจท้อง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดื่มนอน - ญาติดูแลความสะอาดของร่างกาย - ดูแลเตรียมอาหารและให้รับประทานอาหารเช้า เย็น โดยญาติ - กายภาพบำบัดด้วยญาติเข้า-เย็น - เปลี่ยนผ้าอ้อม - ล้างแผล - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษมา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางจันทร์เห็น จำปาบุรี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาฬิกา/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป
---	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีความพึ่งพิง (อัตราการจัดเตรียมค่าบริการ เหมาราย/รายปี)

ชื่อ นางโบบง สระแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200406976	ที่อยู่ 17 หมู่ 7 ต.สะโน อ. สำโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 12 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 89 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุตาบอดทั้ง 2 ข้าง หูตึง เหนื่อยเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ท้องผูก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) - หู (ears) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี ☐ ต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

นางสาวบุตรชบา ทองทา

[.....]

พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางจริยา พวงพลอย)

[.....]

ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....อปท.

(นายสำราญ อบอุ้น)

[.....]

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางเบง สระแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200408976	ชื่ออยู่ 17 หมู่ 7 ต.สะโน อ. สำโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=4, IAD=13 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุขาดพลัง 2 ข้าง ขาด หุ่นยนต์เหยียบ รับ ประทานอาหารได้น้อย หงุดหงิด
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ช่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/จับถ้วยเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายการสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและภักดี) กายอุปกรณ์ - ราวจับยืนและเดิน บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีความปลอดภัยระหว่าง สร./อปท./อื่นๆ) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
เดินเกาะเข็นเก้าอี้ 8Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะเครียด ST5	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
ฝึกการเดิน	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
ประเมินภาวะเข็นเก้าอี้ 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				เจ้าหน้าที่แผนไทย
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการเดิน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
นวดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดยญาติ - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษ ขอนทอง ผู้รับผิดชอบ นางจินตนา นวลนิยานัน ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาติ/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์
---	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหนือจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบุญเพ็ง สระแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200409282	ที่อยู่ 12 หมู่ 8 ต.สะโน อ. ลำโรงทับ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2485 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อัมพาตครึ่งท่อนล่าง ข้อเข่าติด ขา 2 ข้างอ่อนแรง ท้องผูก เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ได้รับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการ จัด ซื้อแฟมเพส และเก้าอี้สุขา	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มี  ต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือนด้านสังคม
- แผ่นรองขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน NaN ชิ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 2 ชิ้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือนด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

นางสาวบุตรีชบา ทองทา ผู้ปฏิบัติงาน [CM]

ลงชื่อ.....อปท.

(นายสำราญ อบอุ่น)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

ลงชื่อ..... (นางจรรยา พวงพลอย)เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....ผู้ช่วยยกการกองคลัง.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางบุญเพ็ง สระแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200409282	ที่อยู่ 12 หมู่ 8 ต.สะโน อ. สำโรง ทบ. จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=2, TAI=13 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง อัมพาตครึ่งท่อนล่าง ข้อเข่าติด ขา 2 ข้างอ่อนแรง ท้องผูก เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นนำซ้อน	แนวทางการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหกล้ม/ตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตลก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายการสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - เตียง - ที่นอนลม - อุปกรณ์ทำแผล - สาย NG Tube - เครื่องผลิตออกซิเจน บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัย	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			นักพัฒนาชุมชน
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			นักสังคมสงเคราะห์
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักจิตวิทยา
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
การตรวจกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		ครอบครัว
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
แนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
อาบน้ำ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การจัดทำแผนป้องกันแผลกดทับ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การตรวจท้อง	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			เจ้าหน้าที่แผนไทย
ประเมินความก้าวหน้า	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดื่มนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - กายภาพบำบัดโดยญาติ - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุศรชบา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางสุภาวดี สิ้นสุพรรณ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์
---	---

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

ชื่อ นายจ่านัง สิ้นสุพรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200407441	ที่อยู่ 23 หมู่ 7 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 28 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2512 (อายุ 54 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ นอนติดเตียง รับประทานอาหารเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ท้องผูก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการไต่ยืน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวบุตรีชบา ทองทา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....พยางค์.....]

ลงชื่อ.....(นางจริยา พวงพลอย).....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....ผู้อำนวยการกองคลัง.....]

ลงชื่อ.....(นายสำราญ อับจัน).....อปท.

[.....]

.....

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นายจ่านัง สิ้นสุพรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200407441	ที่อยู่ 23 หมู่ 7 ต.ตะโพน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ นอนติดเตียง รับประทานอาหารเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ ต้องผูก							
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นผ้าอ้อม - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตลก							
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - สามารถปฏิบัติสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน	บริการนอกเหนือรายชื่อสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและครอบครัว) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - ที่นอนลม บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สส/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน							
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
สระผม	ทำครั้งเดียว			✓			✓		ครอบครัว
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	ทำครั้งเดียว				✓				เจ้าหน้าที่แผนไทย
ประเมินภาวะโภชนาการ	ทำครั้งเดียว			✓	✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	ทำครั้งเดียว				✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	ทำครั้งเดียว				✓				นักกิจกรรมบำบัด
การจัดทำแผนป้องกันแผลกดทับ	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล
พลิกตะแคงตัว	ทุกๆ 2 ชั่วโมง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมินภาวะเครียด STS	ทำครั้งเดียว			✓					พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	ทำครั้งเดียว			✓					พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	ทำครั้งเดียว			✓					พยาบาล
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	ทำครั้งเดียว			✓					พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	ทำครั้งเดียว					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว	✓							พยาบาล
ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	ทำครั้งเดียว	✓							พยาบาล
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว	✓							พยาบาล
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว	✓							พยาบาล
การสร้างเครือข่ายการดูแล	ทำครั้งเดียว				✓				พยาบาล
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ภายหลังอาบน้ำขัดโดยญาติ - เปลี่ยนผ้าอ้อม - สวมสนับ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษบา ทองหา ผู้รับผิดชอบ นางจินตนา นวลนิยมนาม ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นานี่/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป								

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

ชื่อ น.ส.พร สมัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200422181	ที่อยู่ ม.1 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 20 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2481 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุแขนขาอ่อนแรง เกรด 2 ขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง ตาพร่ามัว หลงลืม แผลกดทับบริเวณก้นกบ เกรด 2	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการไต่ยืน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ก. เป็นบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน - แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน NaN ชิ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวบุตรชบา ทองทา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....พยาบาลวิชาชีพ.....]
 ลงชื่อ.....นางจรรยา พวงพลอย.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....ผู้อำนวยการกองคลัง.....]

ลงชื่อ.....[.....].....อปท.
 [.....(นายสำราญ ออบอุ่น).....]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 20/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ น.ส.พร สมัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200422181	ที่อยู่ น.ส.โอบ อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL-4, TAI-I3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุแขนขาอ่อนแรง เกรด 2 ขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง ศาพว่ามี หลงลืม แผลกดทับบริเวณก้นกบ เกรด 2
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ญาติ - อยากให้พ่อนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รดเช็นผ้าอ้อม - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/รับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ช่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/ลำคอกอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การหกล้ม/ตกหกล้ม - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - อุปกรณ์ทางกายภาพ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ช่วยตัวเองได้ ภายใน 3 เดือน	บริการนอกเหนือจากสภากาชาด (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและสังคม) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - อุปกรณ์ทำแผล - ฟันปลอม - เตียง กายอุปกรณ์ - รดเช็นนั่ง - กระดานบริหารข้อเท้า บริการอื่นๆ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิง [ให้ระบุการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมตามรายปี]
 ส่งข้อมูลการขอผ่านเว็บไซต์ สปสช. แล้ว

ชื่อ นางสาว ชัยภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200119411	ที่อยู่ 53 หมู่ 6 อ. สาโรงทาบ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 31 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2477 (อายุ 89 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุตา 2 ข้างมัว หลังค่อม แขนขาอ่อนแรง มีอาการเหนื่อยง่าย ร่วมกับท้องผูก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 8,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลสุขภาพทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลสุขภาพเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
- เสริมซึมซับ จำนวน NaN ช้อน/วัน - ผ่าอ้อมทางเลือก จำนวน 3 ช้อน/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตธชา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ น.ส.บุตธชา ทองทา ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [หยาปาลวิชาชีพ]
 ลงชื่อ (นางจริยา พวงพลอย) เจ้าหน้าที่การเงิน
 [ผู้อำนวยการกองคลัง]

ลงชื่อ (นายสำราญ อบอุ่น) อบท.
 [นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน]

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางบัว จันทา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200119411	ที่อยู่ 53 หมู่ 8 อ. ลำไทร จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วิธีวิจัย : ADL=4, TAI=C3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ 2 ข้างมั่ว หลังค่อม แขนขาอ่อนแรง มีอาการเหนื่อยง่าย ข่วมกับท้องผูก
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้สี่ชิ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำคัญอาหาร - การฝึกฝึกหัดกลืน - อุบัติเหตุ เช่น ให้อาหาร น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ฟื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - ที่นอนลม - เตียง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - พาเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ/คสอ. - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลือกระหว่าง สบ/อปท/อื่นๆ)

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							พยาบาล
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)								ครอบครัว
ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
ฝึกสมาธิ	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เตรียมอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)								ครอบครัว
ตัดเล็บ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		ครอบครัว
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักโภชนาการ
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		ครอบครัว
แนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
อาบน้ำ	วันเว้นวัน	✓		✓		✓		✓	ครอบครัว
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะเครียด ST5	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล
การวัดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				เจ้าหน้าที่แผนไทย
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ดูแลเตรียมให้อาหารโดยญาติ
- ออกกำลังกาย
- สวดมนต์

ผู้จัดทำ น.ส.บุศรษา ทองทา

ผู้รับผิดชอบ นางอมรรัตน์ ธรรมด้วง **ระยะเวลาที่** caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง **นาที่/สัปดาห์**

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์

2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาราย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแป สมัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200404108	ที่อยู่ 7 หมู่ 5 ต.สะโน อ. ลำโรงทับ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 29 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2479 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีอาการหลงลืม วัน เวลา สถานที่ ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แขน ขา เท้าบวมกดบุ๋ม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ต้องการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เพื่อใช้ในการจัดบริการ จัด ซื้อแพมเพิสและเก้าอี้สุขา	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - กลืนปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ท้องผูก - ตามัว 2 ข้าง - หลังค่อมมาก รับประทานอาหารได้น้อย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - แผ่นรองขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นเสริมซึมซับ จำนวน NaN ชิ้น/วัน - ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน 1 ชิ้น/วัน		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นางสาวบุตรชบา ทองทา
[.....]
พญ.บุตรีวิชาติ
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางจริยา พวงพลอย)
[.....]
ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....อปท.
(นายสำราญ อบอู่)
[.....]
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/66 วันที่ 24/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางแปะ สมัญญา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200404108	ที่อยู่ 7 หมู่ 5 ต.สะโน อ. สำโรง ทบ. จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ -	จัดทำวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL-D, TAI-I3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีอาการหลงลืม วัน เวลา สถานที่ โดยอาศัยวิธีระยะสุดท้าย แขน ขา เท้าบวมกดบุ๋ม
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น น้ำยาล้าง	แนวโน้บายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การหกล้มตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - กลืนปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ท้องผูก - ตามัว 2 ข้าง - หลังค่อมมาก รับประทานอาหารได้น้อย	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และ Informal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเฝ้าระหว่าง ๘๕/๐๒๗/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
มิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
การให้คำปรึกษาสุขภาพจิต	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI I - I3 C2 - C4 B3 - B5	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				เภสัชกร
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินการฆ่าตัวตาย BQ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง				✓				นักกายภาพบำบัด
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			นักสังคมสงเคราะห์
การนวด	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			พยาบาล
การบริการฝากดูแลกลางวัน (Day Care)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดื่มนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - สวดมนต์ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ น.ส.บุศรชบา ทองทา ผู้รับผิดชอบ นางจันทร์เพ็ญ จำปาบุรี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) รับผิดชอบ 2) (ผู้ช่วย/ญาติ) รับผิดชอบ
---	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางปะ หงษ์แก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200405651	ที่อยู่ ม.5 ต.สะโน อ.สำโรงทาบ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 13 เดือน มกราคม พ.ศ. 2493 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคเมเร็งต่อมน้ำเหลือง ระยะลุกลาม คอขวดปวด อ่อนเพลีย รับประทานอาหารทางสายยางทางจมูก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือก ปากแห้ง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
- แขนเสริมซึมซับ จำนวน NaN ชิ้น/วัน - บ่อมทางเลือก จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.บุตรีชบา ทองทา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ บุตรีชบา ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางสาวบุตรีชบา ทองทา]
พยานวิมลราชพิ
 ลงชื่อ (นางจริยา พวงพลอย) เจ้าหน้าที่การเงิน
 [ผู้ปฏิบัติงานกองคลัง]

ลงชื่อ อ.บ.ท.
 [นายสำราญ อบอุ่น]
 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโบ

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสะโน ตำบลสะโน

ชื่อ นางปะ พงษ์แก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200405851	ที่อยู่ น.5 ต.ละโว้ อ.ลำพอง จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 20 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=Q, TAI=I2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ครอบครัว บุตรสาว รับประทานอาหารทางสายยางทางจมูก
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวทางการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - สามารถสื่อสารกับผู้ช่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณข้อมือและหลัง ปากแห้ง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อมะเร็งทางเดินหายใจ ภายใน 2 เดือน - พื้นผิวเท้าของผู้ป่วยสะอาดและนุ่มนวล ไม่เกิดแผลหรือฟกช้ำ ภายใน 2 เดือน	บริการนอกเหนือรายปีปกติ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และ informal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - ที่นอนลม - เตียง - สาย NG Tube บริการอื่นๆ - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
อุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้	ทำครั้งเดียว			✓					ครอบครัว
เคลื่อนย้ายบนเตียงและลงจากเตียง	วันละ 1 ครั้ง(กลางวัน)			✓					ครอบครัว
การส่งเสริมพัฒนาการในชีวิตประจำวัน	ทำครั้งเดียว			✓					นักพัฒนาชุมชน
ทำความสะอาดพื้นนอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การจัดท่าอนอนป้องกันแผลกดทับ	ทุก 2 ชั่วโมง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมิน TAI II – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						พยาบาล
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน MMSE (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 2 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การจัดการอาการบวมในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						แพทย์
เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้	ทำครั้งเดียว			✓					ครอบครัว
Feed อาหาร	วันละ 4 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับ	ทำครั้งเดียว			✓					นักพัฒนาชุมชน
สวนดม	วันละ 1 ครั้ง(ก่อนนอน)			✓					ครอบครัว
การจัดการอาการบวมในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✓					พยาบาล
การบริหารพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ	ทำครั้งเดียว			✓					เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ดื่มนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ
- กายภาพบำบัดโดยญาติ
- ออกกำลังกาย
- เปลี่ยนผ้าอ้อม
- สวนดม
- นอนหลับ
- รับประทานอาหาร

ผู้จัดทำ น.ส.บุรุษมา ทองทา
ผู้รับผิดชอบ นางจันทร์เพ็ญ จำปาบุรี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาติ/สัปดาห์

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วลป

2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วลป

แบบสำรวจฐานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีคุณสมบัติเป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

ณ วันที่/เดือน/ปี.....8 พฤษภาคม 2567.....

ชื่อ - สกุล ผู้ประสานงานนางสาวสุพัตรา ชัยชนะ.....ตำแหน่ง ...นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ..... เบอร์โทรศัพท์ ...0819677681.....

ที่	รายชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	อำเภอ	ฐานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีคุณสมบัติเป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น								หมายเหตุ
			ลำดับ	คำนำหน้า	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	จบการศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ระบุสาขา ...)	ไม่ได้จบการศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข (เพิ่มเติมเครื่องหมาย ✓)	เติมเครื่องหมาย ✓ ช่องที่เลือก		
									ผ่านการอบรมหลักสูตรฯ CM ของกรมอนามัย	ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรฯ	
1	อบต. สะโน	ลำโพง	1	นางสาว	แสงจันทร์ อบอุ่น	อสม.		/	/		
2			2	นาง	อุทัย ชัยภา	อสม.		/	/		
3			3	นาง	สุภาวดี สินสุพรรณ	อสม.		/	/		
4			4	นาง	จินตนา นวลมัยนาม	อสม.		/	/		
5			5	นาง	อมรรัตน์ ธรรมาด่วง	อสม.		/	/		
6			6	นาง	มู ใจหาญ	อสม.		/	/		
7			7	นาง	เอกวารรัตน์ รุ่งศรี	อสม.		/	/		
8			8	นาง	จันทร์เพ็ญ จำปาบุรี	อสม.		/	/		
9			9	นาง	เฮียง สมัญญา	อสม.		/	/		อบรมหลักสูตร การดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง จำนวน 70 ชั่วโมง (กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ร่วมกับ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
			9								
รวม											

(ลงชื่อ) สิบเอก.....

(สมรไพร วงศ์มา)

ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

อุดหนุนหมู่ที่ 9 โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ✓

จำนวน

20,000 บาท

เพื่อจ่ายเป็นเงินอุดหนุนให้แก่หมู่บ้านตามโครงการพระราชดำริ
ด้านสาธารณสุข โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน หมู่ที่ 9
-เป็นไปตามหนังสือกระทรวงมหาดไทย ส่วนที่ ๓๓ ๐๘๑๐.๕
/ว ๒๐๗๒ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑ เรื่อง ชักซ้อมแนวทางการตั้ง
งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ เงินอุดหนุน
ทั่วไปด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
-เป็นไปตามหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท
๐๘๐๘.๒/ว ๑๐๙๕ ลงวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔ เรื่อง รูปแบบและ
การจําแนกประเภทรายรับ-รายจ่าย งบประมาณรายจ่ายประจำปี
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
-ปรากฏในแผนพัฒนาท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐ แกไข ครั้ง
ที่ ๑/๒๕๖๖ หน้า ๑๕๘ ลำดับที่ ๔๒

แผนงานสังคมสงเคราะห์

งานสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์

รวม

80,000 บ

งบดำเนินงาน

รวม

70,000 บ

ค่าใช้จ่าย

รวม

70,000 บ

รายจ่ายเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการที่ไม่เข้าลักษณะรายจ่ายงบราย
จ่ายอื่น ๆ

โครงการส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุในตำบล

จำนวน

70,000 บ

เพื่อจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายดำเนินการโครงการส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุใน
ตำบล

-เป็นไปตามหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท

๐๘๐๘.๒/ว ๑๐๙๕ ลงวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔ เรื่อง รูปแบบและ
การจําแนกประเภทรายรับ-รายจ่าย งบประมาณรายจ่ายประจำปี
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- เป็นไปตามหนังสือกระทรวงมหาดไทย ส่วนที่ ๓๓ ๐๘๐๘.๓
/ว ๑๒๓๙ ลงวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติ
ตามแผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

-ปรากฏในแผนพัฒนาท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐ แกไข ครั้ง
ที่ ๒/๒๕๖๖ หน้า ๑๓ ลำดับที่ ๑

วันที่ ร.ด.

(ชาติ ภา

ท้องถิ่นอำเภอสาม

วันที่พิมพ์ 10/5/2566 16:46:26

หน้า : 65/86

งบเงินอุดหนุน	รวม	10,000 บาท
เงินอุดหนุน	รวม	10,000 บาท
เงินอุดหนุนองค์กรการกุศล		
สนับสนุนภารกิจสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดสุรินทร์	จำนวน	10,000 บาท

เพื่ออุดหนุนเหล่ากาชาดจังหวัดสุรินทร์ในการให้การสงเคราะห์แก่
ราษฎรที่ประสบความทุกข์ยากเดือดร้อนและผู้ด้อยโอกาสตลอด
ทั้งช่วยเหลือผู้ประสบสาธารณภัย

-เป็นไปตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินอุดหนุนของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2559

-เป็นไปตามหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท
0808.2/ว1095 ลงวันที่ 28 พฤษภาคม 2564 เรื่อง รูปแบบและ
การจําแนกประเภทรายรับ-รายจ่าย งบประมาณรายจ่ายประจำปี
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

-ปรากฏในแผนพัฒนาท้องถิ่น พ.ศ. 2566-2570 แกไข ครั้ง
ที่ 1/2566 หน้า 141 ลำดับที่ 11

แผนงานเคหะและชุมชน

งานบริหารทั่วไปเกี่ยวกับเคหะและชุมชน	รวม	1,509,000 บาท
งบบุคลากร	รวม	1,154,000 บาท
เงินเดือน (ฝ่ายประจำ)	รวม	1,154,000 บาท
เงินเดือนข้าราชการ หรือพนักงานส่วนท้องถิ่น	จำนวน	790,000 บาท

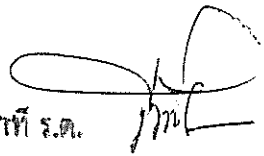
เพื่อจ่ายเป็นเงินเดือน รวมถึงเงินเลื่อนขั้นเงินเดือนประจำปี ให้แก่
พนักงานส่วนตำบล แยกดังนี้

กองช่าง จำนวน 2 อัตรา จำนวน 12 เดือน

ตั้งไว้ 790.000 บาท

-เป็นไปตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

-เป็นไปตามแผนอัตรากำลัง 3 ปี พ.ศ. 2567-2569 ของอบต.สะ
โน

ว่าที่ ร.ต. 

(ชาติ นารอน)

ท้องถิ่นอำเภอสำโรงทาบ



ข้อตกลงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

ระหว่าง

องค์การบริหารส่วนตำบลสะโน กับ รพ.สต.บ้านสะโน

ข้อตกลงเลขที่1.... /2567.....

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ องค์การบริหารส่วนตำบลสะโน ตั้งอยู่ที่ อำเภอ ลำโรงทาบ จังหวัด สุรินทร์ เมื่อวันที่ วันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ.2566 ระหว่าง องค์การบริหารส่วนตำบลสะโน
โดย...นายสำราญ อบอุ่น.....นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน.....
(ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ฝ่ายหนึ่ง กับ รพ.สต. บ้านสะโน
โดย....นางมะลิวัลย์ เป้งจำเมือง....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะโน.....
(ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “หน่วยจัดบริการ” อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ 1 การดำเนินงาน ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะ กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

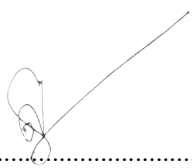
ข้อ 2 การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุป แผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การ ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้าย ข้อตกลงนี้

ข้อ 3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ (ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง)จำนวนทั้งสิ้นไม่เกิน 293,000.00 บาท (สองแสนเก้าหมื่นสามพันบาทถ้วน) โดย เป็นจำนวนเงิน 293,000.00 บาท (สองแสนเก้าหมื่นสามพันบาทถ้วน) ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

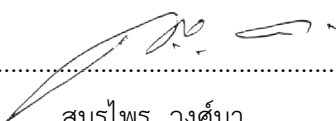
ข้อ 4 หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงานตามข้อตกลงตั้งแต่วันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ.2566 สิ้นสุดในวันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ.2567 โดยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามข้อตกลง ให้หน่วยจัดบริการรายงานผลการดำเนินงาน ในโปรแกรม LTC

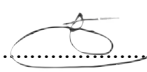
ข้อ 5 กรณีหน่วยจัดบริการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหาย องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีสิทธิ์ยกเลิกข้อตกลง และระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ  องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
(.....นายสำราญ อบอุ่น.....)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

ลงชื่อ  หน่วยจัดบริการ
(.....นางมะลิวัลย์ เป็งจำเมือง.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะโน

สืบเอก  พยาน
(.....สมรไพร วงศ์มา.....)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

ลงชื่อ  พยาน
(.....นางสาวสุพัตรา ชัยชนะ.....)
นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ

ฎีกาเบิกเงิน

กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

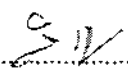
เลขที่1...../.....2567.....

วันที่จัดทำ 3 มกราคม 2567

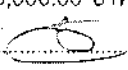
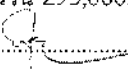
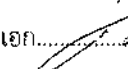
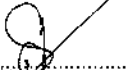
เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง องค์การบริหารส่วนตำบลสะโน ได้อนุมัติโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และแผนการดูแลรายบุคคล รวมทั้งค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ให้แก่ รพ.สต.บ้านสะโน จำนวน 293,000.00 บาท (สองแสนเก้าหมื่นสามพันบาทถ้วน) โดยจ่ายงวดเดียว เป็นจำนวนเงิน 293,000.00 บาท (สองแสนเก้าหมื่นสามพันบาทถ้วน)

ในการนี้ รพ.สต.บ้านสะโน มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน จำนวน 293,000.00 บาท (สองแสนเก้าหมื่นสามพันบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการฯ และ แผนการดูแลรายบุคคลดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบการขอเบิกเงิน จำนวน 4 ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน (ระบุชื่อ) นางมะลิวัลย์ เป็งจำเมือง จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ  ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)
(.....นางมะลิวัลย์ เป็งจำเมือง.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะโน

ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และได้ตรวจสอบแล้ว มีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้ จำนวน 293,000.00 บาท (สองแสนเก้าหมื่นสามพันบาทถ้วน) ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ(ผู้ได้รับมอบหมาย) (.....นางสาวสุพัตรา ชัยชนะ.....) ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ วันที่.....	เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เห็นควรให้เบิกจ่าย งวดที่ 1 จำนวน 293,000.00 บาท (สองแสนเก้าหมื่นสามพันบาทถ้วน) ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ(ผู้ได้รับมอบหมาย) (.....นางจรรยา พวงพลอย.....) หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย วันที่.....
เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 293,000.00 บาท (สองแสนเก้าหมื่นสามพันบาทถ้วน) ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ(ผู้ได้รับมอบหมาย) (.....สมรไพร วงศ์มา.....) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วันที่.....	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน 293,000.00 บาท (สองแสนเก้าหมื่นสามพันบาทถ้วน) ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ(ผู้ได้รับมอบหมาย) (.....นายสำราญ อบุญ.....) ผู้บริหารท้องถิ่น วันที่.....
จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ Δ ทางธนาคาร ธนาคาร บัญชีเลขที่ เลขที่เช็ค ลงวันที่ จำนวนเงิน บาท (.....) จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน)	ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (.....) ลงชื่อ ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (.....)

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน 293,000.00 บาท (สองแสนเก้าหมื่นสามพันบาทถ้วน) ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน (1) (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้วจำนวน 293,000.00 บาท (สองแสนเก้าหมื่นสามพันบาทถ้วน) ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....
---	--

หมายเหตุ(1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงิน / ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

ที่ สร/.....

วันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง รายงานผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

๑.เรื่องเดิม

ตามบันทึกข้อตกลงการปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เลขที่ ๑/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ ที่ทำขึ้นระหว่างนายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน กับ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตำบลสะโน ซึ่งจะต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้กับ องค์การบริหารส่วนตำบลสะโน เพื่อให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามบันทึกแนบท้าย (ผนวก ข)

บัดนี้ นางสาวสมพร เขิดแสง อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ได้ปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ของเดือน มกราคม ๒๕๖๗ เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นางสาวสุพัตรา ชัยชนะ)

นักพัฒนาชุมชนชำนาญการ รักษาการแทน

หัวหน้าสำนักงานปลัด

ความเห็นปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

สืบเอก

(สมรไพร วงศ์มา)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

ความเห็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

(นายสำราญ อบอุ่น)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสะโน

แบบประเมินความพร้อมในการบริการจัดการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่
สำหรับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อ (เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล).....องค์การบริหารส่วนตำบลบ้าน
ไผ่แดง
 อำเภอไผ่แดง.....
๒. ท่านได้สำรวจคัดกรองจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) หรือไม่
☒ ดำเนินการ ☐ ไม่มีการดำเนินการ
๓. พื้นที่รับผิดชอบของท่าน มีผู้สูงอายุ61..... คน
 เพศชาย จำนวน17..... คน เพศหญิง จำนวน44..... คน
 อาศัยอยู่ในพื้นที่..... (หมู่บ้าน/ชุมชน) จำนวน ครีวเรือน
๔. องค์กรของท่านมีการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกปีงบประมาณ ปีละ ๒ ครั้งในไตรมาสที่ ๒ และ ๔ ของปีงบประมาณหรือไม่
☐ ไม่มีการดำเนินการ ☒ ดำเนินการปีละ ๑ ครั้ง ☐ ดำเนินการปีละ ๒ ครั้ง
๕. ในพื้นที่ของท่านมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่กี่แห่ง
☐ ไม่มี
☒ มี จำนวน1.....แห่ง จำแนกเป็น
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ/สถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..... แห่ง
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ/สถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดอื่น แห่ง

ส่วนที่ ๒ การดำเนินการตามโครงการอาสาบริบาลท้องถิ่น ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๑. จำนวนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน.....9..... คน
 รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง9..... คน ครอบครัว9..... หมู่บ้าน/ชุมชน
๒. การดำเนินโครงการอาสาบริบาลท้องถิ่น ลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขที่หน่วยงานของท่านรับผิดชอบ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ คิดเป็นงบประมาณโดยประมาณ จำนวน บาท/ปีงบประมาณ

ส่วนที่ ๓ ความพึงพอใจต่อการดำเนินการของอาสาบริบาลท้องถิ่น ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ในฐานะหน่วยงานต้นสังกัดของอาสาบริบาลท้องถิ่น ท่านมีความพึงพอใจในการดำเนินการของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในประเด็นต่อไปนี้ ในระดับใด (ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเห็นด้วยที่สุด)

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (๕)	มาก (๔)	ปานกลาง (๓)	น้อย (๒)	ไม่พอใจ (๑)
ความสามารถในการดำเนินงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น					
๑. การประเมินปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	✓				
๒. การให้บริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)	✓				
๓. การประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน	✓				

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (๕)	มาก (๔)	ปานกลาง (๓)	น้อย (๒)	ไม่พอใจ (๑)
ของผู้สูงอายุ					
๔. การจัดทำบันทึกการช่วยเหลือนักเรียนและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)	/				
๕. การให้ความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติหรือผู้ดูแล	/				
๖. ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากด้านสุขภาพ เช่น สวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือภายใต้สถานการณ์โควิด - ๑๙ การฉีดยา การลงทะเบียนตามนโยบายของรัฐ	/				
การได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
๑. การได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล		/			
๒. การสนับสนุนการดำเนินงานของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค	/				
๓. การสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น สสจ. สสอ. หรือสถานบริการสาธารณสุข		/			
ความพึงพอใจต่อการบริการจัดการของหน่วยงานตนเอง					
๑. การกำกับ ติดตาม การดำเนินงานของ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น		/			
๒. การส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นด้านอื่นนอกจากงบประมาณ เช่น การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือการบันทึกการรายงานผลการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ	/				
๓. โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นการส่งเสริมอาชีพและรายได้ให้แก่ประชาชนในพื้นที่		/			

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานที่ผ่านมา (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ งบประมาณในการดำเนินการไม่เพียงพอ
- ☐ จำนวนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่
- ☐ ค่าตอบแทนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นไม่สอดคล้องกับภารกิจที่ได้รับมอบหมาย
- ☐ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน
- ☐ ไม่มีบุคลากรด้านสุขภาพหรือมีบุคคลด้านสุขภาพในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
- ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ ๔ ความพร้อมในการดำเนินการของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗
(ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเห็นด้วยที่สุด)

ประเด็นความพร้อม	ระดับความพร้อม				
	มากที่สุด (๕)	มาก (๔)	ปานกลาง (๓)	น้อย (๒)	น้อยที่สุด (๑)
๑. ความพร้อมด้านบุคลากรในการกำกับติดตามการดำเนินงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น					
๒. ความพร้อมด้านงบประมาณในการส่งเสริมการดำเนินงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น					
๓. ความพร้อมด้านทรัพยากร อุปกรณ์ และวัสดุ เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น					
๔. ความพร้อมด้านความรู้ความเข้าใจในการแนะนำหรือให้คำปรึกษาแก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น					
๕. ความพร้อมของประชาชนผู้รับบริการเพื่อรองรับการดำเนินงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น					
๖. ความพร้อมของหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ในการสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น					

ความคาดหวังมากที่สุดต่อการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในอนาคต

- ☐ การได้รับสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ
- ☐ การได้รับการพัฒนาความรู้ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- ☐ การได้รับการสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์ วัสดุ และทรัพยากรอื่นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- ☐ การสนับสนุนในเรื่องการอนุญาตให้ใช้หลักสูตรการอบรมการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง และหลักสูตรฝึกอบรมเพิ่มเติมกับบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๕๐ ชั่วโมง ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ
- ☐ การสนับสนุนการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
- ☐ การได้รับการสนับสนุนด้านการสร้างความรู้ถึงภาพลักษณ์การปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนที่ ๕ ความเห็นต่อการดำเนินโครงการ (ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเห็นด้วยที่สุด)

ประเด็น	ท่านเห็นด้วยในระดับใด				
	มากที่สุด (๕)	มาก (๔)	ปานกลาง (๓)	น้อย (๒)	ไม่พอใจ (๑)
๑. ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากโครงการ					
๒. ความคุ้มค่าต่อการดำเนินโครงการของรัฐ					
๓. ควรดำเนินการในปีต่อไป					

**แบบประเมินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
สำหรับ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น**

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อ (เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล) องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านนา
อำเภอ บ้านนา
๒. เพศ ☐ ชาย ☒ หญิง
๓. อายุ ☐ ต่ำกว่าหรือ ๒๐ ปี ☐ ๒๑ - ๓๐ ปี ☐ ๓๑ - ๔๐ ปี ☒ ๔๑ - ๕๐ ปี
☐ ๕๑ - ๖๐ ปี ☐ มากกว่าเท่ากับ ๖๑ ปีขึ้นไป
๔. สังกัด ☐ เทศบาลเมือง ☐ เทศบาลนคร ☐ เทศบาลตำบล ☒ องค์การบริหารส่วนตำบล
๕. ผู้สูงอายุที่ท่านรับผิดชอบ
☐ ๑ - ๒ คน ☒ ๓ - ๔ คน
๖. ครอบคลุมจำนวนผู้สูงอายุกี่ครัวเรือน
☐ ๑ - ๒ ครัวเรือน ☒ ๓ - ๔ ครัวเรือน
๗. ครอบคลุมจำนวนหมู่บ้าน/ชุมชน
☒ ๑ - ๒ หมู่บ้าน/ชุมชน ☐ ๓ - ๔ หมู่บ้าน/ชุมชน
๘. ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่
☐ ๑ - ๒ เดือน ☒ ๓ - ๔ เดือน ☐ ๕ - ๖ เดือน ☐ ๗ - ๘ เดือน
☐ ๙ - ๑๐ เดือน ☐ ๑๑ - ๑๒ เดือน

ส่วนที่ ๒ แบบประเมินระดับความสามารถของตนเอง (ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเห็นด้วยที่สุด)

ประเด็น	ระดับความสามารถของท่าน				
	มากที่สุด (๕)	มาก (๔)	ปานกลาง (๓)	น้อย (๒)	ไม่พอใจ (๑)
๑. การประเมินปัญหาสุขภาพ		✓			
๒. การดูแลตามแผนการดูแลสุขภาพ (Care Plan)		✓			
๓. การประเมินสุขภาพ เช่น การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การประเมินภาวะซึมเศร้า		✓			
๔. การบันทึกรายงานการดูแลสุขภาพ	✓				
๕. การให้ความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อผู้สูงอายุและญาติ	✓				
๖. ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากด้านสุขภาพ		✓			

ส่วนที่ ๓ แบบประเมินความเห็นต่อการดำเนินโครงการ (ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเห็นด้วยที่สุด)

ประเด็น	ท่านเห็นด้วยในระดับใด				
	มากที่สุด (๕)	มาก (๔)	ปานกลาง (๓)	น้อย (๒)	ไม่พอใจ (๑)
๑. ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากโครงการ	✓				
๒. ความคุ้มค่าต่อการดำเนินโครงการของรัฐ	✓				
๓. ควรมีการดำเนินโครงการนี้ต่อไป		✓			

ส่วนที่ ๔ แบบสอบถามความคาดหวังต่อการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานในอนาคต

- ☐ การได้รับสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล
- ☐ การได้รับการพัฒนาความรู้หรือทักษะในการปฏิบัติงานการให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
- ☐ การได้รับการสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์ วัสดุ และทรัพยากรอื่น เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัคร
บริบาลท้องถิ่น
- ☐ การได้รับการสนับสนุนด้านสิทธิสวัสดิการอื่น ๆ จากการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินโครงการ

.....

.....

.....

.....

.....

ประเด็น	มากที่สุด (๕)	มาก (๔)	ปานกลาง (๓)	น้อย (๒)	น้อยที่สุด (๑)
๑. การให้บริการการช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพที่ได้รับ เช่น การพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพการทำแผล การดูแลเรื่องยา ฯลฯ	/				
๒. การให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพ	/				
๓. การช่วยเหลือดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายร่างกาย	/				
๔. การช่วยเหลือดูแลด้านอื่น ๆ นอกจากด้านสุขภาพ เช่น การให้คำแนะนำหรือประสานขอรับความช่วยเหลือกับหน่วยงานอื่นด้านสวัสดิการสังคม การบริการ/ให้คำปรึกษาในช่วงโควิด - 19 การลงทะเบียนตามนโยบายของรัฐ	/				

ส่วนที่ ๓ แบบประเมินความเห็นต่อการดำเนินการโครงการ
(ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านเห็นด้วยที่สุด)

ประเด็น	มากที่สุด (๕)	มาก (๔)	ปานกลาง (๓)	น้อย (๒)	น้อยที่สุด (๑)
๑. ท่านได้รับประโยชน์จาก การดำเนินโครงการนี้					
๒. ท่านเห็นว่าโครงการ ดังกล่าวคุ้มค่าต่อการลงทุน ของรัฐ					
๓. ท่านเห็นว่าควรมีการ ดำเนินโครงการนี้ต่อไป					

ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินโครงการ

.....

.....

.....

.....

.....