ที่ พท ๗๖๙๐๑.๒/ว ๒๗

ที่ทำการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ
อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ๙๓๐๐๐

๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๙

เรื่อง ขอเชิญประชุม

เรียน คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) ระเบียบวาระการประชุม ฯ จำนวน ๑ แผ่น
๒) สำเนารายงานการประชุมฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ จำนวน ๑ ชุด
๒) สำเนาแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ฯ จำนวน ๕๓ ชุด

ตามที่ สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ได้จัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถป้องกันและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และเพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้น ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ควรจะได้รับอย่างเหมาะสม นั้น

ในการนี้ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ จึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ครั้งที่ ๒/๒๕๖๙ เพื่อพิจารณาแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Plan) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**พื้นที่** ลำปำ จำนวน ๕๓ ราย **ในวันอังคาร ที่ ๙ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๓๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอเชิญเข้าร่วมประชุมตามวันและเวลาดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

ร้อยตำรวจเอก
(พิชัย หนูบูลย์)
ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

งานธุรการกองทุนฯ
โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๗๔๘๒ ๙๘๒๕ ต่อ ๑๓
เว็บไซต์ www.lampam.go.th
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Saraban@lampam.go.th



คำสั่งกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

ที่ ๑ /๒๕๖๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตามนโยบายการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care : LTC) โดยรัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถป้องกัน ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับต่อไป

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ อาศัยอำนาจตามประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๗ ข้อ ๑๘ และ ๑๙ ให้คณะกรรมการกองทุนฯแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ จึงขอออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

๑. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แทนตำแหน่งที่ว่างลงในลำดับที่ ๗) นางปลื้มจิตต์ อินทรงค์ และ ๘) นางฉวีวรรณ ศรีประสงค์

๒. ให้อนุกรรมการฯ ตามข้อ ๑ มีวาระอยู่ในตำแหน่งและอำนาจหน้าที่แห่งประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๗ ข้อที่ ๒๐

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

ร้อยตำรวจเอก

(พิชัย หนูบูลย์)

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวจิรารัฐ เส้งสุ้น)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

แนบท้ายคำสั่งกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ
คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
(คำสั่ง ที่ ๑ /๒๕๖๙ ลงวันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙)

๑. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ	ประธานอนุกรรมการ
๒. ----ว่าง----	อนุกรรมการ
๓. นายจรัญ ชุมคง	อนุกรรมการ
๔. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง	อนุกรรมการ
๕. สาธารณสุขอำเภอเมืองพัทลุง	อนุกรรมการ
๖. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำปำ	อนุกรรมการ
๗. นางปลื้มจิตต์ อินทรงค์	อนุกรรมการ
๘. นางฉวีวรรณ ศรีประสงค์	อนุกรรมการ
๙. ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ	อนุกรรมการ
๑๐. นางสาวจิรารัฐ เส้งสุ้น	อนุกรรมการ

****

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวจิรารัฐ เส้งสุ้น)
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

ระเบียบวาระการประชุม
คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)
ครั้งที่ ๒/๒๕๖๙
วันอังคาร ที่ ๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

ระเบียบวาระที่ ๑ **เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ**

๑.๑ ชี้แจ้งการดำเนินงานการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

ระเบียบวาระที่ ๒ **เรื่องการรับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว**

๒.๑ รับรองรายงานการประชุม ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙

ระเบียบวาระที่ ๓ **เรื่องเสนอเพื่อทราบ**

- ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๔ **เรื่องเสนอให้ที่ประชุมพิจารณา**

๔.๑ การพิจารณาแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Plan) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากประ จำนวน ๕๒ ราย

๔.๒ การพิจารณาแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Plan) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำปำ จำนวน ๑ ราย

ระเบียบวาระที่ ๕ **เรื่องอื่น ๆ**

- (ถ้ามี)

บันทึกการประชุม

คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)
กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ
ครั้งที่ ๑ / ๒๕๖๙
เมื่อวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๓๐ น. เป็นต้นไป
ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

ผู้มาประชุม

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๑	นายชาธิป อ่อนจุล	ประธานอนุกรรมการ	ชาธิป อ่อนจุล	แทน นายก อบต.
๒	นายจรัญ ชุมคง	อนุกรรมการ	จรัญ ชุมคง	
๓	นางปลื้มจิตต์ อินทรงค์	อนุกรรมการ	ปลื้มจิตต์ อินทรงค์	
๔	นางฉวีวรรณ ศรีประสงค์	อนุกรรมการ	ฉวีวรรณ ศรีประสงค์	
๕	นายวิทยา หมื่นผ่อง	อนุกรรมการและเลขานุการฯ	วิทยา หมื่นผ่อง	
๖	นางสาวจิรารัฐ เส้งสุ้น	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการฯ	จิรารัฐ เส้งสุ้น	

ผู้เข้าร่วมประชุม

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๑	นายกมล เกตุพันธ์	นักประชาสัมพันธ์ชำนาญการ	กมล เกตุพันธ์	คณะทำงาน
๒	นายไชยา สุวรรณลิขิต	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนฯ	ไชยา สุวรรณลิขิต	คณะทำงาน
๓	นางยุพิน อาจทอง	นักวิชาการคลังชำนาญการ	ยุพิน อาจทอง	คณะทำงาน

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น....

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๓๐ น.

เมื่อครบองค์ประชุมแล้ว ร้อยตำรวจเอกพิชัย หนูบูลย์ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ มอบหมายให้ นายชาธิป อ่อนจุล รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ เป็นประธานอนุกรรมการฯ และกล่าวเปิดประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ ตามระเบียบวาระการประชุมดังนี้

นายชาธิป อ่อนจุล
(ประธานในที่ประชุมฯ)

สวัสดีและขอต้อนรับคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในวันนี้เป็นการประชุมคณะอนุกรรมการกองทุนฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ ในวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๙ สำหรับการประชุมในวันนี้ มีระเบียบวาระที่สำคัญเกี่ยวกับการบริหารงานสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องร่วมกันหารือกับคณะอนุกรรมการทุก ๆ ท่าน ลำดับต่อไป กระผมขอดำเนินการประชุมตามระเบียบวาระดังต่อไปนี้

ระเบียบวาระที่ ๑ **เรื่องประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ**

นายชาธิป อ่อนจุล
(ประธานในที่ประชุมฯ)

๑.๑ ชี้แจ้งการดำเนินงานการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ ข้อ ๗๔ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ให้ สปสช.สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยบริการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามเป้าหมายจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในท้องถิ่นที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคลแบบเหมาจ่ายไม่เกิน ๑๐,๔๔๒บาท ต่อคนต่อปี ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ครับ

ระเบียบวาระที่ ๒ **การรับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว**

นายชาธิป อ่อนจุล
(ประธานในที่ประชุมฯ)

จากเอกสารรายงานการประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ครั้งที่ ๒/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๘ กระผมขอมติที่ประชุมในการรับรองรายงานการประชุมครั้งดังกล่าวด้วยครับ

ที่ประชุม

ที่ประชุมมีมติรับรอง รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ครั้งที่ ๒/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๘ (มติเป็นเอกฉันท์)

ระเบียบวาระที่ ๓ **เรื่องเสนอเพื่อทราบ**

- ไม่มี -

ระเบียบวาระที่ ๔ **เรื่องเสนอให้ที่ประชุมพิจารณา**

นายชาธิป อ่อนจุล
(ประธานในที่ประชุมฯ)

สำหรับเรื่องที่ขอเสนอให้ที่ประชุมพิจารณาในวันนี้ คือการพิจารณาแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง(Care Plan) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำปำ จำนวน ๔๒ ราย ขอเชิญตัวแทนนำเสนอแผนการดูแล (Care Plan) เรียนเชิญครับ

นางปลื้มจิตต์ อินทรงค์
(อนุกรรมการและผู้นำเสนอ Care plan)

เรียนประธานคณะอนุกรรมการฯ และผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน ตามเอกสารการประชุมเสนอแผนการดูแล (Care Plan) จำนวน ๔๒ ราย ขอเริ่มนำเสนอดังต่อไปนี้

๑. นางยุพา พันธริยะ ที่อยู่ ๘ หมู่ที่ ๕ ตำบลลำปำ อายุ ๗๗ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๘ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย ตาบอด เดินไม่ได้ อ่อนแรง๒ข้าง กลั้นปัสสาวะอุจาระไม่ได้
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่

๒. นมหรืออาหารเสริม

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒. นางสาวหีด คงเล็ก ที่อยู่ ๑๒๖ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลลำปำ อายุ ๗๘ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๗ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยเส้นเลือดในสมองตีบ ขาอ่อนแรงซีกซ้าย อยู่บ้านคนเดียว
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นมหรืออาหารเสริม

๒. ถุงดำ

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๓. นางคลาด คงเหนียง ที่อยู่ ๗๒/๑ หมู่ที่ - ตำบลลำปำ อายุ ๙๑ ปี ประเมินADL เท่ากับ ๐ กลุ่มที่ ๔ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หลังผ่าตัด หกล้มสะโพกหัก มีภาวะไตวาย กลั้นปัสสาวะอุจาระไม่ได้
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่

๒. อาหารเสริมทางการแพทย์

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๔.เก็กหญิงเกวลิน เตมะศิริ ที่อยู่ ๖๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๓๐ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๐ กลุ่มที่ ๔ ผู้ป่วยพิการด้านเคลื่อนไหว พิการสมองและสติปัญญา ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลั้นปัสสาวะอุจาระไม่ได้
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๘ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๕. นางหนูลัด นวลพล ที่อยู่ ๘๘ หมู่ที่ ๙ ตำบลลำปำ อายุ ๘๐ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๐ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยกล่องเสียงตีบ ออกเสียงไม่ได้ เจาะคอให้อาหารทางสายยาง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

นางปลื้มจิตต์ อินทรงค์ (ต่อ)
(อนุกรรมการและผู้นำเสนอ Care plan)

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. อาหารเสริมทางการแพทย์
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๖. นางพร้อม ภวังสวัสดิ์ ที่อยู่ ๓๒ หมู่ที่ ๕ ตำบลลำปำ อายุ ๙๔ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๔ กลุ่มที่ ๓ ผู้ป่วยติดบ้านโรคความดันโลหิตสูง ภาวะหลงลืม ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๗.นางกำจัด หลี้เห้ง ที่อยู่ ๑๐ หมู่ที่ ๙ ตำบลลำปำ อายุ ๘๖ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๙ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน พิการด้านความเคลื่อนไหว โรคความดันโลหิตสูง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย กลั้นปัสสาวะอุจาระไม่ได้
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๘.นายพร้อม เสี้ยมหาญ ที่อยู่ ๑๗๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๘๗ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๗ กลุ่มที่ ๒ ผู้ป่วยติดบ้าน ภาวะสมองเสื่อม หลงลืม กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้บางครั้ง
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๙.นายทอง รักบุรี ที่อยู่ ๑๓๗/๒ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลลำปำ อายุ ๙๗ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๘ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน พิการด้านการเคลื่อนไหว จ้อตะโพกเคลื่อน ต่อมลูกหมากโต ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย กลั้นปัสสาวะอุจาระไม่ได้
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๐.นางสุนี หนุช่วย ที่อยู่ ๑๖ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลลำปำ อายุ ๗๙ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๒ กลุ่มที่ ๒ ผู้ป่วยติดบ้าน ภาวะสมองเสื่อม สับสนพูดคุยไม่รู้เรื่อง กลั้นปัสสาวะอุจาระไม่ได้
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

นางปลื้มจิตต์ อินทรงค์ (ต่อ)
(อนุกรรมการและผู้นำเสนอ Care plan)

๑๑.นางกลิ่น นวลพล ที่อยู่ ๑๓๘ หมู่ที่ ๙ ตำบลลำปำ อายุ ๗๘ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๙ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติเบาหวาน ความดันดลหิตสูง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้บางครั้ง
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้
๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๒.นายเกลื้อม ปิณฑะโก ที่อยู่ ๖๖ หมู่ที่ ๗ ตำบลลำปำ อายุ ๘๘ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๙ กลุ่มที่ ๒ ผู้ป่วยติดบ้าน มีภาวะสับสนหลงลืม กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้บางครั้ง
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้
๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๓.นายสมคิด นามสวัสดิ์ ที่อยู่ ๙๙ หมู่ที่ ๗ ตำบลลำปำ อายุ ๗๓ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๑ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยพิการด้านการเคลื่อนไหว โรคความดันโลหิตสูง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย กลั้นปัสสาวะอุจาระไม่ได้บางครั้ง
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้
๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๔.นายประสิทธิ์ สังขวงค์ ที่อยู่ ๑๔๗ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๘๗ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๑ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย กลั้นปัสสาวะอุจาระไม่ได้บางครั้ง
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้
๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๕.นายสุวรรณ อำลอย ที่อยู่ ๑๓๐ หมู่ที่ ๙ ตำบลลำปำ อายุ ๕๓ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๗ กลุ่มที่ ๒ ผู้ป่วยติดบ้าน ได้รับอุบัติเหตุรถชน ผ่าตัดสมอง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พูดคุยไม่ค่อยรู้เรื่อง กลั้นปัสสาวะอุจาระไม่ได้
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้
๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๖.นายชอบ ขุนไกร ที่อยู่ ๗๙/๑ หมู่ที่ ๙ ตำบลลำปำ อายุ ๗๗ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๔ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยพิการทางการเคลื่อนไหว ติดบ้าน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย อัมพาตครึ่งซีก กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

นางปลื้มจิตต์ อินทรงค์ (ต่อ)
(อนุกรรมการและผู้นำเสนอ Care plan)

๑. นมหรืออาหารเสริม
๒. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๗.นางอัมพันธ์ โรจชะยะ ที่อยู่ ๕๕ หมู่ที่ ๑ ตำบลลำปำ อายุ ๗๕ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๗ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติโรคเบาหวาน หลอดเลือดสมองและไตวายเรื้อรัง แขนขาอ่อนแรง กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. แผ่นรองซับ
๓. นมหรืออาหารเสริม
๔. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๘.นายแย้ม เนียมวงศ์ ที่อยู่ ๙๒ หมู่ที่ ๙ ตำบลลำปำ อายุ ๙๐ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๙ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มวลกล้ามเนื้อน้อย เดินลำบาก กลั้นปัสสาวะอุจาระไม่ได้บางครั้ง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นมหรืออาหารเสริม
๒. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๙.นายขาว อาจทอง ที่อยู่ ๒/๒ หมู่ที่ ๑ ตำบลลำปำ อายุ ๗๘ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๑ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติโรคเบาหวานและหลอดเลือดสมอง ปวดเข่าทั้งสองข้าง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เหนื่อยง่าย กลั้นปัสสาวะอุจาระไม่ได้บางครั้ง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒๐.นางเลื่อน อินนุ่น ที่อยู่ ๘๙ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๙๑ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๘ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติความดันโลหิตสูง กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้บางครั้ง ตามองไม่เห็น ๒ ข้าง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒๑.นายนิรันด์ นิลมาก ที่อยู่ ๙๙ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๖๕ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๐ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยประวัติความดันโลหิตสูง หอบหืด ไม่ค่อยมีแรง กลั้นปัสสาวะอุจาระไม่ได้

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

นางปลื้มจิตต์ อินทรงค์ (ต่อ)
(อนุกรรมการและผู้นำเสนอ Care plan)

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒๒.นายวิน มีปิด ที่อยู่ ๖๑ หมู่ที่ ๗ ตำบลลำปำ อายุ ๘๗ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๗ กลุ่มที่ ๒ ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติความดันโลหิตสูง สมองเสื่อม สับสน กลั้นปัสสาวะอุจาระไม่ได้

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒๓.นายวิชัย สุดาวรรณศักดิ์ ที่อยู่ ๔๘ หมู่ที่ ๕ ตำบลลำปำ อายุ ๘๗ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๒ กลุ่มที่ ๔ ผู้ป่วยติดเตียง ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. แผ่นรองซับ
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๘ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒๔.นางพูนผล เสริมแก้ว ที่อยู่ ๑๒ หมู่ที่ ๔ ตำบลลำปำ อายุ ๘๔ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๐ กลุ่มที่ ๔ ผู้ป่วยติดเตียง อัมพาต ให้อาหารทางสายยาง เจาะคอ ความดันโลหิตสูง กลั้นปัสสาวะอุจาระไม่ได้

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. แผ่นรองซับ
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๘ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒๕.นางเคลื่อน แทนหนู ที่อยู่ ๓๓ หมู่ที่ ๕ ตำบลลำปำ อายุ ๙๒ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๘ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยพิการทางการเคลื่อนไหว เดินไม่ได้ ความดันโลหิตสูง กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้บางครั้ง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๒,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒๖.นางพลั่น หมื่นผ่อง ที่อยู่ ๑๑๘ หมู่ที่ ๙ ตำบลลำปำ อายุ ๘๘ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๘ กลุ่มที่ ๒ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รูมาตอนด์ พิการด้านการเคลื่อนไหว หกล้ม ผ่าตัดข้อสะโพก กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้บางครั้ง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๑,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๒. นมหรืออาหารเสริม
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

นางปลื้มจิตต์ อินทรงค์ (ต่อ)
(อนุกรรมการและผู้นำเสนอ Care plan)

๒๗.นางฉ้าย จันทร์ขาว ที่อยู่ ๒๖ หมู่ที่ ๕ ตำบลลำปำ อายุ ๗๙ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๕ กลุ่มที่ ๓ ผู้ป่วยติดบ้าน พิการทางการเคลื่อนไหว กลั้นปัสสาวะอุจาระไม่ได้

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่

๒. นมหรืออาหารเสริม

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒๘.นางละเอียด เอียดอ่อน ที่อยู่ ๑๔๕ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๗๕ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๘ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน เบาหวานความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ เป็นบางครั้ง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่

๒. นมหรืออาหารเสริม

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒๙.นายแดง เซ่งฮั่ว ที่อยู่ ๑๐๑/๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๙๒ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๘ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย เดินไม่ค่อยได้ ขาอ่อนแรง ๒ ข้าง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นมหรืออาหารเสริม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๓๐.นางชม รอดสุข ที่อยู่ ๑๐๒ หมู่ที่ ๗ ตำบลลำปำ อายุ ๙๒ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๑ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นมหรืออาหารเสริม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๓๑.นางฉลวย เนียมวงศ์ ที่อยู่ ๕๓/๒ หมู่ที่ ๗ ตำบลลำปำ อายุ ๘๓ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๖ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หืด เกาท์ กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นมหรืออาหารเสริม

๒. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๓๒.นางขาว พูลแก้ว ที่อยู่ ๔๙ หมู่ที่ ๕ ตำบลลำปำ อายุ ๙๓ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๐ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นมหรืออาหารเสริม

๒. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

นางปลื้มจิตต์ อินทรงค์ (ต่อ)
(อนุกรรมการและผู้นำเสนอ Care plan)

๓๓.นายไข่ หนูสิงห์ ที่อยู่ ๘๘/๑ หมู่ที่ ๗ ตำบลลำปำ อายุ ๙๒ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๙ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจตีบ ต่อมลูกหมากโต กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นมหรืออาหารเสริม

๒. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๓๔.นางล่วน คงขาว ที่อยู่ ๙๔ หมู่ที่ ๗ ตำบลลำปำ อายุ ๙๑ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๑ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นมหรืออาหารเสริม

๒. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๓๕.นางหีด นพฤทธิ์ ที่อยู่ ๒๘/๑ หมู่ที่ ๗ ตำบลลำปำ อายุ ๘๕ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๑ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน เคลื่อนไหวต้องช่วยพยุง กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นมหรืออาหารเสริม

๒. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๓๖.นายอนงค์ หมุนวงศ์ ที่อยู่ ๙๗/๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๘๔ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๗ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง กลบั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นมหรืออาหารเสริม

๒. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๓๗.นายพยอง ฟองทอง ที่อยู่ ๒๙ หมู่ที่ ๑ ตำบลลำปำ อายุ ๗๖ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๐ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง กลบั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นมหรืออาหารเสริม

๒. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๓๘.นายสงวน เฮ่งนุ้ย ที่อยู่ ๑๗/๒ หมู่ที่ ๑ ตำบลลำปำ อายุ ๘๕ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๑ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง แขนขาอ่อนแรง กลั้นปัสสาวะไม่ได้

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

นางปลื้มจิตต์ อินทรงค์ (ต่อ)
(อนุกรรมการและผู้นำเสนอ Care plan)

๑. นมหรืออาหารเสริม
๒. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๓๙.นางเปลือน กะสิวงศ์ ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลลำปำ อายุ ๙๔ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๕ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ความดันโลหิตสูง กลั้นปัสสาวะไม่ได้
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นมหรืออาหารเสริม
๒. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๔๐.นายจำเริญ ตรีรัตน์ ที่อยู่ ๔๘ หมู่ที่ ๙ ตำบลลำปำ อายุ ๖๐ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๒ กลุ่มที่ ๓ ผู้ป่วยเตียงจากอุบัติเหตุ การดูกคอมมีปัญหา ใส่เครื่องช่วยพยุง กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นมหรืออาหารเสริม
๒. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๔๑.นางจำเป็น จันทร์สังข์ ที่อยู่ ๑๔๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๗๕ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๗ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ความดันโลหิตสูง กระดูกพรุน ตาบอด๑ข้าง แขนขาอ่อนแรง กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นมหรืออาหารเสริม
๒. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๔๒.นางสาวคล้อย แก้วไฝ ที่อยู่ ๑๐๓ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๙๗ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๘ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๖,๐๐๐ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นมหรืออาหารเสริม
๒. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่
๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแลฯ (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

รวมทั้งสิ้น ๔๒ ราย งบประมาณที่ขอรับการสนับสนุนจำนวน ๒๕๒,๐๐๐ บาท (สองแสนห้าหมื่นสองพันบาทถ้วน) ขอให้ที่ประชุมฯ โปรดพิจารณารายละเอียดด้วยค่ะ

นายชาธิป อ่อนจุล
(ประธานในที่ประชุมฯ)

ขอบคุณครับ หากที่ประชุมไม่มีข้อเสนอแนะหรือข้อซักถามใด ๆ ขอมติที่ประชุมด้วยครับ

ที่ประชุม

ที่ประชุมมีมติเห็นชอบ (มติเป็นเอกฉันท์)

ระเบียบวาระที่ ๕ **เรื่องอื่นๆ**

- ไม่มี -

นายชาธิป อ่อนจุล
(ประธานในที่ประชุมฯ)

ขอขอบคุณคณะอนุกรรมการฯ และผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านในวันนี้ ที่ได้เห็นความสำคัญและช่วยกันขับเคลื่อนให้การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลลำป่าเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นไปอย่างราบรื่นและพัฒนาขึ้นทุกปี ขอให้ทุกท่านได้เชื่อมั่นว่าการบริหารจัดการงบประมาณภายในกองทุนจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่าอย่างแน่นอน ไม่ทราบว่าอนุกรรมการท่านใดต้องการเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นใด อีกบ้าง หากไม่มีกระผมขอขอบคุณคณะอนุกรรมการทุกท่านและขอเลิกประชุมครับ

เลิกประชุมเวลา ๑๑.๔๕ น.

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกรายงานการประชุม
(นายวิทยา หมื่นผ่อง)
อนุกรรมการและเลขานุการฯ

ภาพการประชุม
คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)
กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ
ครั้งที่ ๑ / ๒๕๖๙
เมื่อวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๓๐ น. เป็นต้นไป
ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ









กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ลำปำ
เลขรับ ๙๙
วันที่ ๒๕ พ.ค. ๖๙
เวลา
15

ที่ พท ๐๑๓๒.๑/๐๙.๒/ ๗๑๗

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากประ
ตำบลลำปำ อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง
๙๓๐๐๐

๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๙

เรื่อง ส่งแผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

เรียน ประธานอนุกรรมการ กองทุน ฯ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนการดูแล ฯ ปีงบประมาณ ๒๕๖๙ จำนวน ชุด

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากประ ตำบลลำปำ อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง ได้ดำเนินการจัดทำแผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care plan) ปีงบประมาณ ๒๕๖๙ จำนวน ราย เสร็จสิ้น และรอรับการจัดสรรงบประมาณ เพื่อใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุตามสภาพปัญหาด้านสาธารณสุข และด้านอื่นๆ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รวมถึงค่าตอบแทนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver)

ในการนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากประ ตำบลลำปำ อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง จึงขอส่งแผนการดูแล ฯ ดังกล่าว เพื่อดำเนินงานต่อไป ดังรายละเอียดตามที่แนบมาพร้อมหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายศักดิ์ชาย โรจชะยะ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากประ

-เรียน ประธานกองทุนฯ.
ผอ.รพ.สต.บ้านปากประ ขอส่งแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 52 ราย
-เพื่อโปรดพิจารณา
๒๕ พ.ค.๖๙.

-เห็นควรนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติต่อไป
๒๕ พ.ค.๖๙

-เห็นควรเข้าที่ประชุมต่อไป
รักษาราชการแทน
(พิชัย หนูบุลย์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

- เห็นควรเข้าที่ประชุมเพื่อพิจารณาต่อไป
(นายวิทยา หมื่นผ่อง)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากประ
โทร. -

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายยศพัทธ์ บือซา **เลขบัตรประจำตัวประชน** 1930100104801	**ที่อยู่** 97 ม.3 ต.ลำป้า อ.เมืองจ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0836378722	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2531 (อายุ 38 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=9, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุตกจากที่สูง(นั่งร้าน) มีภาวะพิการท่อนล่าง ขาทั้ง2ข้างไม่มีแรง มีอาการชาตั้งแต่สะเอวถึงเท้า **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า CG เดือนละ 2ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ๆละ 50 บาท นมดีน่างาดำ แผ่นรองซับ	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือดานอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเกษม ทิพย์ศรี **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3920300155251	**ที่อยู่** 288 ม.8 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0836378722	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 26 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2502 (**อายุ** 67 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=7, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วย ติดบ้าน อ่อนแรงด้านขวา โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน กลั้นปัสาวะไม่ได้ **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า CG เดือนละ 2ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ๆละ 50 บาท นมดีน่า ผ้าอ้อมผู้ใหญ่XL	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางยุพา นุ่นคง **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3930100705436	**ที่อยู่** 74/2 ม.8 ต.ลำป่า อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0836378722	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2491 (**อายุ** 78 **ปี**)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=5, TAI=83 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า CG เดือนละ 2ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ๆละ 50 บาท ค่านมดีน่า ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซต์ S	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** • **การเจาะเลือด ฉีดยา ให้สารน้ำ** - หน้าอก (chest) และหัวใจ (heart) • **การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์ **ระยะยาว** - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเปื้อม ฤทธิรัตน์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3930100194181	**ที่อยู่** 158 ม.2 ต.ลำป่า อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0866378722	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2482 (อายุ 87 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=8, TAI=C3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลั้นปัสาวะ อุจจาระ ไม่ได้ **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า CG เดือนละ 2ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ๆละ 50 บาท นมดีน่า ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ไซด์ XL	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลั้นอุจจาระไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 15 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 7 วัน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.กิ้มเอี้ยน ปล้องใหม่ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100696046	**ที่อยู่** 92/2 ม.3 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 89 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า CG เดือนละ 2ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ๆละ 50 บาท ค่านมดีน่า ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ S	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** **- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 20 วัน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเล็ก คลิ้งสุขคล้าย **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100191173	**ที่อยู่** 86 หมู่ที่ 3 ตำบลลำปำ อำเภอเมืองพัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 88 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=7, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยโรคเรื้อรังความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม แผ่นรองซับ และค่าตอบแทน cg เดือนละ 2 ครั้งๆละ50 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายนิ่ม สงไชย **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3930100184304	**ที่อยู่** 14/1 หมู่ที่ 2 ตำบลลำปำ อำเภอเมืองพัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 92 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด เครียดและต่อมลูกหมากโต แขน ขาอ่อนแรง **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม ไข่ แผ่นรองซับ ค่าตอบแทน cg เดือนละ 2 ครั้ง ๆละ 50 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** • การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** **- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** -
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเอียด พูลเกิด **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100703859	**ที่อยู่** 55/1 ม.8 ต.ลำป้า อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0836378722	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2471 (อายุ 98 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ติดบ้าน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า CG เดือนละ 2ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ๆละ 50 บาท ค่านม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเอื้อม ณ มณี **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3930100189934	**ที่อยู่** 75 ม.3 ต ลำป๋า อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2474 (อายุ 95 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=9, TAI=C3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยมีปัญหาทางสมอง สับสน **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า CG เดือนละ 4 ชม.ๆละ50 บาท ค่า นม	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ช่องปากไม่สะอาด - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** • **การประเมิน/ คัดกรองภาวะสุขภาพ** - สมอง (Brain) • **การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายลบ ปล้องไหม **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100194458	**ที่อยู่** 163 ม.3 ต.ลำป้า อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** -	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (**อายุ** 75 **ปี**)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** มะเร็งหลอดอาหาร เจาะคอ และให้อาหารทางสายยาง **โรคประจำตัว :** -	

สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า CG เดือนละ 2ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ๆละ 50 บาท ค่านม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - เสมหะอุดกั้น	**ระยะสั้น** - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	

ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายนันท์ ชูบัวขาว **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100196051	**ที่อยู่** 199 ม. 2 ต. ลำปำ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492 (อายุ 77 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=C2 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ใส่สายสวนปัสสาวะตลอด **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน cg เดือนละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ๆ ละ 50 บาท ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ไซส์L นม	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** • **การดูแลอุปกรณ์ สายfeed สายระบาย สายสวน** - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) • **การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายประสิทธ์ วุ่นทอง **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100187281	**ที่อยู่** 223 ม. 2 ต. ลำปำ **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 27 เดือน กันยายน พ.ศ. 2517 (**อายุ** 52 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=2, TAI=12 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 4 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยเส้นเลือดสมองตีบ นอนติดเตียง ยกแขนขาข้างขวาไม่ได้ กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน cg เดือนละ 8 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ๆ ละ 50 บาท ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ไซส์L นม	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **• การดูแลอุปกรณ์ สายfeed สายระบาย สายสวน** - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) **• การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสายันห์ สมมาตร **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100708371	**ที่อยู่** 96/2 หมู่ที่ 8 ตำบลลำป่า อำเภอเมืองพัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** -	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2517 (อายุ 52 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=9, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** เดินไม่ได้ ต้องใช้รถเข็นนั่ง ท่อนล่างไม่มีความรู้สึก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม และค่าตอบแทน cg เดือนละ 2 ครั้ง ๆละ50 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ท่อนล่างเคลื่อนไม่ได้* - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายส่อง กิ้มเกื้อ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3930100187001	**ที่อยู่** 40 หมู่ที่2 อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 16 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2486 (อายุ 83 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผป ตาบอดทั้ง2 ข้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ไม่มีโรคประจำตัว กลั้นปัสสาวะ ไม่ได้เป็น บางครั้ง **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ1 ชม.ๆ ละ50 บาท ค่านม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L แผ่นรอง	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มองภาพไม่ชัด - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** • **การดูแลระบบหายใจและไหลเวียนเลือด** - ตา (eyes) **การดูแลด้านจิตใจ** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายพิน ชุมพราหม **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100119758	**ที่อยู่** 124 ม.8 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488 (อายุ 81 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=83 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** อัมพฤกษ์ แขนขาอ่อนแรง ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการเดิน **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ 1 ช.ม.ๆ ละ 50 บาท ค่านม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **• การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**เป้าหมายการดูแล** **ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.สุนิตา นุ้ยจินดา **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3102002822810	**ที่อยู่** 102 ม.3 ต.ลำปำ อ.เมือง จ. พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 05 เดือน เมษายน พ.ศ. 2501 (**อายุ** 68 **ปี**)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=0, TAI=12 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 4 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยติดเตียง มากว่า 10 ปี ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ใส่สายให้อาหาร กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ไม่มีแผลกดทับ ไม่รู้สึกตัว **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า cg เดือนละ 8 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ๆ ละ 50 บาท ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L อาหารทางการแพทย์ แผ่นรองซับ สาย NG ซิลิโคล	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่องปากไม่สะอาด - ให้อาหารทางสายยาง - ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **• การดูแลอุปกรณ์ สายfeed สายระบาย สายสวน** - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) **การดูแลด้านจิตใจ** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.รำจวน หยูทอง **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3930100703531	**ที่อยู่** 201 ม.8 ต.ลำป่า อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2506 **(อายุ** 63 **ปี)**	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=- **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม - **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** พิการแต่กำเนิด ต้องคลานตลอดเวลาในการใช้ชีวิตประจำวัน **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ - **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ 1 ช.ม.ๆละ 50 บาท ค่านม	- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** • การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเผียน วงศ์ตั้นหิ้น **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100623618	**ที่อยู่** หมู่ที่ 08 ต.ลำปำ อ.เมืองพัทลุง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2499 **(อายุ 70 ปี)**	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=9, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยผ่าตัดอาการกระดูกทับเส้น ปี2552/2554 เดินไม่ได้ ใช้รถเข็นนั่ง **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า CG เดือนละ 2ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ๆละ 50 บาท ค่านม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **• การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเปื้อน แก้วขำ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100707366	**ที่อยู่** 88/1 ม.8 ต.ลำป่า อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0836378722	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2478 **(อายุ** 91 **ปี)**	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=C3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผุ้สูงอายุใช้ไม้เท้าในการเดิน ทรงตัวไม่ได้ อยู่ลำพังคนเดียว สับสน หลงลืม **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ 1 ช.ม. ๆละ 50 บาท ค่านม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ไซส์L	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **• การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 สัปดาห์ - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมศักดิ์ ด้วงเสน **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3939900269604	**ที่อยู่** 96 ม.2 ต. ลำปำ อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2512 (อายุ 57 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ตัดนิ้วเท้า เดินได้ไม่ดี การทรงตัวลำบาก เส้นเลือดตีบ มีโรคประจำตัว เป็นเบาหวาน **โรคประจำตัว :** -	

สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ 1 ช.ม.ๆละ 50 บาท ค่านม	- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	

ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ละเอียด มะธุระ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100186544	**ที่อยู่** 34 ม .2 ต.ลำป่า อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492 (อายุ 77 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยตาบอด ทั้ง 2ข้าง มองไม่เห็น ชาปลายเท้าซ้าย มีโรค ความดันโลหิตสุง ไขมันในเลือดสูง **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า CG เดือนละ 2 ชม.ๆละ 50 บาท ค่า นม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - เดินไม่ได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** • การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.อรวรรณ ชัยสิงห์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100112281	**ที่อยู่** 115 ม.2 ต.ลำปำ อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 23 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2516 **(อายุ** 53 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** กล้ามเนื้ออ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ต้องมีคนช่วยพยุง **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ 1 ช.ม.ๆละ 50 บาท ค่านม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ไซส์L	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **• การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเสียน ขอมทอง **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3930100185777	**ที่อยู่** 35 หมู่ที่ 2 ตำบ้าลำป้า อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2498 (อายุ 71 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=83 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** แขนขาข้างซ้าย อ่อนแรง ชาปลายเท้า สามารถเดินได้ แต่ต้องมีคนประคอง ใช้สามขา **โรคประจำตัว :** -	

สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** • **การดูแลอุปกรณ์ สายfeed สายระบาย สายสวน** - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) **การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหนูนิล กนทะรัตน์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 5930100033442	**ที่อยู่** 72 ม.2 ต.ลำปำ อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 75 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยๆเป็นโรคกระดูกพรุน ต้องใช้ไม้เท้า และมีคนช่วยพยุง **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าตอบแทน CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ 1 ช.ม.ๆละ 50 บาท นม	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** • **การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเพื่อง ทองศิริ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100700892	**ที่อยู่** 25 ม.8 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0836378722	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (**อายุ** 92 **ปี**)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุและผู้พิการ แขนขา อ่อนแรง กลั้นปัสสาวะไม่ได้ **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า CG เดือนละ 2ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ๆละ 50 บาท นมดีน่า ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** - **การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 20 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 15 วัน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายยิ้ม เง่าชุ่น **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100700388	**ที่อยู่** 150 ม.11 ต.ลำป่า อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485 (อายุ 84 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วย เรื้องรัง HT CVA เป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง **โรคประจำตัว :** -	

สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่าCG เดือนละ2ครั้งๆละ1 ช.มๆละ50 บาท ,ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L, นม	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** • **การดูแลอุปกรณ์ สายfeed สายระบาย สายสวน** - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) • **การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน **ระยะยาว** - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	

ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นายไพโรจน์ ชัยสิงห์
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100112290</td><td colspan="2">ที่อยู่ 116 ม. 2 ต.ลำปำ อ.เมืองพัทลุง จ.พัทลุง
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 29 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2520
(อายุ 49 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย :
กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :
รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้ออ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง
โรคประจำตัว : -</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td colspan="2">การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L ค่านม</td><td>- ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระ
- ผู้ป่วยไม่มีรายได้</td><td colspan="2">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การจัดการแสงสว่างและการระบายอากาศ
- การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อจัดระเบียบ ฟื้นฟูสภาพและป้องกันอุบัติเหตุ
- การทำความสะอาดที่นอนบริเวณรอบเตียง
- การนวดคลายเครียด
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
• การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลด้านจิตใจ
- แนะนำการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
- จัดการสภาพแวดล้อมให้มีความสงบ ผ่อนคลาย ลดสิ่งรบกวนจากภายนอก</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>- การฆ่าตัวตาย
- การทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย
- การทำร้ายผู้อื่น
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</td><td>ระยะสั้น
- ญาติและผู้ดูแลมีระดับความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระลดลง ภายใน 3 เดือน
- กลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- กลั้นปัสสาวะได้ปกติ
- ญาติหรือครอบครัวมีอาชีพเสริม/มีรายได้เพิ่ม
- ญาติและผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด หรือความรู้สึกกดดันเป็นภาระ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายล้อม แก้วเรือง **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3930100185637	**ที่อยู่** 22/1 ม.2 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486 (อายุ 83 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=83 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีคนพยุง เป็นโรคถุงลมโป่งพอง หอบหืด **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - แขนขาอ่อนแรง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - ประเมินภาวะโภชนาการและยา **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** • **การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** - แนะนำการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การตกเตียง - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - กลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - สิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยปลอดภัย - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเลื่อนห้อง แก้วลิบ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100191947	**ที่อยู่** 92/1 ม.3 ต.ลำป้า อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 19 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2488 **(อายุ 81 ปี)**	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=83 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** กล้ามเนื้ออ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ต้องมีคนช่วยพยุง เบื่ออาหาร **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การเคลื่อนย้าย - การวัดสัญญาณชีพ - โภชนาการ - ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร/ยา ที่เหมาะสม **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - แนะนำการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	**ระยะสั้น** - กลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง ภายใน 3 เดือน - อาบน้ำเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กลั้นปัสสาวะได้ปกติ - ญาติและผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด หรือความรู้สึกกดดันเป็นภาระ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางยุ้ง พิทักษ์กิจ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3930100193427	**ที่อยู่** 143 ม.2 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (**อายุ** 88 **ปี**)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=83 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** แขนขาอ่อนแรง เดินไม่ได้ มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ - มีปัญหาในการกลั้นอุจจาระ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดที่นอน/ บริเวณที่อยู่อาศัย - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** • **การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** - แนะนำการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การตกเตียง - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กลั้นอุจจาระได้ปกติ - สิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยปลอดภัย - สวมใส่เสื้อผ้าเองได้ปกติ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบาย หนูช่วย **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100194750	**ที่อยู่** 174 ม.3 ต.ลำป่า อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2480 **(อายุ 89 ปี)**	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** เดินไม่ได้ หลังตู้ **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **• การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด ***การดูแลด้านจิตใจ*** **- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ผู้ป่วยไม่เกิดความเครียด หรือความรู้สึกกดดันเป็นภาระ - กลั้นปัสสาวะได้ปกติ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเอียด พูลเกิด **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3930100703859	**ที่อยู่** 55/1 ม.8 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** 0836378722	**วันที่จัดทำ** 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2471 (อายุ 98 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=83 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ติดบ้าน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า CG เดือนละ 2ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ๆละ 50 บาท ค่านม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเขือน เกื้อไข **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3800900631594	**ที่อยู่** 22 ม.3 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2488 (อายุ 81 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** แขนขาอ่อนแรง เดินไม่ค่อยได้ แต่ต้องมีคนประคอง ใช้สามขา **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร/ยา ที่เหมาะสม **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การตกเตียง - การพลัดตกหกล้ม - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน - สวมใส่เสื้อผ้าเองได้ปกติเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้ง/ถูกทำร้ายร่างกาย - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ด้วยตนเองได้ปกติ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางชุ้นเหี้ยง สมมาตร **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100190754	**ที่อยู่** 81/2 ม.3 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 21 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2479 **(อายุ 90 ปี)**	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** หลอดเลือดหัวใจตีบ ไขมัน เดินไม่ได้ แขนขาชา **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดที่นอน/ บริเวณที่อยู่อาศัย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **• การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย** - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** **- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม/ไม่เกิดการหกล้ม - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายอดิพงศ์ เพชรไช **เลขบัตรประจำตัวประชน** 1930100112099	**ที่อยู่** 99/1 ม.8 ต.ลำป่า อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 11 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2533 (อายุ 36 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=9, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** พิการทางสมอง เดินไม่ได้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- มีปัญหาในการกลั้นอุจจาระ - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - ฝึกการกลั้นปัสสาวะ - การเคลื่อนย้าย - การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** **- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน - ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการจัดท่านั่งรับประทานอาหาร การป้อนอาหาร ลักษณะอาหารที่เหมาะสม ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กลั้นอุจจาระได้ปกติ - กลั้นปัสสาวะได้ปกติ - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทิม อ่อนแก้ว **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100192111	**ที่อยู่** 95 ม.3 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2485 **(อายุ** 84 **ปี)**	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=C2 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** โรคหัวใจตีบ เดินไม่ค่อยได้ ต้องมีคนช่วยพยุง ปวดหัวเข่า **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การวัดสัญญาณชีพ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - กลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กลั้นปัสสาวะได้ปกติ - ลดความเสี่ยงจากการสำลัก ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทิ่น โรจชะยะ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100194814	**ที่อยู่** 175 ม.3 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2481 **(อายุ** 88 **ปี)**	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** เดินไม่ค่อยได้ต้องใช้สี่ขา เข่าเสื่อม กระดูกหลังเสื่อม ปวดหัวเข่า **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ - ปวดหัวเข่า	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** **- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กลั้นปัสสาวะได้ปกติ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.แย้ม เง่าซุ่น **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100700370	**ที่อยู่** 154 ม.8 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2487 (อายุ 82 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** หลงลืม กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เดินไม่ค่อยได้ **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร/ยา ที่เหมาะสม - ช่วยดูแลความสะอาดของร่างกาย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	**ระยะสั้น** - ปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ภายใน 3 เดือน - กลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กลั้นปัสสาวะได้ปกติ - ญาติและผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด หรือความรู้สึกกดดันเป็นภาระ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกิ้มพลัด ผอมทอง **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100700035	**ที่อยู่** 16 ม.11 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486 **(อายุ** 83 **ปี)**	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=83 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** หลงลืม กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เดินไม่ค่อยได้ **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 บาท **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** **- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - กลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง ภายใน 3 เดือน - ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการจัดท่านั่งรับประทานอาหาร การป้อนอาหาร ลักษณะอาหารที่เหมาะสม ภายใน 3 เดือน - ญาติและผู้ดูแลมีระดับความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระลดลง ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กลั้นปัสสาวะได้ปกติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเคลื่อม หนูรอด **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100710481	**ที่อยู่** 134 ม.8 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 02 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2478 (**อายุ** 91 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** หลงลืม กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เดินไม่ค่อยได้ **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** **- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	**ระยะสั้น** - กลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง ภายใน 3 เดือน - ทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กลั้นปัสสาวะได้ปกติ - ญาติและผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด หรือความรู้สึกกดดันเป็นภาระ - ทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะได้เองปกติ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแคล้ว พิพัฒน์ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100701732	**ที่อยู่** 35 ม.8 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2473 **(อายุ 96 ปี)**	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=83 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** หลงลืม กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เดินไม่ค่อยได้ ความดันโลหิต **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - ฝึกการกลั้นปัสสาวะ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** **- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม	**ระยะสั้น** - ญาติและผู้ดูแลมีระดับความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระลดลง ภายใน 3 เดือน - กลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กลั้นปัสสาวะได้ปกติ - ญาติและผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด หรือความรู้สึกกดดันเป็นภาระ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมร ชัยเสริฐ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3930100191980	**ที่อยู่** 2 ม.3 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 27 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2502 **(อายุ** 67 **ปี)**	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=C2 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 2 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ขาพิการข้างขวา หลงๆลืมๆ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 5,998 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ - ต้องการความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้า	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กลั้นปัสสาวะได้ปกติ - สวมใส่เสื้อผ้าเองได้ปกติ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจี ไข่นวล **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100184207	**ที่อยู่** 13 ม.2 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 (**อายุ** 86 **ปี**)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ตามองไม่ค่อยเห็น หูไม่ค่อยได้ยิน แขนขาอ่อนแรง เดินไม่ได้ **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L ค่านม	- มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันการหกล้ม **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** • การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพดีขึ้นภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ไม่มีปัญหาด้านการนอน/นอนหลับอย่างมีคุณภาพ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายชิต เกตุแดง **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100009391	**ที่อยู่** 96 ม.8 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2502 (**อายุ** 67 **ปี**)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** อัมพฤกษ์กล้ามเนื้ออ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การวัดสัญญาณชีพ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** - การบริการด้านอุปกรณ์ **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	**ระยะสั้น** - ทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน - กลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กลั้นปัสสาวะได้ปกติ - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วยและยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางหนูขาว พิทักษ์กิจ
เลขบัตรประจำตัวประชน 3930100185556</td><td>ที่อยู่ 143 ม.2 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481
(อายุ 88 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย :
กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :
รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ตาบอด ทั้ง2 ข้าง หูไม่ได้ยิน แขนขาอ่อนแรง เดินไม่ได้
โรคประจำตัว : -</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์M นม แผ่นรองซับ</td><td>- มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ
- ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
- โภชนาการ
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
• การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลด้านจิตใจ
- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- กลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- กลั้นปัสสาวะได้ปกติ
- ลุกนั่ง เดิน เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้ปกติ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ น.ส.อรทัย ทองช่วย
เลขบัตรประจำตัวประชน 1930100114156</td><td colspan="2">ที่อยู่ 126 ม.8 ต. ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 23 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2533
(อายุ 36 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย :
กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :
รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=B3
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีอาการทางสมอง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้
โรคประจำตัว : -</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td colspan="2">การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม</td><td>- ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ
- ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ
- มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ</td><td colspan="2" rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- โภชนาการ
- ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร/ยา ที่เหมาะสม
- การเคลื่อนย้าย
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การดูแลด้านจิตใจ
- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- การพลัดตกหกล้ม</td><td>ระยะสั้น
- กลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง ภายใน 3 เดือน
- รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- กลั้นปัสสาวะได้ปกติ
- ผู้ป่วยไม่หลงลืมเพิ่มขึ้น ได้รับการส่งเสริมกิจกรรมกระตุ้นสมอง การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเขียน รักดำ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3930100189802	**ที่อยู่** 70 ม.3 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 19 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2488 (**อายุ** 81 **ปี**)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** กล้ามเนื้ออ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ต้องมีคนช่วยพยุง **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การวัดสัญญาณชีพ - โภชนาการ - ให้คำแนะนำเรื่องอาหาร/ยา ที่เหมาะสม **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** **- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	**ระยะสั้น** - รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กลั้นปัสสาวะได้ปกติ - ญาติและผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด หรือความรู้สึกกดดันเป็นภาระ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเพียร โรจชะยะ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100191793	**ที่อยู่** 91 ม.3 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2480 (**อายุ** 89 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** แขนขาอ่อนแรง หูไม่ค่อยได้ยิน ตามองไม่ค่อยเห็น **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ - ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** • การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด **การดูแลด้านจิตใจ** - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	**ระยะสั้น** - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - กลั้นปัสสาวะได้ปกติ - ลุกขึ้นจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ด้วยตนเองได้ปกติ	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางกลีบ ขุนน่าน
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100192927</td><td>ที่อยู่ 132 ม.3 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2472
(อายุ 97 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย :
กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :
รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=11, TAI=B3
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : นอนติดเตียง เดินไม่ได้ พลิกตัวเองไม่ได้ ตาไม่ค่อยมองเห็น หูไม่ค่อยได้ยิน
โรคประจำตัว : -</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม</td><td>- มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ
- ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ</td><td rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การวัดสัญญาณชีพ
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การดูแลด้านจิตใจ
- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การตกเตียง
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</td><td>ระยะสั้น
- รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติและผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด หรือความรู้สึกกดดันเป็นภาระ
- ผู้ป่วยไม่เกิดความเครียด หรือความรู้สึกกดดันเป็นภาระ</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางหนูขาว ฤทธิรัตน์
เลขบัตรประจำตัวประชน 3930100194245</td><td colspan="2">ที่อยู่ 158/1 ม.2 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 01 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2488
(อายุ 81 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย :
กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :
รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=83
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 1
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กระดูกเสื่อม เดินไม่ได้ น้ำหนักตัวเยอะ เส้นเลือดขอด
โรคประจำตัว : -</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td colspan="2">การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์XL นม</td><td>- มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ
- เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม</td><td colspan="2" rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การเคลื่อนย้าย
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
• การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย
- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การดูแลด้านจิตใจ
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</td><td>ระยะสั้น
- ประเมินการทรงตัว และได้รับการฝึกออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภายใน 3 เดือน
- ลุกนั่ง เดิน เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ลุกนั่ง เดิน เคลื่อนไหวด้วยตนเองได้ปกติ
- สิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยปลอดภัย</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางลั่น ฤทธิรัตน์ **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** 3930100700558	**ที่อยู่** 19/1 ม.11 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2488 **(อายุ 81 ปี)**	**วินิจฉัย :** ***กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :*** **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=10, TAI=B3 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** สมองเสื่อม หลงๆลืมๆ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ **โรคประจำตัว :** -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม	- ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - โภชนาการ - เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้ - การเคลื่อนย้าย **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** **- การดูแลด้านจิตใจ** **- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การพลัดตกหกล้ม - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	**ระยะสั้น** - ได้รับการฝึกสมองและกระตุ้นสมองด้วยกิจกรรมบำบัด ภายใน 3 เดือน - ญาติและผู้ดูแลมีระดับความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระลดลง ภายใน 3 เดือน **ระยะยาว** - ญาติและผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด หรือความรู้สึกกดดันเป็นภาระ - ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม/ไม่เกิดการหกล้ม	
ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางเล็ก กาญจโนกาส
เลขบัตรประจำตัวประชน 3930100702780</td><td colspan="2">ที่อยู่ 46/3 ม.8 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2485
(อายุ 84 ปี)</td><td colspan="3">วินิจฉัย :
กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :
รูปแบบการประเมิน : รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=3, TAI=13
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : กลุ่ม 3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ติดเตียง ความดันโลหิตสูง เดินไม่ได้
โรคประจำตัว : -</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td colspan="2">การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,999 บาท
โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า Care Giverเดือนละ 2 ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไซส์L นม</td><td>- ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ
- มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ
- ต้องการความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำ</td><td colspan="2" rowspan="3">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- โภชนาการ
- แนะนำการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การดูแลด้านจิตใจ
- การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การตกเตียง
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</td><td>ระยะสั้น
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วยและยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค
- อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ</td><td colspan="3">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ลำปำ
เลขรับ 10
วันที่ 27 พ.ค. 69
เวลา

68

ที่ พท ๕๑๐๐๖.๐๐๔/๑๖๙

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำปำ
กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดพัทลุง

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๙

เรื่อง เสนอแผนการดูแลรายบุคคล ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนการดูแลรายบุคคล ฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำปำ ได้จัดทำเสนอแผนการดูแลรายบุคคล ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ตามนโยบายการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุสามารถป้องกัน ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ นั้น

ในการนี้ขอส่งแผนการดูแลรายบุคคล ฯ เพิ่มอีก ๑ ราย เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑ ชุด รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางรสสุคนธ์ ศรีใส)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปลวกร้อน รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำปำ

เรียน ประธานกองทุนฯ
- เสนอแผนการดูแลรายบุคคล ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑ ราย
- เสนอไปเพื่อพิจารณา
27 พ.ค. 69

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำปำ
๐-๗๔๘๒-๙๕๒๓

- เห็นควรเสนอคณะอนุกรรมการฯ พิจารณาต่อไป
27 พ.ค. 69

- เห็นควรเสนอที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.

(นายวิทยา หมื่นผ่อง)
เลขานุการองค์การบริหารส่วนตำบล

- อนุมัติตามที่เสนอ

ขอยกร่างรองนายก

(พิชัย เพชรบูลย์)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเอื้อน โรจชะยะ **เลขบัตรประจำตัวประชน** 3930100198348	**ที่อยู่** 9 ม.5 ต.ลำปำ อ.เมืองพัทลุง **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)**	**วันที่จัดทำ** 14 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479 (อายุ 90 ปี)	**วินิจฉัย :** **กลุ่มอาการผู้มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม ADL **รูปแบบการประเมิน :** รูปแบบประเมินผลคะแนน ADL : ADL=8, TAI=83 **ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง :** กลุ่ม 1 **ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :** ผู้ป่วยติดบ้าน มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง รับยาต่อเนื่อง ร.พ.พัทลุง ตาบอด แขนขาไม่ค่อยมีแรง กินได้น้อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง **โรคประจำตัว :** -	

สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	**ประเด็นปัญหา/ความต้องการ**	**การดูแล**
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 **ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน** 6,000 **บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** ค่า CG 2ชม ๆละ 50 บาท/เดือน ค่าแผ่นรองซับ ค่านม+ข้าวสาร	- ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระ - ญาติและผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย - ต้องการความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร - ต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ - ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน - มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะ - เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ	**การดูแลพยาบาลทั่วไป** - การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อจัดระเบียบ ฟื้นฟูสภาพและป้องกันอุบัติเหตุ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การดูแลความสะอาดช่องปาก - การอาบน้ำ **การดูแลพยาบาลเฉพาะ** • **การประเมิน/ คัดกรองภาวะสุขภาพ** - ประเมินภาวะโภชนาการ • **การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย** - ให้แนะนำการป้องกันภาวะซึมเศร้า • **การดูแลด้านโภชนาการ** - ส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม ดูแลการรับประทานอาหาร น้ำสะอาด **การดูแลด้านจิตใจ** - การทำสมาธิ - การฝึกหายใจ - การฟังธรรม/ทำกิจกรรมทางศาสนา **การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** - การปรับแสงสว่าง และการระบายอากาศ - เฝ้าระวังความปลอดภัยของที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงจากอุบัติเหตุ หรืออันตรายจากการลื่นตกหกล้ม การตกเตียง
ข้อควรระวังในการให้บริการ	**เป้าหมายการดูแล**	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	**ระยะสั้น** - รับประทานอาหารเองได้บ้าง และต้องมีผู้ช่วยเหลือบางส่วน ภายใน 7 วัน - ประเมินการทรงตัว และได้รับการฝึกออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภายใน 3 เดือน - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ภายใน 3 เดือน - ญาติและผู้ดูแลมีระดับความเครียด/ความรู้สึกกดดันเป็นภาระลดลง ภายใน 1 เดือน - ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ สิทธิสวัสดิการ ประเด็นข้อกฎหมายที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ภายใน 1 เดือน - กลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง ภายใน 1 เดือน **ระยะยาว** - กลั้นปัสสาวะได้ปกติ - ญาติและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการเจ็บป่วยและยอมรับแบบแผนการดำเนินไปของโรค - ผู้ดูแลจัดการการให้อาหารได้อย่างถูกต้อง - ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามชุดสิทธิประโยชน์/สิทธิทางสังคม (เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ) - ลดเหตุการณ์เสี่ยง/ไม่เกิดอุบัติเหตุ	
ผู้จัดทำ Care plan นางปลื้มจิตต์ อินทรงค์	**ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)**	