

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายธีรธร สุวรรณศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450101605952	ที่อยู่ 60 ม.8 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 13 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2502 (อายุ 64 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ไม่เกิดแผลกดทับ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ชวลลลักษณ์ ศิริแว่น	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[น.ส. ชวลลลักษณ์ ศิริแว่น]

ลงชื่อ.....(นายบุญมา สายศรี).....อปท.
[นายบุญมา สายศรี]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 15/08/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสงทุ่ง ตำบลนาง

ชื่อ นายธีรธร สุวรรณศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450101605952	ที่อยู่ 60 ม.8 หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=3, TAI=3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ไม่เกิดแผลกดทับ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลับปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พ้นผลภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
เปลี่ยนผ้าอ้อม	วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)			✓					ครอบครัว
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
การจัดทำแผนป้องกันแผลกดทับ	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✓		✓		✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วามต้นโลหิต	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)			✓					เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ภายภาพบำบัดโดยญาติ - เปลี่ยนผ้าอ้อม	ผู้จัดทำ น.ส.ชวัลลักษณ์ ศิริวัน ผู้รับผิดชอบ นางหนูจันทร์ เขียวจันทร์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดบ
---	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวสมปอง วิชาเดช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450700296311	ที่อยู่ 11 ม.9 ต.แวง อ. โพนทอง จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 16 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน เมษายน พ.ศ. 2484 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ญาติดูแลกิจวัตรประจำวันให้ทั้งหมด ไม่มีแผลกดทับ และไม่มีข้อติดแข็ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ชวลลิกษณ์ ศิริแวน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [น.ส.ชวลลิกษณ์ ศิริแวน]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [นายบุญมา สายศรี]
 นายกเทศมนตรีตำบล

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสงทุ่ง ตำบลแว้ง

ชื่อ นางสาวปออง วิชาเศษ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450700296311	ที่อยู่ 11 ม.9 ต.แวง อ. โพนทอง จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 16 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=D, TAI=I3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ญาติดูแลกิจวัตรประจำวันให้ทั้งหมด ไม่มีผลกดทับและไม่มีข้อติดแข็ง
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) -	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)

กิจกรรม	กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal
	ความถี่ จ. อ. พ พฤ ศ ส อ ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง ✓ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
จัดทำแผนป้องกันแผลกดทับ	เดือนละ 2 ครั้ง ✓ ✓ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 2 ครั้ง ✓ ✓ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 2 ครั้ง ✓ ✓ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - รับประทานยา - ดูแลเตรียมให้ยาโดย Caregiver - ออกกำลังกาย - เปลี่ยนผ้าอ้อม - สวดมนต์	ผู้จัดทำ น.ส.จวีลลักษณ์ ศิริवंน ผู้รับผิดชอบ นางนิตยา ปะวะโค ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที่/สัปดาห์ ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป
---	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ค.ญ.ปิยธิดา ตาลเลี่ยม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1200901513527	ที่อยู่ 9 ม. 8 อ. โพนทอง จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 16 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 30 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2551 (อายุ 15 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยพิการทางด้านร่างกายและสมองมาแต่กำเนิด ญาติปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,312 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ระวังอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 12 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan ขวัญลักษณ์ ศิริแวน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....*Carl*.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [น.ส. ชลลลักษณ์ ศิริแวน]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าทางการเงิน
 [.....]

ลงชื่อ.....*นายบุญมา สายศรี*.....อปท.
 [.....]
 (นายบุญมา สายศรี)
 นายกเทศมนตรีตำบล

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสงทุ่ง ตำบลแว้ง

ชื่อ ต.ญ.ปิยธิดา ตาลเลียม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1200901513527	ที่อยู่ 9 ม. 8 อ. โพนทอง จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 16 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 วัณณณ : ADL=0, TAI=13 ผู้สูงอายุกะพ้ังพ้ังกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยพิการทางด้ำนร่างกายและสมองมาแต่กำเนิด ญาคติปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ญาคติ - อยาคให้มีคนช่วยเหลือดูแลสลับเปลี่ยน	นโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาคติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สาลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบ้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 12 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 12 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ป้อนอาหาร	วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)	✓				✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ป้องกันภาวะแทรกซ้อน	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้า กลางวัน และเย็นโดย ญาคติ - เปลี่ยนผ้าอ้อม	ผู้จัดทำ ขวรสักษณ์ ศิริวัน ผู้รับผิดชอบ นางอ่อนศรี สิมหลวง ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาคติ) วดบ 2) (ผู้ป่วย/ญาคติ) วดบ
---	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจันทร์ คงศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450700295896	ที่อยู่ 6 ม.9 ต.แวง อ.โพธิ์ทอง จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 09 เดือน มกราคม พ.ศ. 2473 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ชวัลลักษณ์ ศิริแวน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[น.ส.ชวัลลักษณ์ ศิริแวน]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[(นายบุญมา สายศรี)]

นายกเทศมนตรีตำบล

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 22/08/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสงทุ่ง ตำบลแวง

ชื่อ นางจันทร์ คงศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450700295896	ที่อยู่ 6 ม.9 ต.แวง อ.โพธิ์ทอง จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดเปลี่ยน	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วย	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การนัดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง					✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	เดือนละ 1 ครั้ง						✓		เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - เปลี่ยนผ้าอ้อม - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารกลางวัน และเย็นโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดย Caregiver	ผู้จัดทำ น.ส.ชวัลลักษณ์ ศิริแวน ผู้รับผิดชอบ นางนิตยา ปะวะโค ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาท/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) รวบ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) รวบ
---	--

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเอี่ยม ครอบแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5320190018915	ที่อยู่ 181 ม.8 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2485 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ญาติดูแลกิจวัตรประจำวันให้ แขนขาสองข้างอ่อนแรง กลืนอาหารเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ชี้ ระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ชวัลลักษณ์ ศิริวัน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[น.ส. ชวัลลักษณ์ ศิริวัน]

ลงชื่อ.....อปท.
[(นายบุญมา สายศรี)]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

นายกเทศมนตรีตำบลหว

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/66 วันที่ 15/08/66

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสงทุ่ง ตำบลแว้ง

ชื่อ นางเอี่ยม ครอบแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5320190018915	ที่อยู่ 181 ม.8 หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ญาติดูแลกิจวัตรประจำวันให้ แขนขาสองข้างอ่อนแรง กลืนอาหารเองได้
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่ไม่ถูกทอดทิ้ง ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนๆ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลับปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ฟันพลูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน	บริการนอกเหนือรายลับคำ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว			✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI I1 – I3 C2 – C4 B3 – B5	ทำครั้งเดียว			✓					เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ป้องกันภาวะแทรกซ้อน	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✓	✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✓	✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✓	✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การจัดทำแผนป้องกันปัสสาวะรดก	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✓	✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✓	✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดชีพจร	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✓	✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดอุณหภูมิ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✓	✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - เปลี่ยนผ้าอ้อม - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดยญาติ	ผู้จัดทำ น.ส.ชวัลลักษณ์ สิริแว่น ผู้รับผิดชอบ นางหนูจันทร์ เขียวขันธ์ ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาท/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์ 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วัตถุประสงค์
---	---

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีความพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหนูแก้ว สารพัฒน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450700292757	ที่อยู่ 113 ม.12 ต.บาง อ.โพธิ์ทอง จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 13 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2475 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
งกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ชวลลิกชน ศิริแว่น	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [น.ส.ชวลลิกชน ศิริแว่น]

ลงชื่อ.....อปท.
 [นายบุญมา สายศรี]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายไพศาล ประจันตะเสน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1450790006507	ที่อยู่ 75 ม.8 ต.แวง อ. โพนทอง จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 17 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2528 (อายุ 38 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ญาติดูแลกิจวัตรประจำวันให้ แขนขาสองข้างอ่อนแรง กลืนอาหารเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 12 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 12 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ชวัลลักษณ์ ศิริวัน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ นางสาว ชวัลลักษณ์ ศิริวัน ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ นายบุญมา สายศรี อบท.
[นายกเทศมนตรีตำบลแวง]

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสงทุ่ง ตำบลแว้ง

ชื่อ นายไพศาล ประจันตะเสน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1450790006507	ที่อยู่ 75 ม.8 ต.แนว อ. โพนทอง จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=3, TAI=I3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ญาติดูแลกิจวัตรประจำวันให้ แขนขาสองข้างอ่อนแรง กลืนอาหารเองได้
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 12 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซักถ่ายเองได้ ภายใน 12 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 12 เดือน	บริการนอกเหนือรายค่าบริการ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal		
กิจกรรม	ความถี่	ผู้รับผิดชอบ
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 1 ครั้ง	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
วัดสัญญาณชีพ	เดือนละ 1 ครั้ง	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
โลชั่น /น้ำมันมะกอก หรือผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ	เดือนละ 2 ครั้ง	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ตัดเล็บ	เดือนละ 1 ครั้ง	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	เดือนละ 2 ครั้ง	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะโภชนาการ	เดือนละ 1 ครั้ง	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินความก้าวหน้า	เดือนละ 1 ครั้ง	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - กายภาพบำบัดโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ	ผู้จัดทำ น.ส.ชวลลิกษณ์ ศิริแว่น ผู้รับผิดชอบ นางพวงจันทร์ เยาวจันทร์ ระหว่างเวลา caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วตป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วตป	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายทองทรัพย์ พลเยี่ยม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450700298844	ที่อยู่ 48 ม.9 ต.แวง อ. โพนทอง จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 16 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2486 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ ญาติดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ ญาติดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี.....มต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ชวัลลักษณ์ ศิริแวน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [น.ส.ชวัลลักษณ์ ศิริแวน]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [นายบุญมา สายศรี]
 นายกเทศมนตรีตำบลแวง

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/64 วันที่ 16/08/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสงทุ่ง ตำบลแวง

ชื่อ นายทองทรัพย์ พลเยี่ยม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450700298844	ที่อยู่ 48 ม.9 ต.แวง อ. โพนทอง จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 16 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ ญาติดูแลปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้																																																																																
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ญาติ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ																																																																																
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ฟันหลุดภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) บริการอื่นๆ - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม																																																																																
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal <table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>ความถี่</th> <th>จ.</th> <th>อ.</th> <th>พ</th> <th>พญ</th> <th>ศ</th> <th>ส</th> <th>อ</th> <th>ผู้รับผิดชอบ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ตัดเล็บ</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ</td> <td>เดือนละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>พยาบาล</td> </tr> <tr> <td>การนวดกระตุ้นการไหลเวียน</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ทำความสะอาดพื้นนอน/บริเวณบ้าน</td> <td>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>สระผม</td> <td>วันเว้นวัน</td> <td>✓</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> <tr> <td>ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)</td> <td>ทำครั้งเดียว</td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</td> </tr> </tbody> </table>			กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ	ตัดเล็บ	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล	การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ทำความสะอาดพื้นนอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	สระผม	วันเว้นวัน	✓		✓		✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	ทำครั้งเดียว	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)	ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ																																																																									
ตัดเล็บ	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																									
ดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล																																																																									
การนวดกระตุ้นการไหลเวียน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง						✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																									
ทำความสะอาดพื้นนอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																									
สระผม	วันเว้นวัน	✓		✓		✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																									
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	ทำครั้งเดียว	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																									
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	ทำครั้งเดียว	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)																																																																									
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย Caregiver - รับประทานยา - กายภาพบำบัดโดยญาติ - ดื่มนอน - ล้างหน้า	ผู้จัดทำ น.ส.ชวลลิกษณ์ ศิริวัฒน์ ผู้รับผิดชอบ นางนิตยา ปะระโค ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป																																																																																	