

- สำนักปลัด สป.ส.(อ.ป.)
- กองอำนวยการ
- กองช่าง
- กองสวัสดิการสังคม
- กองการศึกษาฯ

องค์การบริหารส่วนตำบลดงหม้อทองใต้
เลขที่รับ..... 0378
วันที่..... 20 ก.พ. 2566
เวลา..... 14.00 น.



ที่สน ๕๑๐๐๖.๗๒/๑๖

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงหม้อทอง
ต.ดงหม้อทองใต้ อ.บ้านม่วง จ.สกลนคร ๔๗๑๔๐

๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขอรับสนับสนุนงบประมาณโครงการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ
เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลดงหม้อทองใต้

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการขอรับสนับสนุนงบประมาณ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงหม้อทอง ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร ได้จัดทำข้อตกลงการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบลดงหม้อทองใต้ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงหม้อทอง โดยทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันสนับสนุนและส่งเสริมการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑ ให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(caregiver) ปฏิบัติงานตามข้อตกลง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงหม้อทอง ตำบลดงหม้อทองใต้ ขอรับสนับสนุนงบประมาณ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จำนวน ๑๖๒,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นสองพันบาทถ้วน) ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางชลธิญา ยังแสนภู)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงหม้อทอง

กองทุนหลักประกันสุขภาพ
ตำบลดงหม้อทองใต้
เลขที่รับ..... 05
วันที่..... 20 ก.พ. 2566
เวลา..... 14.00 น.

กลุ่มงานบริหารทั่วไป
โทรศัพท์ ๐๖๑-๕๔๖-๕๐๙๐

โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงหม้อทอง อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๑. หลักการและเหตุผล

โดยที่ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุน
ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๑๑ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่
มีภาวะพึ่งพิงตามข้อ ๗ วรรค ๒ ให้สนับสนุนแก่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการหรือ
สถานบริการเพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคล
อื่นที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไปตามชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ
บุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๒ แบนท้ายประกาศ โดยจะต่อขอความเห็นชอบจาก
คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่
มีภาวะพึ่งพิง ตามข้อ ๑๙ ก่อนจึงจำเป็นต้องเสนอโครงการเพื่อจัดการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงดังกล่าว

จากการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหม้อทอง ได้คัดเลือก
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการได้รับการดูแลในพื้นที่ ดังนี้

๑. กลุ่มที่ ๑ จำนวน ๒๐ คน ค่าบริการการดูแลระยะยาว	๑๒๐,๐๐๐	บาท
๒. กลุ่มที่ ๒ จำนวน ๒ คน ค่าบริการการดูแลระยะยาว	๑๒,๐๐๐	บาท
๓. กลุ่มที่ ๓ จำนวน ๔ คน ค่าบริการการดูแลระยะยาว	๒๔,๐๐๐	บาท
๔. กลุ่มที่ ๔ จำนวน ๑ คน ค่าบริการการดูแลระยะยาว	๖,๐๐๐	บาท

๒. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้าน
สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยหน่วยบริการ สถานบริการ โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง (care giver)

๓. กลุ่มเป้าหมาย

(๑) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

(๒) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสนทางสมอง และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย

(๓) กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง

(๔) กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

ทั้งนี้ จำนวนคนของแต่ละกลุ่มเป็นไปตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง (care plan) ที่แนบมาพร้อมนี้

(๔). ระยะเวลา

๓ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(๕). วิธีดำเนินการ

เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราการชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เหมาจ่าย/ราย/ปี) ที่แนบมาพร้อมนี้

(๖). งบประมาณดำเนินการ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้เปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) ชื่อบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลดงหม้อทองใต้ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยลักษณะเหมาจ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (care plan) ที่แนบมาพร้อมนี้ เป็นจำนวนเงิน ๑๖๒,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนสามหมื่นแปดพันบาทถ้วน) ดังรายการต่อไปนี้

๑. ค่าตอบแทนการบริการของ caregiver จำนวน ๕ คน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๙๐,๐๐๐ บาท
๒. จัดซื้อวัสดุการแพทย์และเวชภัณฑ์การแพทย์เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นเงิน ๗๒,๐๐๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งหมด ๑๖๒,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นสองพันบาทถ้วน)

(๗). ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นการให้บริการในครัวเรือน หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชนหรือที่หน่วยบริการ สถานบริการ โดยบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(๘). การส่งมอบผลงาน

ส่งมอบสรุปผลสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมบริการ ชุดสิทธิประโยชน์ ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล ตามแบบที่แนบมาพร้อมนี้

(๙). หน่วยงานที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงหม้อทอง

(๑๐). ผู้รับผิดชอบโครงการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงหม้อทอง



(นางสาวพัชรี ชนุน)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้เขียนโครงการ

ลงชื่อ



(นางชลธิญา ยังแสนภู)

ผู้เสนอโครงการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงหม้อทอง

**แบบฟอร์มข้อเสนอการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
และการกำหนดอัตราขาดเขตค่าบริการตามสิทธิประโยชน์ แบบท้ายประกาศกองทุนฯ อปท. ปี ๒๕๖๖**

ส่วนที่ ๑ ข้อเสนอ

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้วยกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงหม้อทอง อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลดงหม้อทองได้ โดยขอรับการสนับสนุนเพื่อค่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศกรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ (อัตราขาดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๑๖๒,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นสองพันบาทถ้วน) รายละเอียดดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑		กลุ่มที่ ๒		กลุ่มที่ ๓		กลุ่มที่ ๔			
ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง		ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือขับถ่าย รวมถึงมีภาวะสับสนทางสมอง		ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรืออาการเจ็บป่วยรุนแรง		ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	งบ ประมาณ (บาท)	จำนวน (คน)	งบ ประมาณ (บาท)	จำนวน (คน)	งบ ประมาณ (บาท)	จำนวน (คน)	งบ ประมาณ (บาท)	จำนวน (คน)	งบ ประมาณ (บาท)
๒๐	๑๒๐,๐๐๐	๒	๑๒,๐๐๐	๔	๒๔,๐๐๐	๑	๖,๐๐๐	๒๗	๑๖๒,๐๐๐

ระยะเวลาในการดำเนินการ ๑ ปี

ทั้งนี้ได้แนบแผนการดูแลรายบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ลงชื่อ.....*Patma*.....ผู้จัดทำข้อเสนอ

(นางสาวพัชรี ชนน)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 ชื่อหน่วยบริการหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงหม้อทอง ชื่อ อบต.ดงหม้อทองใต้ อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร

		จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่ม ตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข									
ประเภท	ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	เลขที่บัตรประชาชน	ที่อยู่	การวินิจฉัย	ADL	กลุ่ม	TAI	งบประมาณ ที่ขอ	งบประมาณ สนับสนุน	
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	กลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะเสี่ยงทางสมอง										
		๑	นางหนู ม่วงสุราษฎร์	๓๕๗๑๐๐๐๔๕๐๔๙๑	๑๑ หมู่ ๔	DM, HT, ชรา	๖	๑	B๓	๖,๐๐๐	✓
		๒	นางหนู ไพเรืองโสม	๓๕๗๑๐๐๐๔๕๐๗๖๕๐	๕๓ หมู่ ๖	DM, HT, กล้ามเนื้อขา ๒ ข้างอ่อนแรง	๖	๑	B๓	๖,๐๐๐	✓
		๓	นายกา ฤชฌนาการ	๓๕๗๑๐๐๐๔๕๐๔๕๖๑	๙๔ หมู่ ๙	Old stroke, อ่อนแรงครึ่งซีก	๖	๑	B๓	๖,๐๐๐	✓
		๔	นายคำมอณ พงบรรเทา	๓๕๗๑๐๐๐๔๕๐๒๗๕๗	๑๗๖ หมู่ ๒	Old stroke, อ่อนแรงซีกขวา	๔	๑	B๓	๖,๐๐๐	✓
		๕	นางทองสา สวัสดิ์เอื้อ	๓๕๗๑๐๐๐๔๕๐๑๙๑๑	๑๒๙ หมู่ ๖	HT, Heart	๖	๑	B๓	๖,๐๐๐	✓
		๖	นางบัวพพา วาระทัน	๓๕๗๑๐๐๐๔๕๐๐๐๘๖	๖๔ หมู่ ๘	พิการด้านการเคลื่อนไหว (ขาซ้ายอ่อนแรง)	๖	๑	B๓	๖,๐๐๐	✓
		๗	นางบัวสา พะโคตี	๕๕๑๑๑๙๐๐๐๗๗๗๘๖	๒๓๑ หมู่ ๔	กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง, HT, มีแผลเรื้อรังที่ก้นซ้าย	๖	๑	B๓	๖,๐๐๐	✓
		๘	นางทองน พรมสอน	๓๕๑๑๖๖๐๐๒๙๒๗๖๓	๗ หมู่ ๒	พิการด้านการมองเห็น	๖	๑	B๓	๖,๐๐๐	✓
		๙	นางวรรณ ไกรพิมาย	๓๓๐๑๖๖๐๐๑๕๕๓๕๑	๕๙ หมู่ ๔	ข้อเข่าเสื่อม, HT	๖	๑	B๓	๖,๐๐๐	✓
		๑๐	นายไศริ นิงวง	๓๕๑๑๕๐๐๑๒๓๗๖๖	๒๘ หมู่ ๒	พิการด้านการมองเห็น	๑๐	๑	B๓	๖,๐๐๐	✓
		๑๑	นายทลือ จงจอหอ	๓๕๗๑๐๐๐๘๗๓๖๓๘	๑๐๗ หมู่ ๗	ชรา, ตาบอด	๑๐	๑	B๓	๖,๐๐๐	✓
	๑๒	นางจันทร์ พศไทรง	๓๓๐๑๕๐๑๑๕๕๑๑๖	๑๒๒ หมู่ ๔	เดินลำบาก	๖	๑	B๓	๖,๐๐๐	✓	

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่ม ตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข

ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	เลขที่บัตรประชาชน	ที่อยู่	การวินิจฉัย	ADL	กลุ่ม	TAI	งบประมาณที่ขอสนับสนุน
----------------------------------	----------	-----------	-------------------	---------	-------------	-----	-------	-----	-----------------------

กลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะเสี่ยงทางสมอง

	๑๓	นางสนุก พรหมอ่อน	๓๕๗๐๕๐๐๒๕๘๐๙๕	๘๖ หมู่ ๔	กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง	๙	๑	B๓	๖,๐๐๐
	๑๔	นางต้อยติง พะโคตี	๕๕๑๑๑๙๐๐๐๗๗๙๕	๑๒๗ หมู่ ๔	กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง	๖	๑	B๓	๖,๐๐๐
	๑๕	นายสมร พงษ์พรหาร	๓๕๗๑๐๐๐๔๑๖๑๐๑	๕๙ หมู่ ๒	DM, HT, เดินลำบาก	๖	๑	B๓	๖,๐๐๐
	๑๖	นายสร้อย พงษ์พรหาร	๓๕๗๑๐๐๐๔๐๒๗๓๙	๑๑๓ หมู่ ๒	Stroke, อ่อนแรงแขนขาและลำตัวซีกซ้าย	๖	๑	B๓	๖,๐๐๐
	๑๗	นางอ่อมตา นรบุตร	๓๕๗๑๐๐๐๓๕๖๒๒๗	๖๙ หมู่ ๒	HT, กล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างอ่อนแรง	๖	๑	B๓	๖,๐๐๐
	๑๘	นายหนูพร อามาตมนตรี	๓๕๗๑๐๐๐๔๑๑๗๖๒	๕๕ หมู่ ๘	Stroke, อ่อนแรงซีกซ้าย	๖	๑	B๓	๖,๐๐๐
	๑๙	นางแพงตาทานาศรี	๓๕๑๑๒๐๐๒๙๗๘๘๒	๕๗ หมู่ ๔	HT, CKD stage๓b, กล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างอ่อนแรง	๕	๑	B๓	๖,๐๐๐
	๒๐	นายเตชามทิพันธ์	๓๕๗๑๐๐๐๔๐๒๒๘๓	๑๖ หมู่ ๒	พิการด้านการเคลื่อนไหว	๖	๑	B๓	๖,๐๐๐

รวมทั้งหมด จำนวน ๒๐ คน

กลุ่ม ๒ ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย รวมถึงมีภาวะเสี่ยงทางสมอง

	๑	นางยุ้น อินสาคร	๓๕๗๑๐๐๐๔๑๕๐๒๔	๓๒ หมู่ ๖	DM, HT, หลงลืม	๖	๒	C๔	๖,๐๐๐
	๒	นางผู้ เสนาภิก	๓๕๓๐๕๐๐๑๑๑๕๗๙	๙๖ หมู่ ๔	หลงลืม, เดินลำบาก	๖	๒	C๓	๖,๐๐๐

รวมทั้งหมด จำนวน ๒ คน

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่ม ตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข										
ประเภท	ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	เลขทะเบียนประชาชน	ที่อยู่	การวินิจฉัย	ADL	กลุ่ม	TAI	งบประมาณ ที่ขอ สนับสนุน	
ผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง	กลุ่มที่ ๓ ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรืออาการเจ็บป่วยรุนแรง	๑	นางสุก ระคาฤทธิ /	๓๔๗๑๐๐๓๔๘๓๑๖	๑๓๕ หมู่ ๖	DM, ชรา	๓	๓	๒	๖,๐๐๐
		๒	นายบุญดี ตาดี /	๓๔๗๑๐๐๐๖๖๘๒๖๘	๑๑๖ หมู่ ๙	ชรา, พิกการ	๔	๓	๒	๖,๐๐๐
		๓	ด.ช.ธีรภัทร์ แก้วพิลา /	๑๔๗๔๔๐๐๙๒๔๘๓๐	๑๘๑ หมู่ ๔	พิกการทางสติปัญญาและ เคลื่อนไหว	๔	๓	๓	๖,๐๐๐
		๔	นางน้อม หันประดิษฐ์ /	๓๔๗๑๐๐๓๔๘๑๖๒	๑๐๓ หมู่ ๖	ชรา, กล้ามเนื้อขาทั้งสองข้าง อ่อนแรง	๔	๓	๓	๖,๐๐๐
รวมทั้งหมด จำนวน ๔ คน										
กลุ่มที่ ๔ ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต	๑	นายสมาน วรณสา	๓๔๑๐๔๐๑๒๒๔๑๔๘	๒๗๙ หมู่ ๙	HT, Old TB, ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	๔	๔	๒	๖,๐๐๐	
										รวมทั้งหมด จำนวน ๑ คน
รวมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งหมด จำนวน ๒๗ คน										

หมายเหตุ : ผู้ประสานงานผู้สูงอายุ นางสาวพัชรี ขมนู โทร ๐๙๓-๙๖๕๘๒๑๗

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

<p>ชื่อ นางหนู ม่วงสุราษฎร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471000440991</p>	<p>ที่อยู่ 11 หมู่ 04 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 08 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2493 (อายุ 73 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : DM,HT,ชรา</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,400 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กางเกงผ้าอ้อมสำเร็จรูป Size XL</p>	<p>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<p>- การกินอาหาร/สลักอาหาร ผลิตตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>	<p>ระยะสั้น - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับความรู้และอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p> <p>ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p>	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - สมอง (Brain)</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การบริการด้านอุปกรณ์</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

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

<p>ชื่อ นางน้อม หันประดิษฐ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471000398162</p>	<p>ที่อยู่ 103 หมู่ 06 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2478 (อายุ 88 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ชรา, กล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างอ่อนแรง</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป size L , แผ่นรองซับการซับถ่าย</p>	<p>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p>
<p>- การกินอาหาร/สลักอาหาร ผลิตตกหล่น - ขอดัด/ซื้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p>	<p>ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p> <p>ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p>	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหนู ไพเรืองโสม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471000407650	ที่อยู่ 53 หมู่ 06 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2471 (อายุ 95 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : DM,HT, กล้ามเนื้อขา 2 ข้างอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป Size XL	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การกินอาหาร/สลักอาหาร ผลิตตกหล่น - รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท້อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายกา กฤษณาการ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471000404561	ที่อยู่ 94 หมู่ 9 ตำบลตงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2499 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : Old stroke, อ่อนแรงครึ่งซีก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป size L	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral)
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา - บอกรักษาภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สลักอาหาร	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

<p>ชื่อ นายคำมอน พึ่งบรรเทาญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471000402747</p>	<p>ที่อยู่ 176 หมู่ 02 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492 (อายุ 74 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : old stroke ,อ่อนแรงซีกขวา</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมกางเกงสำเร็จรูป size L</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลืนปัสสาวะไม่ได้ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p>
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ติด/ข้อเท้าตก - รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

<p>ชื่อ นางทองสา สวัดเอื้อ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471000401911</p>	<p>ที่อยู่ 129 หมู่ 06 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 05 เดือน กันยายน พ.ศ. 2483 (อายุ 83 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : HT, Heart , กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป Size XL</p>	<p>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<p>- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/ การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p>	<p>ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p>	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ราย/ปี)

ชื่อ นางบัวพา วาระทัน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471000400086	ที่อยู่ 64 หมู่ 08 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2493 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิจารณาการเคลื่อนไหว (ขาซ้าย) , กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป Size L	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ติดเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - บกพร่องภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ ตัวเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นางบัวสา พะโคคี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5411190007786</p>	<p>ที่อยู่ 231 หมู่ 04 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2500 (อายุ 66 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ,HT ,มีแผลเรื้อรังที่กันซ้าย</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป Size XL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ <p>รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์</p>	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 2 เดือน - แผลหาย ภายใน 3 เดือน - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทอง พรหมสอน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3410600292763	ที่อยู่ 7 หมู่ 02 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 15 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2490 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิจารณาการมองเห็น ,กลั้นปัสสาวะไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ Size L	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

<p>ชื่อ นางวรรณ โกรพิมาย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301600155351</p>	<p>ที่อยู่ 59 หมู่ 04 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 04 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2490 (อายุ 76 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิจารณาการเคลื่อนไหว, ข้อเข่าเสื่อม, HT</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูปผู้ใหญ่ size XL</p>	<p>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ความสามารถในการมองเห็น</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p>
<p>รพลดตกหล่น - ขอดูด/ข้อเท้าตก - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>	<p>ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน</p> <p>ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ขนุน</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายไส รินวง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3410500123706	ที่อยู่ 28 หมู่ 02 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2485 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- พิจารณาการมองเห็น	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา สาเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - บอกรักษาภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอายุเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายหล่อ จงจ้อหอ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470800873638	ที่อยู่ 107 หมู่ 04 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2493 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ชรา, ตาบอด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/เตียง/ราย/ปี)

ชื่อ นางจันทร์ พัดไธสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301501054106	ที่อยู่ 122 หมู่ 04 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เดินลำบาก , กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมกางเกงสำเร็จรูป size L	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
ผลัดตกหนัก - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวนุก พรหมอ่อน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3470400248094	ที่อยู่ 86 หมู่ 04 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 09 เดือน กันยายน พ.ศ. 2501 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะเวลา - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ น.ส.ด้อยดี พะโคตี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5411190007794	ที่อยู่ 127 หมู่ 04 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2517 (อายุ 49 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง , ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป size L , แผ่นรองซับการขับถ่าย	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- ข้อติด/ข้อเท้าตก กระทบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การปรับประตันทยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

<p>ชื่อ นายสมร พึ่งบรรหาร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471000416101</p>	<p>ที่อยู่ 59 หมู่ 02 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -</p>	<p>วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 09 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2482 (อายุ 84 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : DM,HT เดินลำบาก</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป size L</p>	<p>- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยารักษา - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>เป้าหมายการดูแล</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ 	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นายสร้อย พึ่งบรรหาณู เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471000402739</p>	<p>ที่อยู่ 113 หมู่ 02 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2499 (อายุ 67 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : Stroke ,อ่อนแรงแขนขาและลำตัวซีกซ้าย</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอ้อมสำเร็จรูป size L</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีความอ่อนแรง ของกำลัมือแขน ขา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ 	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

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

<p>ชื่อ นางอ่อนดา นรบุตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471000395627</p>	<p>ที่อยู่ 69 หมู่ 02 ตำบลตงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2482 (อายุ 84 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : HT, เดินลำบาก, กล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างอ่อนแรง</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป size M</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 3 เดือน - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม 	
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ขนุน</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสำหรับผู้ที่มิภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นายหนูพร อามาตมนตรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471000411762</p>	<p>ที่อยู่ 55 หมู่ 08 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2501 (อายุ 65 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : stroke ,อ่อนแรงซีกซ้าย เดินได้ด้วยไม้เท้า 1 คู่ โดยต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป size L</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - เปร็ดตกหกกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ขนุน</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซย์ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นางแพงดา ทานาศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3411200297882</p>	<p>ที่อยู่ 57 หมู่ 04 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2507 (อายุ 59 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : HT ,CKD stage 3b , กล้ามเนื้อขาทั้งสองข้างอ่อนแรง</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป size XL, แผ่นรองขับการขับถ่าย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ข้อติด/ข้อเท้าตก - รพลดตกหักล้ม - บองกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 2 เดือน - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ 	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเดชา มหิพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471000402283	ที่อยู่ 16 หมู่ 02 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 06 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2519 (อายุ 47 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พิกัดด้านการเคลื่อนไหว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป size L	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
ติด/ข้อเท้าตก - ปรอทวัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางยุ้ย อินสาคร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471000415024	ที่อยู่ 32 หมู่ 06 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 12 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2483 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความจำเสื่อม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอ้อมสำเร็จรูป size L	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain)
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การหลงทาง - รพลัดตกหกล้ม - ...เรได้รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นางผุ เสนากิจ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3430400111579</p>	<p>ที่อยู่ 96 หมู่ 04 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565</p>
<p>เกิดวันที่ 20 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2477 (อายุ 89 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หลงลืม ,เดินลำบาก, กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กางเกงผ้าอ้อมสำเร็จรูป Size L</p>	<p>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	<p>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>- การพลัดตกหกล้ม - ติดเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร</p>	<p>ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว ระดาฤทธิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471000398316	ที่อยู่ 135 หมู่ 06 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2483 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : DM ,ชรา ติดเตียง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป Size M รถเข็นผู้ป่วย	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะเวลา - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ขนน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุตตี ตาดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471000468268	ที่อยู่ 116 หมู่ 09 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2483 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ชรา, พิการ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป Size L	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	- การจัดส่งสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตลก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน ระยะเวลา - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ขนุน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมาน วรรณสา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3410401224148	ที่อยู่ 279 หมู่ 09 ตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอ บ้านม่วง จังหวัดสกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 16 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 12 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2489 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : HT , old TM , ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป size M ,แผ่นรองขับการขับถ่าย	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - ซ้อมติด/ซ้อมเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พัชรี ชนุน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

รายละเอียดโครงการ รหัสโครงการ: 128320

หน่วยจัดบริการ*

รพ.สต.บ้านดงหม้อทอง

วันที่บันทึกโครงการ

17/03/2566

วันที่อนุมัติ LTC อนุมัติ

17/03/2566

วันที่เริ่มต้นโครงการ*

17/03/2566

วันที่สิ้นสุดโครงการ

16/03/2567

รายละเอียดรายบุคคลที่เสนอทำ Care Plan

+ เพิ่มเงินไขการจ่าย

วงเงินที่นำมาพิจารณาอนุมัติ
126,000.00 บาท

วงเงินรวมอนุมัติรายบุคคล
126,000.00 บาท

งวดการจ่าย 1 126000.00 บาท สบรายการ

#	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ-สกุล	สิทธิ์	อายุ	ADI	กลุ่ม	TAI	เงินอนุมัติรายบุคคล	หมายเหตุ
1	3471000407650	นางหนู ไพเรืองโสม	WEL	หญิง : 95 ปี	8	1	B3	6000.00	ลบ
2	3471000400086	นางบัวพา วาระหัน	WEL	หญิง : 73 ปี	10	1	B3	6000.00	ลบ
3	3471000404561	นายกา กฤษณาการ	WEL	ชาย : 67 ปี	11	1	B3	6000.00	ลบ
4	3471000401911	นางทองสา สวัสดิ์เอื้อ	WEL	หญิง : 82 ปี	6	1	B3	6000.00	ลบ
5	3301600155351	นางวรรณ โกรพิมาย	WEL	หญิง : 75 ปี	9	1	B3	6000.00	ลบ
6	3470800873638	นายหล่อ จงจ่อหอ	WEL	ชาย : 72 ปี	10	1	B3	6000.00	ลบ
7	3301501054106	นางจันทร์ พัดไธสง	WEL	หญิง : 85 ปี	6	1	B3	6000.00	ลบ
8	3471000395627	นางอ่อนตา นรบุตร	WEL	หญิง : 84 ปี	6	1	B3	6000.00	ลบ
9	3410500123706	นายใส รินวง	WEL	ชาย : 80 ปี	10	1	B3	6000.00	ลบ
10	3410600292763	นางทอง พรหมสอน	WEL	หญิง : 75 ปี	10	1	B3	6000.00	ลบ
11	3471000402283	นายเดชา มหิพันธ์	WEL	ชาย : 47 ปี	6	1	B3	6000.00	ลบ
12	3471000415024	นางยุ้น อินสาคร	WEL	หญิง : 83 ปี	8	2	C4	6000.00	ลบ
13	3430400111579	นางผู้ เสนากิจ	WEL	หญิง : 88 ปี	6	2	C3	6000.00	ลบ
14	1479900924830	ด.ช.ธีรภัทร์ แก้วพิลา	WEL	ชาย : 13 ปี	4	3	I3	6000.00	ลบ
15	3471000398316	นางสุก ระดาฤทธิ์	WEL	หญิง : 83 ปี	3	3	I3	6000.00	ลบ
16	3471000468268	นายบุตดี ตาดี	WEL	ชาย : 82 ปี	4	3	I3	6000.00	ลบ

#	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ-สกุล	สิทธิ์	อายุ	ADI	กลุ่ม	TAI	เงินอนุมัติรายบุคคล	หมายเหตุ	
17	3471000398162	นางน้อม หันประดิษฐ์	WEL	หญิง : 88 ปี	4	3	I3	<u>6000.00</u>		ลบ
18	3471000402739	นายสร้อย พึ่งบรรหาญ	WEL	ชาย : 67 ปี	6	1	B3	<u>6000.00</u>		ลบ
19	3471000411762	นายหุพร อามาตมนตรี	WEL	ชาย : 65 ปี	6	1	B3	<u>6000.00</u>		ลบ
20	3411200297882	นางแพงดา ทานาศรี	WEL	หญิง : 59 ปี	5	1	B3	<u>6000.00</u>		ลบ
21	3410401224148	นายสมาน วรรณสา	WEL	ชาย : 76 ปี	4	4	I1	<u>6000.00</u>		ลบ

🏠 กลับหน้าหลัก

ฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
องค์การบริหารส่วนตำบลดงหม้อทองใต้ อำเภอบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร
ประจำปี ๒๕๖๖

ที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	อายุ	หมายเหตุ
๑	นายเสถียร เพ็ญวงศ์	ม.๗	๖๘	
๒	นางนาง เทียบศรี	ม.๕	๘๒	
๓	นางสุข เยาวะนิตย์	ม.๓	๙๐	
๔	นางเสริม พลวาปี	ม.๗	๖๙	
๕	นางทา ว่องไว	ม.๑	๘๕	
๖	นางสำ ศรีซัดเค้า	ม.๑๐	๗๘	
๗	นายพูล พรหมชาติ	ม.๕	๘๙	
๘	นางบุญ เกตุศิริ	ม.๕	๘๔	
๙	นางเถย พรหมนาม	ม.๑	๗๘	
๑๐	นางเข็ม อุดมุล	ม.๗	๘๓	
๑๑	นางกุล สุขบุญ	ม.๓	๘๕	
๑๒	นางเล้ย หาดไชยเก็ง	ม.๑	๘๙	
๑๓	นายจันทร์ สาระฤทธิ์	ม.๑	๘๒	
๑๔	นางสี สาระฤทธิ์	ม.๑	๘๑	
๑๕	นางทุย เพ็งพันธ์	ม.๕	๗๔	
๑๖	นางบุ๋ โคตรสี	ม.๕	๘๒	
๑๗	นางทองสา โพธิ์แข็ง	ม.๗	๗๑	
๑๘	นายประยูร ชมสีดา	ม.๑	๖๗	
๑๙	นายหนูจันทร์ ยะนะโชติ	ม.๑	๗๕	
๒๐	นางลำดวน कुลี	ม.๗	๙๔	
๒๑	นางใบ อมยา	ม.๓	๗๘	
๒๒	นางเพ็ง สว่างผุย	ม.๕	๘๒	
๒๓	นางถาวร คุณมี	ม.๕	๖๒	
๒๔	นายบุญมา โคตรปัญญา	ม.๕	๘๓	
๒๕	นางประทุม แม่หมาย	ม.๓	๘๐	
๒๖	นางเยี่ยม เห็มวิจิตร	ม.๓	๗๔	
๒๗	นางสมศรี โพธิ์รส	ม.๓	๗๐	
๒๘	นางสำลี ทำนาเมือง	ม.๗	๖๖	
๒๙	นายแสงจันทร์ อวนมาตรา	ม.๗	๗๑	
๓๐	นางออย ชมบุตรศรี	ม.๑๐	๗๒	
๓๑	นางลาน อินธิแสง	ม.๑๐	๘๖	
๓๒	นางหนู ไพเรืองโสม	ม.๙	๙๕	
๓๓	นางบัวพา วาระทัน	ม.๘	๗๓	

ที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	อายุ	หมายเหตุ
๓๔	นายกา กฤษณาการ	ม.๙	๖๗	
๓๕	นางวรรณ โกรพิมาย	ม.๔	๗๕	
๓๖	นายหล่อ จงจื่อหอ	ม.๔	๗๓	
๓๗	นางจันทร์ พัดไธสง	ม.๔	๘๕	
๓๘	นางอ่อนตา นรบุตตร	ม.๒	๘๔	
๓๙	นายใส รินวง	ม.๒	๘๐	
๔๐	นางทองน พรหมสอน	ม.๒	๗๖	
๔๑	นางยุ้น อินสาคร	ม.๒	๘๓	
๔๒	นางผุ เสนากิจ	ม.๔	๘๘	
๔๓	นายบุตดี ตาดี	ม.๙	๘๓	
๔๔	นางน้อม หันประดิษฐ์	ม.๖	๘๘	
๔๕	นายสร้อย พึ่งบรรหาร	ม.๒	๖๗	
๔๖	นายหนูพร อามาตมนตรี	ม.๘	๖๕	
๔๗	นายบุญจันทร์ โพธิ์ชัยศรี	ม.๒	๙๐	
๔๘	นายศรีคาร แสงแก้ว	ม.๔	๖๓	
๔๙	นายจันทร์ สายสมบัติ	ม.๖	๙๐	
๕๐	นางสนุก พรหมอ่อน	ม.๔	๖๔	
๕๑	นางหนู ม่วงสุราษฎร์	ม.๔	๗๒	
๕๒	นางบัวสา พะโคดี	ม.๔	๖๖	
๕๓	นางอ่อนสา มณีนิพ	ม.๘	๗๓	
๕๔	นายทองสา หันประดิษฐ์	ม.๘	๗๘	
๕๕	นายสมัย สุขมล	ม.๘	๘๔	
๕๖	นายทองแดง เทพศิลา	ม.๙	๗๑	

รวมทั้งสิ้น ๕๖ ราย