

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิการณาสถาบันสมาน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการรักษาพยาบาลค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางปลอด ทองพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5301200088831	ที่อยู่ 125 ม.7 ต.โพมทอง อ. สีดาก จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=BB3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ไม่มีโรคประจำตัว อาศัยอยู่กับลูกชายป่วยโรคจิตเวช ไม่มีที่ดินทำกิน / ชื่อข้าวกินช่วยเหลือตัวเองได้บ้างเล็กน้อย เคลื่อนไหวร่างกายลำบากขาทั้งสองข้างอ่อนแรง เวลา เคลื่อนไหวร่างกายใช้การคลานเข้า ทั้ง 2 ข้าง และใช้มือค้ำดันตัวเองไปหาอ่อนแรง ขาลีบเล็ก 2 ข้าง ปวด เข่า เดินลำบาก ต้องคลานเข้า เวลาเข้าห้องน้ำหรือทำอาหารต้องคลานเข้าปัญหาด้านสุขภาพ มีปัญหา เรื่องการปวดข้อเข้าทั้ง 2 ข้าง เข้ารวมปวดท้อง จุกแน่นท้อง นอนไม่ค่อยหลับ รับยาที่ รพ.สต.เป็นประจำ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตัวเอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดหาสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวสิริประภา ช่างปลุก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดรายจ่าย/รายปี)**

ชื่อ นางเจียม บุษนอก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5301200124471	ที่อยู่ 50 ม.10 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 11 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2486 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ตามยอด 2 ช่วงการเคลื่อนไหวต้องมีคนช่วยพยุงเดิน เดินลำบากทำกิจวัตรประจำวันได้บ้างเล็กน้อยปัญหาด้านสุขภาพ มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย และมีอาการนอนไม่ค่อยหลับวิตกกังวลเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยของตัวเองไม่อยากเป็นภาระลูกหลาน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวสิริประภา ช่างปลุก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ลงชื่อ.....อปท.
 (.....) (นายหมาก สมนอก)
 (.....) (นายกองคองการสาธารณสุขตำบลโพธิ์หนอง)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....(นางสเนตร ประยูรสิงห์).....]
ผู้อำนวยการกองคลัง

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายสังเวียน หนองข่า เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3309900695226	ที่อยู่ 35 หมู่ 5 ตำบลโพธิ์ทอง อำเภอเสีดา หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 04 เดือน เมษายน พ.ศ. 2504 (อายุ 59 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุป่วยโรคความดันโลหิตสูง / หลอดเลือดสมองตีบ รับยาที่ รพ.เสีดา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือ ปัญหาการเคลื่อนไหว เดินลำบาก แขนงขาอ่อนแรง มีปัญหาด้านการนอนไม่หลับ เรียนรู้ระยะ บ่อยครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ - การจัดหาสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวสิริประภา ช่างปลุก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ลงชื่อ..... (นายหมาก (สมนอก) (นายหมาก (สมนอก)
[*หมกริระกม* *ชอป.ศป*] [..... นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน (นางสุนทร ประยูรสิงห์) (นางสุนทร ประยูรสิงห์)
[.....] [.....] [..... ผู้อำนวยการกองคลัง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางใส เติมนอก	ที่อยู่ 75 ม.6	วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200729538	หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	
เกิดวันที่ 03 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2508 (อายุ 55 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง / โรคไตวายเรื้อรัง รับประทาน รพ.เสิดา ล้างไต ผ่านทางหน้าท้องทุกวัน โดยสามีเป็นคนล้างไตผ่านทางหน้าท้องให้กิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือ ปัญหาการเคลื่อนไหว แขนขาอ่อนแรงมีปัญหาด้านการนอนไม่หลับ มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	

<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การหลงทาง 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับความปลอดภัยและครบถ้วน ภายใน 30 วัน <p>วัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซบถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางสาวสิริประภา ช่างปลูก</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)ลงชื่อ.....อปท.
 [*รศ.สิริประภา ช่างปลูก*] [*(นายหมาก /สมนอก)*]
 (นางสุนทร ประยูรสิงห์) [*นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพหนอง*]
 (.....ผู้อำนวยการกองคลัง.....) (.....เจ้าหน้าที่การเงิน.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน



[.....(นางสนตร ประมุขสิงห์).....]
ผู้อำนวยการกองคลัง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงพิการณาสันับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมาน เจริญผล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200338334	ที่อยู่ 46 ม.10 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 05 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2486 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุป่วยโรคประจำตัวโรคต่อมลูกหมากโต/โรคหอบหืด รักษาที่ รพ.ลีดามี ปัญหาเรื่องอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย นอนไม่ค่อยหลับ ทานอาหารได้น้อยมีปัญหาเรื่องท้องผูกบ่อยๆ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย ต้องมีคนช่วยเหลือมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น อยู่	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของก่าลึงมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบับขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางสิริประภา ช่างปลูก	ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ลงชื่อ: [.....] ผู้ปฏิบัติงาน (CM)	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	ลงชื่อ: [.....] อปท. (นายหมาก / สมนอก) [.....] (ภาคกลางกว่าระดับตำบลเพื่อตนเอง)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....(นางสุนทร ประยูรสิงห์).....]
ผู้อำนวยการกองคลัง

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางล้วน พานิชย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3300200794541	ที่อยู่ 67 ม.10 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 06 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2481 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง รับประทานที่รพ.ลีลาวดีมีปัญหาเรื่อง การเหนื่อย อ่อนเพลีย นอนไม่ค่อยหลับ กิจวัตรประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ที่ตนเองเป็นอยู่	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การรับประทานยาผิด/ผิดข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางสิริประภา ช่างปลูก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[*ศิริกมล ชกเล*]
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[(นางสุนทร ประยูรสิงห์)
ผู้อำนวยการกองคลัง]

ลงชื่อ.....อปท.
[(นายหมาก สมนอก)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นางทองอยู่ เจิกนอก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200721952</p>	<p>ที่อยู่ 22 ม.4 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) วันนัดจัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564</p>	
<p>เกิดวันที่ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2488 (อายุ 75 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รับประทาน รพ.เสีดา มีปัญหาเรื่องการหลั่งสเต็ม และมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย นอนไม่ค่อยหลับ กิจกรรมประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซิมเศร่า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>เป้าหมายการดูแล</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร่า - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ <p>ระยะยาว</p>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางสาวประภา ช่างปลูก</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[*ทศวิกรม ชัยกุล*]
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[*นางสุนทร ประยูรสิงห์*]
[.....ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]
[.....(นายหมาก/ สมนอก).....]
จากกองคลังการบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งนบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นางโมะ สร้อยนอก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200058412</p>	<p>ที่อยู่ 101 ม.7 ต.โพหนอง อ. สีดาก จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 09 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2484 (อายุ 79 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=4, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง /โรคหลอดเลือดในสมองตีบ รับประทาน รพ.ลีดาไม่สามารถเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง ก็จำกัดประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือ ไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเองปัญหาการการเคลื่อนไหว แขนขาอ่อนแรงข้างซ้ายมีปัญหาด้านกรนอนไม่หลับ เวียนศีรษะ บ่อยครั้งแขนอ่อนแรงไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ ต้องมีคนช่วยไม่สามารถกลืนเองได้ต้องมีคนช่วยพยุง</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท</p>	<p>- กลับปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของก่าลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</p>
<p>- การกินอาหาร/สำลัอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p>	<p>ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 30 วัน - ฟันดูแลสุขภาพของช่องและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน</p>	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
	<p>ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะกรซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	

ผู้จัดทำ Care plan นางสิริประภา ช่างปลุก

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[นางสิริประภา ช่างปลุก]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[นางสุนทร ประยูรสิงห์]
ผู้อำนวยการกองคลัง

ลงชื่อ.....อปท.

[นายหมวก สมนอก]
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์ทอง

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าใช้จ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางเพชร กลางสันติยะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3302100056699	ที่อยู่ 22/1 ม.7 ต.โพธิ์ทอง อ. สีดาก จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2471 (อายุ 92 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/โรคหัวใจโตอาศัยอยู่กับลูกชาย พิกุล ขาสลับแต่กำเริบผู้ช่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ต้องใส่ออกซิเจนตลอดเวลาที่มีการเหนื่อยน้อยหอบการช่วยเหลือตนเองได้บ้างเล็กน้อย ดื่กอาหารรับประทานเองได้แต่ต้องมีคนเตรียมไว้ให้ให้อ่อนแรง2ข้าง เดินไม่ได้ ก็จำกัดประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือ ไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเองวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่ตัวเองเป็นอยู่ไม่มีรีบไปโรงพยาบาลเวลาไปรับยาที่ รพ.เสีดา เวลาไปต้องเหมารถไปซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่อเที่ยวหลายบาท มีรายได้จากลูกชายเพียงเล็กน้อย จากการศึกษาเลี้ยงไก่ขาย รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณใช้จ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณใช้จ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต 	การดูแลสุขภาพทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลสุขภาพเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลและพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดรายจ่าย/รายปี)**

ชื่อ นางช่วง กล้าหาญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200730544	ที่อยู่ 1/2 ม.8 หมายเลขโทรศัพท์(ให้ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน/โรคไตวาย รับประทานยาที่ รพ.ลีดา มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว อ่อนเพลีย นอนไม่ค่อยหลับกิจกรรมประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น อยู่	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	ระยะสั้น - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และควมมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ	ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางสิริประภา ช่างปลูก	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ลงชื่อ.....อปท.
 (นางสิริประภา ช่างปลูก) (นายทมาภ/ สมนอก)
เจ้าหน้าที่การเงิน นายกองัดการบริหารส่วนตำบลหนอง

ลงชื่อ..... (นางสมนตร ประยูรสิงห์)
ผู้อำนวยการกองคลัง

**แผนการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการให้บริการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นายทองสุข สงนอก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3160300813205</p>	<p>ที่อยู่ 4 ม.10 ต.โพมทอง อ. สีดา จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 82 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคชราและนอนติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยความสามารถในการมองเห็นและการได้ยินบกพร่องมีปัญหาเวียนศีรษะ หนักมีคือนอนไม่ค่อยหลับ บ่อยครั้งแขนขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง มีข้อติด ข้อเขม และข้อขาทั้ง 2 ข้าง ปวดไม่สามารถเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง ก็จำกัดประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือ ไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเองใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไว้ตลอดเวลาใส่สายสวนปัสสาวะ</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลับปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลสุขภาพเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทรายได้และความมั่นคงในครอบครัว <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>เป้าหมายการดูแล</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ซบถ่างเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ซบถ่างเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	

ผู้จัดทำ Care plan นางสาวสิริประภา ช่างปลูก

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นางสาวสิริประภา ช่างปลูก]
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[(นางสุนทร ประยูรสิงห์)
ผู้อำนวยการกองคลัง]

ลงชื่อ.....อปท.
[(นายหมวก/สมนอก)]
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพหนอง

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)**

<p>ชื่อ นางต้น คิตการ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200337834</p>	<p>ที่อยู่ 39 ม.10 ต.โพหนอง อ.สีดา จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 21 เดือน กันยายน พ.ศ. 2475 (อายุ 88 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง/โรคหลอดเลือดสมองตีบควบคุมการ อุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ไม่มีแผลกดทับบริเวณสะโพกแขนขาอ่อนแรงข้างขวาไม่สามารถเดินหรือ เคลื่อนไหวร่างกายได้เอง กิจกรรมประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือ ไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเองผู้ป่วยมีอาการ หายใจเหนื่อยหอบ ต้องใส่ท่อช่วยหายใจในเวลานอน หอบใส่ท่อช่วยหายใจตลอดเวลา</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูง/โรคเบาหวาน/โรคหลอดเลือดสมองตีบควบคุม การอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ไม่มีแผลกดทับ บริเวณสะโพกแขนขาอ่อนแรงข้างขวาไม่สามารถ เดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง กิจกรรมประจำวัน ต้องมีคนช่วยเหลือ ไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเองผู้ ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ต้องใส่ท่อช่วย หายใจตลอดเวลา หอบใส่ท่อช่วยหายใจตลอดเวลา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลับปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - ภาวะสับสน (Genital organs) <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ หมายเหตุ/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นายเสถียร กล้าหาญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200058544</p>	<p>ที่อยู่ 40/1 ม.7 ต.โพนทอง อ.สีดา จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2471 (อายุ 92 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง/ต่อมลูกหมากโต/ตาบอด 2 ข้างอาศัยอยู่กับภรรยา ภรรยามีอาการซึมเศร้าไปตาบอด 2 ข้าง /การได้ยินไม่ค่อยชัดเจน ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ลูกหนึ่งอยู่กับที่ไม่ได้เดินไปไหนปัญหาการเคลื่อนไหว ขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง กิจกรรมประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือมีอาการปวดสะโพกด้านขวา เนื่องจากหักลัมเมื่อต้นปี 2562 ปัญหาด้านสุขภาพ เวียนศีรษะ เห็นอ้อยอ่อนเพลีย การนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป นอนกลางวัน กลางคืนจะไม่นอนใส่สายสวนปัสสาวะใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่นตลอดเวลา</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายเหตุรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายเหตุรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลับปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซิมเคร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของก่าลงมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	

**แผนการดูแลสุขภาพเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลและพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายสุพจน์ เพ็ญสุข เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5303170009018	ที่อยู่ 53 ม.4 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 08 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2508 (อายุ 55 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=11 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง/โรคหลอดเลือดสมองตีบช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เสียแขนขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้างไม่สามารถเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง ก็จัดประจําวันต้องมีคนช่วย เหลือ ไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเองต้องการการฝึ้ออมผู้ใหญ่	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลับปีสภาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลสุขภาพทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(บัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลสุขภาพเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน - ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<p>ชื่อ นางเป่า กล้าหาญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200333723</p>	<p>ที่อยู่ 32 ม.9 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0902720715</p>	<p>วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2465 (อายุ 98 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัวช่วยเหลือนตนเองไม่ได้เลย ปัญหาการดูแลสุขภาพไม่สามารถเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง ก็วัตรประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือ ไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเอง ต้องการการกำอำอมผู้ใหญ่</p>	<p>การดูแล</p>
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลับปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้รับการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน - ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ปวยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน - ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางสาวสิริประภา ช่างปลูก</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ปวย)</p>	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[*ดร.วิมล วัฒน*]
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[(นางสุนทร ประยูรสิงห์)
ผู้อำนวยการกองคลัง]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....(นายทศพล.....)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพพหนอง


**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นายธีรเดช ทั้งทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1101500750449</p>	<p>ที่อยู่ 82 ม.10 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 07 เดือน เมษายน พ.ศ. 2538 (อายุ 25 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=0, TAI=11 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคสมองพิการแต่กำเนิดอาศัยอยู่กับคุณตาและคุณยาย ซึ่งมีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงช่วยเหลือตนเองไม่ได้เคยปัญหาการพูดการสื่อสารไม่สามารถเดินได้เอง ก็จำกัดประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือ ไม่สามารถทำได้ด้วยตัวเองต้องการผู้ช่วยผู้ใหญ่</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>เป้าหมายการดูแล</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยความช่วยเหลือตนเอง ภายใน 30 วัน - นำเองได้ ทานข้าวเองได้ จับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/จับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซีด"เศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ 	

ผู้จัดทำ Care plan นางสาวสิริประภา ช่างปลุก

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[ ชื่อ.....]
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[ (นางสุนทร ประยูรสิทธิ์)
ผู้อำนวยการกองคลัง]

ลงชื่อ.....อปท.
[ (นายหมาก สมนอก)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพหนอง

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นางสาว อ้นทับทิม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5301200065334</p>	<p>ที่อยู่ 41 ม.8 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564</p>	<p>วันที่ยื่น 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2481 (อายุ 82 ปี)</p>
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=0, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน รับประทานยาเรื่องการเหนียว อ่อนเพลีย นอนไม่ค่อยหลับ กิจกรรมประจำวันต้องมีคนช่วยเหลือ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	

