

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหนูพิมพ์ ไชยสิงห์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100344632	ที่อยู่ 84 ม.10 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0874258051	วันที่จัดทำ 30 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2478 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุหกล้ม เจ็บบริเวณสะโพกด้านซ้าย ขาซ้ายอ่อนแรง เคลื่อนไหวลำบาก อาศัยอยู่กับสามี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,500 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างผู้ดูแลสำหรับปฏิบัติกิจกรรมด้านสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง 200 บาท/ เดือน 2. ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 1080 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิwa นุศาสตร์สิงห์ (นางรุ่งทิwa นุศาสตร์สิงห์)		
ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)		

ลงชื่อ..... พยานาถวิชาวชิพทินาน..... ผู้ปฏิบัติงาน (CMH)

ลงชื่อ..... (.....)..... อปท.

(.....)

(.....(สังคน.....และนาง.....)

ลงชื่อ..... นางดวงมรรรัตน์..... รัตนวิภาหน้าทีการเงิน

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์สัย

(.....เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี.....)นางอุษา