แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

<table>
<tr><td>ชื่อ นางสุข โชติรัตน์
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100335897</td><td>ที่อยู่ -
หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</td><td>วันที่จัดทำ 30 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568</td></tr>
<tr><td>เกิดวันที่ 03 เดือน เมษายน พ.ศ. 2491
(อายุ 77 ปี)</td><td colspan="2">วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3
ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง หกล้มกระดูกสะโพกข้างซ้ายเคลื่อน เคลื่อนไหวลำบาก อาศัยอยู่กับ บุตร</td></tr>
<tr><td>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</td><td>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</td><td>การดูแล</td></tr>
<tr><td>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 9,350 บาท</td><td>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</td><td rowspan="5">การดูแลพยาบาลทั่วไป
- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)
- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
- การอาบน้ำ
- การเคลื่อนย้าย
- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- สะโพก (hip)
การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การบริการด้านอุปกรณ์
- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูอายุ</td></tr>
<tr><td colspan="2">การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้</td></tr>
<tr><td colspan="2">มีค[illegible]ต้องการ/ควรได้รับ</td></tr>
<tr><td>ข้อควรระวังในการให้บริการ</td><td>เป้าหมายการดูแล</td></tr>
<tr><td>- การพลัดตกหกล้ม
- ข้อติด/ข้อเท้าตก</td><td>ระยะสั้น
- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน
- ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน
- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน

ระยะยาว
- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ
- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้
- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิวา นุศาสตร์สังข์</td><td colspan="2">ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</td></tr>
</table>

ลงชื่อ **(นางรุ่งทิวา นุศาสตร์สังข์)** ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ .... เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางสาวอมรรัตน์ รัตนะ)
(จ่าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน)

ลงชื่อ .... อปท.
พันโท
(สังคม แสนวัง)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์สัย