

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายวิจิตร อาคำไพ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100341943	ที่อยู่ 44 ม.7 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0920635377	วันที่จัดทำ 30 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2481 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ เป็นโรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง ชาวทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง เดินไม่ได้ ไม้ ประมาณ 3 ปี อาศัยอยู่กับ ภรรยาและบุตร	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,450 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหม่าผู้ดูแลสำหรับ ปฏิบัติการด้านสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะ พึ่งพิง 400 บาท/ เดือน	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - กล้ามเนื้อและข้อ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพย์ นาคศิริสังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... (นางรุ่งทิพย์ นาคศิริสังข์) ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

พิมพ์โท.....
 ลงชื่อ..... (สังคม แสนวัง)
 นายกองจัดการบริหารสวนตำบลเพ็ญเฝย

ลงชื่อ..... นางสาวสมรรัตน์ รัตนนะ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 งานพนักงานการเงินและบัญชีสำนักงาน