

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางมาลัย ปะวะเสนัง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100358641	ที่อยู่ 29/1 ม.3 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 06 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2484 (อายุ 84 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุร่วมกับเป็นความดันโลหิตสูง มีภาวะกระดูกพรุน ยืน เดินไม่ได้ ซ้อมเข้าห้อง 2 ข้างติด เป็นมา 3 ปี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 25,300 บาท	- ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ - ช่วยเหลือตนเองในการเข้าห้องน้ำได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชื่อ วัตถุประสงค์ในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
การพลัดตกหกล้ม - ซ้อมคิด/ซ้อมทำตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซ้อมถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ซ้อมถ่ายเองได้ - ทิ้งขยะอย่างเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิwa นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(นางรุ่งทิwa นุศาสตร์สังข์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(นางสาวอมรรัตน์ จิตนะ)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ลงชื่อ.....อ.พท.

(.....)

(สังคม แสนวัง)  
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์สัย