

AI-1
แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเสถียร เดชศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3401400102538	ที่อยู่ หมู่ที่ 10 ต.โพธิ์ชัย อ.ศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 26 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2503 (อายุ 64 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุเมื่อหลายปีก่อน มีแขน ขา อ่อนแรง มือหยิบสิ่งของไม่ได้ ปวดกล้ามเนื้อ มีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะเนื่องจากต่อมลูกหมากโต ช่วยเหลือตนเองได้น้อย นอนติดเตียงตลอดเวลา อาศัยอยู่กับครอบครัว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,300 บาท	- ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆไม่ได้ - นอนติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การสวนปัสสาวะ - การบริหารกล้ามเนื้อ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
 อดิธ/ชื่อเท้าตก	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่เป็นแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - พ้นผลภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางอุทัย พงศ์กิจสวัสดิ์)
เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

การดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นางสาว พิชัยกุล บัตรประจำตัวประชาชน 3309700142100	ที่อยู่ หมู่ที่ 02 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 14 เดือน เมษายน พ.ศ. 2478 (อายุ 89 ปี)	วิจัย : ADL=11, TA=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุร่วมกับความดันโลหิตสูง มีภาวะสมองเสื่อมอาศัยอยู่กับบุตรสาว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,800 บาท	- มีพฤติกรรมผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจ - เดินทางกลับบ้านไม่ได้ - มีภาวะสมองเสื่อม - ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ - ผู้ดูแลเครียด - หลงลืมการกินยาความดันโลหิตสูง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การทำกิจวัตรประจำวัน - โภชนาการ - การดูแลการเจ็บป่วยและการรับประทานยา การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา - ออกกำลังกาย - สอนการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม - สนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัว - ทำกิจกรรมสร้างสุข การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและศาสนา - ดูแลสิทธิและสวัสดิการทางสังคม - สร้างเครือข่ายการดูแล การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
การผลิตตกหล่น - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ เองได้ ทาข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีพฤติกรรมผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจได้แก่ ะยะยาว - ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและค่ารงศ์ชีวิตอยู่ในสังคม อย่างมีความสุขภายใน 1 ปี - การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่ม ขึ้น ภายใน 6 เดือน - มีผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างถูก ต้อง ภายใน 6 เดือน - ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายใน 6 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 (นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์) ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....
 (.....) อปท.

ลงชื่อ.....
 (.....) เจ้าหน้าที่การเงิน

การดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีความพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นามสกุล พรหมวันนา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1119902897131	ที่อยู่ 39 ม.9 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 04 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 (อายุ 8 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=11 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เด็กสมองพิการแต่กำเนิด การเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า ไม่สมวัย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เจาะคอ ใส่ท่อ TT ไว้ และ ใส่สาย NG สำหรับ Feed อาหาร	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีความพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 11,250 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ - กลืนอาหารเองไม่ได้ - พัฒนาการไม่สมวัย - สื่อสารไม่ได้ - กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง - เจาะคอใส่ท่อ TT ไว้ - ใส่สาย feed อาหาร	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีความบกพร่องขั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ชีวประวัติในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวัน ภายใน 1 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ - ผู้ดูแลยอมรับภาวะการเจ็บป่วยของบุตร และมีความสุขมากขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... (ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....]
เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลงชื่อ.....อพท.
 [.....]

วัตถุประสงค์รายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

รูปถ่าย 2 นิ้ว 1 รูป เลขประจำตัวประชาชน 3450100146245	ที่อยู่ 34 ม.4 ต.คพรัลย์ อ.ศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 24 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2505 (อายุ 62 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอุบัติเหตุผ่าตัดสมองแล้ว ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เคลื่อนไหวไม่ได้ สื่อสารลำบาก อาศัยอยู่กับภรรยาและบุตร	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,300 บาท	- กลืนบิสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(บิสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนบิสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีกรรมการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ไม่มีผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวัน ภายใน 1 วัน - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายใน 1 เดือน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น - สามารถลุกนั่งเองได้ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

การดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราภาวะขาดแคลนบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ-นามสกุล/คำโลกเชือก บัตรประจำตัวประชาชน 3450100721029	ที่อยู่ 58 ม.3 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2474 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สามารถลุกนั่งหรือเคลื่อนไหว ย้ายตัวเองได้ แขนงซ้ายขวา ช่วยเหลือตนเองได้น้อย อาศัยอยู่กับบุตร	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงอาศัยอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,300 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - พูดไม่ชัด พูดลำบาก - ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การทำกายภาพบำบัด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
ความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ใน เกณฑ์ปกติ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการนอน นานๆ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน - ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมี ความสุข - ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายใน 6 เดือน	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

การดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่ภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นางสาว หงษ์สุมาตร์ บัตรประจำตัวประชาชน 3450100352627	ที่อยู่ 11/1 ม.9 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 09 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2473 (อายุ 94 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัว อ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ทุกด้าน นอนติดเตียงตลอดเวลา อาศัยอยู่กับบุตร	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,200 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - ไม่มีผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวันอย่างเหมาะสม ภายใน 1 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สิงห์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

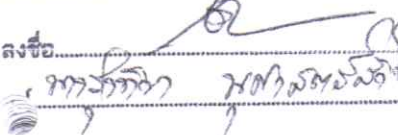
ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางสาว หงษ์สุมาตร์]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

การดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นางพัน สวัสดิ์ภูมิ บัตรประจำตัวประชาชน 3450100145532	ที่อยู่ 27/2 ม.4 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 10 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2477 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคหลอดเลือดสมอง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย อาศัยอยู่กับบุตร	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,100 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
 ข้อคิด/ข้อเท็จจริง	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - เดินได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีคนพยุง - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิwa นุศาสตร์สังข์		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

การดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าใช้จ่ายบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

กิตติพงษ์ สุทธิอาคาร โทรประจำตัวประชาชน 1459901472011	ที่อยู่ 62 ม.4 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 02 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 29 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2554 อายุ 13 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ การเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่สมวัย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย อาศัยอยู่กับปู่ ย่า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 7,650 บาท	- พัฒนาการหล้าช้าไม่สมวัย - อยู่หนึ่งไม่ได้ - สื่อสารไม่รู้เรื่อง - ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การกระตุ้นพัฒนาการ - การบริหารกล้ามเนื้อและข้อที่ลีบ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อม ให้เหมาะสมกับ พฤติกรรมของผู้ป่วย
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การหลงทาง - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ผูกสวมใส่เสื้อผ้า เองได้ ภายใน 3 เดือน - สามารถอยู่ปึ่งรับประทานอาหารเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขมากขึ้น ภายใน 3 เดือน - ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ภายใน 3 เดือน - ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ภายใน 3 เดือน	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์		
ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)		

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

นายวิโรจน์ จัตโล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100350217	ที่อยู่ 17/2 ม.8 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 02 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 20 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2514 (อายุ 53 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเบาหวาน ประสบอุบัติเหตุที่กระดูกหลัง อัมพาตท่อนล่างตั้งแต่สะโพกลงมา ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เคลื่อนย้ายตัวเองไม่ได้ อาศัยอยู่กับพี่สาว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,300 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีแผลกดทับที่ก้น - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การสวนปัสสาวะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ความต้องการในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - แผลหาย ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอเพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

การดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายจ่ายประจำปี 2567 (อัตราค่าบริการที่เหมาะสม/ราย/ปี)

นางมยุรี พลเยี่ยมมีสมารถ บัตรประจำตัวประชาชน 3469900125917	ที่อยู่ 234 ม.10 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 02 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 02 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2497 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ขา และแขนซ้ายอ่อนแรง เดินลำบาก จากอุบัติเหตุ ต้องมีคนช่วยพยุง หรืออุปกรณ์ในการดำเนิน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ได้รับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,200 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การบริหารกล้ามเนื้อและข้อ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ ตัวเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ มีรายได้	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นาง รุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์)
 ?
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นางจันทา นามมูลศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100351523	ที่อยู่ 80 ม.8 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 02 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2496 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเคยผ่าตัดสมองรักษาโรคเขื่อนราโนสมอง แขนขาอ่อนแรงซีกซ้าย ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อาศัยอยู่กับบุตร	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 4,300 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ทำกิจวัตรประจำวันเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นายกิตติคุณ พันธุ์สกุล บัตรประจำตัวประชาชน 1459900113629	ที่อยู่ 56 หมู่ 4 อ. ศรีสมเด็จ จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 02 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เอดวันที่ 19 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2531 อายุ 36 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอุบัติเหตุ สมองได้รับบาดเจ็บ มาหลายปี แขนขาอ่อนแรงซีกขวา นิ้วมือนิด โหลติด ช่วยเหลือตนเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,400 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สถิติปัญหาหกล้มซ้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตกหล่น - ติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ หานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นายพันธ์ เหล่ายนขาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100340157	ที่อยู่ 23 ม.10 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 02 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 20 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2480 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง แขน ขน ข้างซ้ายอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำกิจกรรมทุกอย่าง บนเตียง เคลื่อนย้ายไม่ได้ อาศัยอยู่กับภรรยา และบุตร	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,400 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถใช้มือกินข้าวเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง รุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

แบบการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ 2567 (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/ราย/ปี)

นายประยงค์ วงศ์คำจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100747621	ที่อยู่ 7 ม.2 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 08 เดือน กันยายน พ.ศ. 2485 (อายุ 82 ปี)	วิสัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ต่อมาถูกหมากัด กลืนปัสสาวะไม่ได้ ขา 2 ข้างอ่อนแรง เดินลำบาก ร่วมกับมีอาการหอบหืด อาศัยอยู่กับ ภรรยา และบุตร	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 2,400 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - เดินลำบากต้องมีอุปกรณ์หรือคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่ภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลรายบุคคลบริการ เหมจ่าย/รายปี)

นายจรินทร์ น้อยสุวรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100336664	ที่อยู่ 36 ม.6 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 05 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2503 [อายุ 64 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยข้อผิดรูป เดินลำบาก ขา อ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง เดินเองไม่ได้ อาศัยอยู่กับ หลาน และน้องสาว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,400 บาท	- ปวดตามข้อ นิ้วมือหยิกงอหยิบจับสิ่งของไม่ได้ - ข้อเข่าติด เคลื่อนไหวลำบาก	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... (ผู้ปฏิบัติงาน (CM))

ลงชื่อ.....อปท.

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นางสุข โชติรัตน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100335897	ที่อยู่ - หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 03 เดือน เมษายน พ.ศ. 2491 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง หกล้มกระดูกสะโพกข้างซ้ายเคลื่อน เคลื่อนไหวลำบาก อาศัยอยู่กับ บุตร	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,800 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	การดูแลพยาบาลเฉพาะ	
มีความต้องการ/ควรได้รับ	- สะโพก (hip)	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
 การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น 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	- การให้บริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิภา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตรียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นายวิจิตร อาจคำไพ บัตรประจำตัวประชาชน 3450100341943	ที่อยู่ 44 ม.7 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0920635377	วันที่จัดทำ 05 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567
ในวันที่ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2481 อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ เป็นโรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง เดินไม่ได้ มา ประมาณ 3 ปี อาศัยอยู่กับ ภรรยาและบุตร	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ คือจ้างเหมาผู้ดูแลสำหรับ ปฏิบัติกิจกรรมด้านสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะ พึ่งพิง 400 บาท/ เดือน	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/บ่นไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบอบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - กล้ามเนื้อและข้อ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ขอความร่วมมือในการให้บริการ	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 อาบน้ำ เองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ทิ้งขยะอย่างเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง พงศาวดารฉบับปรับปรุง
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นางหนูพัฒน์ ไชยสิงห์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100344632	ที่อยู่ 84 ม.10 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0874258051	วันที่จัดทำ 19 เดือน เมษายน พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2478 (อายุ 89 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุทกล้ม เจ็บบริเวณสะโพกด้านซ้าย ขาซ้ายอ่อนแรง เคลื่อนไหวลำบาก อาศัยอยู่กับสามี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,825 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าจ้างเหม่าดูแลสำหรับปฏิบัติกิจกรรมด้านสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง 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 การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
องค์ควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ไม่มีผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน 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 - ไม่เกิดผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นาง รุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นายพรมมา ชันทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100349634	ที่อยู่ 14/1 ม.8 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 06 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2491 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเบาหวานและมีภาวะสมองเสื่อม มีพฤติกรรมผิดปกติ ดูแลสุขภาพส่วน บุคคลเองไม่ได้ต้องมีคนบอกและกระตุ้นจึงทำ หาของกินทั้งวัน ขับถ่ายอุจจาระไม่เป็นที่ หลงลืม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน:	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,800 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม - การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การให้บริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ ได้ถูกที่ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ เช่น อาบน้ำ ล้าง หน้า แปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและอื่นๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นางบุบผา อารคำไพโร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100339647	ที่อยู่ 16/1 ม.10 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 04 เดือน เมษายน พ.ศ. 2484 อายุ 83 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านคนเดียว มีภาวะสมองเสื่อม หลงลืมจำผู้คนและเวลาไม่ได้ พูดตอบคำถามไม่ตรงประเด็น ไม่สามารถดูแลสุขวิทยาส่วนตัวเองได้ ชอบซักผ้าทั้งวัน ใส่เสื้อผ้า 8-9 ผืน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,800 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ดูแลให้ผู้สูงอายุได้เข้ารับการตรวจภาวะสมอง เสื่อม การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง อุบัติเหตุ เช่น โดนรถชน ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซักถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่ม ขึ้นภายใน 6 เดือน - มีผู้ดูแลให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุสัปดาห์ละ 3 วัน ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้อย่างถูก ตนเองภายใน 6 เดือน - ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นใน 6 เดือน	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหนียว/ราย/ปี)

นางจำปา รัตนชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100343024	ที่อยู่ 58 ม.10 ต.โพธิ์ชัย อ.ศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2476 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ตามัวมองไม่เห็น ร่วมกับ สมองเสื่อม มีพฤติกรรมผิดปกติ ชอบกินข้าวทั้งวัน ขาอ่อนแรงเดินลำบาก อาศัยอยู่คนเดียวตลอด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,800 บาท	- มีพฤติกรรมผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจ - มีภาวะสมองเสื่อม - ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สาลักอาหาร - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ ตัวเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีพฤติกรรมผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ อะละ วายวาย ภายใน 3 เดือน - ความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมคงที่ภายใน 3 เดือน ภายใน 3 เดือน - ผู้ดูแลมีความสุขเพิ่มขึ้นภายใน 1 เดือน ภายใน 1 เดือน - ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติภายใน 2 เดือน ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ อย่างมีความสุขภายใน 1 ปี - การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่ม ขึ้นภายใน 6 เดือน - ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างถูก ต้องภายใน 6 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและ โรคหลอดเลือดหัวใจ	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิวา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... (ผู้ปฏิบัติงาน (CM))
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายปี (อัตราค่าเช่าเตียง/เตียง/ปี)

อ. นายยศ นวนภูมิวัน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100353453	ที่อยู่ 36 ม.8 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 29 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 06 เดือน เมษายน พ.ศ. 2482 อายุ 85 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุสมองเสื่อม หลงลืม ไม่ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ถ้าญาติไม่บอกหรือแนะนำ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2		การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 4,800 บาท		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ผู้ดูแลมีความสุขเพิ่มขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่มีพฤติกรรมผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจเช่น เอะอะไว้วาย เดินออกจากบ้าน ภายใน 3 เดือน - ความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมคงที่ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ เช่น ล้างหน้าแปรงฟัน ขับถ่ายเข้าห้องน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ เป็นปกติ โดยไม่ต้องมีคนบอก ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข - ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ภายใน 6 เดือน - ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้องภายใน 6 เดือน - ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายใน 6 เดือน	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... (ผู้ปฏิบัติงาน (CM))

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ..... (เจ้าพนักงานสาธารณสุข)

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหาย่อยรายราย/ปี)

ชื่อ นางจันดี นวนภูมิวัน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100353160	ที่อยู่ 21 ม.9 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
กิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2473 อายุ 94 ปี]	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ เป็นเบาหวาน ร่วมกับมีอาการ ขา อ่อนแรงเดินไม่ได้ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา มา 3 ปี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีความพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1	- ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การพยาบาลผู้สูงอายุ - การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 7,600 บาท		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลแผลกดทับ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ภายใน 3 เดือน - ผู้ดูแลมีความสุขเพิ่มมากขึ้น ภายใน 3 เดือน - ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิwa นุศาสตร์สิงห์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

{ }

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นางมาลัย ปะวะเสนัง บัตรประจำตัวประชาชน 3450100358641	ที่อยู่ 29/1 ม.3 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
ในวันที่ 06 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2484 อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุร่วมกับเป็นความดันโลหิตสูง มีภาวะกระดูกพรุน ยืน เดินไม่ได้ ซ้อมเข้าห้อง 2 ข้างติด เป็นมา 3 ปี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
ในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1	- ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ - ช่วยเหลือตนเองในการเข้าห้องน้ำได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อ
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,300 บาท		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การให้บริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ความต้องการ/ควรได้รับ		
อควรรวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - ออกรักษาภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

งชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นาง รุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

งชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองศรี พรหมศาลาเมฆ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100358463	ที่อยู่ 74 ม.3 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 21 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2491 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ ขา อ่อนแรงทั้ง 2 ข้างเดินไม่ได้ อาศัยอยู่บนเตียงตลอด 2 ปี ต้องมีผู้ดูแล ในการทำกิจกรรมต่างๆ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,400 บาท		การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ	เป้าหมายการดูแล	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่มีแผลกดทับ - ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้มาก ขึ้น - ผู้ดูแลมีความสุขเพิ่มมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายคำ จันทะเรือง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100146377	ที่อยู่ 35 ม.4 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2481 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ เป็นเบาหวาน อาศัยอยู่คนเดียวพิการขาข้างซ้ายขาดจากการโดนตัด เนื่องจากเป็นแผลที่เท้า และมีรอยโรคจากโรคเรื้อน มือ หยิกงอ หยิบจับสิ่งของไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 2,400 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - แผลเบาหวานที่เท้า การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตลก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตสูง อยู่ในเกณฑ์ปกติ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สิงห์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... (ผู้ปฏิบัติงาน [CM])
 [.....]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณรายปีสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางแหลม เชียงพุก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100333592	ที่อยู่ 5/1 ม.5 ต.โพธิ์ชัย อ.ศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 01 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2475 (อายุ 92 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุมีภาวะกระดูกพรุน หกล้มแล้วหลังจากนั้นไม่สามารถ ลุกนั่ง หรือเดินได้นอนติดเตียงมา 1 ปี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,625 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ทิอยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้บ่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้บ่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางยุ่น สุวรรณชลา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3450100331247	ที่อยู่ 75 ม.4 ต.โพธิ์สัย อ.ศรีสมเด็จ จ. ร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
เกิดวันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2484 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุ มีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ใส่ colostomy ที่หน้าท้อง ร่วมกับเป็นความดันโลหิตสูง ขา 2 ข้างอ่อนแรง เดินลำบาก ไม่สามารถเดินเองได้ อาศัยอยู่บนเตียงตลอด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเฝ้าระวังรายปีที่จะรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้พิการที่ถึงขีดสุดกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเฝ้าระวังรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,825 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ทำกิจวัตรประจำวันเองได้ - เข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวและสังคมได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การประเมินบุคคลที่มีภาวะถดถอยหรือภาวะไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		- ห้อง (stomach)
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การเกิดแผลกดทับ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - พันพู่สมรรถนะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและครอบครัวได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน - ทิ้งอยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	- การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
		- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางรุ่งทิพา นุศาสตร์สังข์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน