

พื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล / อบต.) ชื่อ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง อำเภอผู้ไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ชื่อแจ้ง ให้ใส่ ✓ และตัวเลข หน้าหัวข้อรายการที่ต้องการตรงกับสภาพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ : ๙๖๔/๕๖๖๓๗๘ จางทรัพย์ อำนวย

บัตรประจำตัวประชาชน : 314๐๘๐๐๐๖112

เดือนปีเกิด : ๐๔.๓.๑.๒๕๐๓

อายุ : ๕๑ ปี

แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

หญิงอายุ :

ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี

อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตั้งต้นจากที่เป็นอยู่

อยากสร้างประโยชน์ให้สังคม

อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า

อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง

อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

ภาคี :

✓ อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล

✓ อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น

✓ อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลิตภัณฑ์

✓ อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่

✓ อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น/กายอุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน

ที่อยู่ : 45/๖๓ ๒ ต.ท่าดินแดง
เบอร์โทรศัพท์ : ๐๘๔-๙๐๙๘๒๒๔

แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม

(รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)

✓ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้

✓ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

✓ ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ

✓ ที่อยู่อาศัยเหมาะสม

✓ มีอาชีพมีรายได้เพิ่มขึ้นหรือเพียงพอ

✓ เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์

✓ ไม่มีภาวะซึมเศร้า

✓ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ

✓ ไม่เกิดแผลกดทับ

ข้อควรระวังในการให้บริการ

การกินอาหาร/สำคัญอาหาร

✓ การทำรายตนเองและผู้ดูแล/ฆ่าตัวตาย

✓ การพลัดตกหกล้ม

การทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

/การแพทย์

การหลงทาง

✓ ข้อติด/หรือข้อเท้าตก

✓ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

ผู้สูงอายุถูกทำร้าย

อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฝนน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | กลิ่นปัสสาวะไม่ได |
| <input type="checkbox"/> | กลิ่นลำบาก |
| <input type="checkbox"/> | ความสามารถในการมองเห็น |
| <input type="checkbox"/> | ความสามารถในการได้ยิน |
| <input type="checkbox"/> | ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต |
| <input type="checkbox"/> | ช่วยเหลือตนเองไม่ได้รับการเข้าห้องน้ำ |
| <input type="checkbox"/> | ช่องปากไม่สะอาด |
| <input type="checkbox"/> | ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ |
| <input type="checkbox"/> | มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา |
| <input type="checkbox"/> | มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหลังอกปากแห้ง |
| <input type="checkbox"/> | รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา |
| <input type="checkbox"/> | สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ |
| <input type="checkbox"/> | ลักษณะที่อยู่อาศัย |
| <input type="checkbox"/> | ไม่สามารถทานอาหารเองได้ |
| <input type="checkbox"/> | ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ |
| <input type="checkbox"/> | ไม่สามารถเดินได้โดยลำพังต้องมีคนช่วยพยุง |

การอื่น ๆ

ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงิน
 พาร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดในชุมชนชมรมผู้สูงอายุ/
 โรงเรียนผู้สูงอายุ/ศูนย์พัฒนาและฝึกอาชีพผู้สูงอายุ
 รถรับส่งไปสถานบริการ(ให้มีตัวเล็กระหว่าง สด./อปท./อื่นๆ)

เป้าหมายในการดำรงชีวิตระยะสั้น 3 เดือน

| | | |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน | ภายใน... ๓๐... วัน/สัปดาห์/เดือน |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ฟื้นฟูสุขภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพ | ภายใน... 3... วัน/สัปดาห์/เดือน |
| <input type="checkbox"/> | หรือดีขึ้น | ภายใน... 3... วัน/สัปดาห์/เดือน |
| <input type="checkbox"/> | แผลหาย | ภายใน... 7... วัน/สัปดาห์/เดือน |
| <input type="checkbox"/> | ไม่มีแผลกดทับ | ภายใน... 7... วัน/สัปดาห์/เดือน |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ไปพบแพทย์ตามนัด | ภายใน... /... ๗/๙/๑๐ |
| <input type="checkbox"/> | การได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทาง | |
| <input type="checkbox"/> | การแพทย์ | ภายใน... 7... วัน/สัปดาห์/เดือน |
| <input type="checkbox"/> | การได้รับความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ | |
| <input type="checkbox"/> | ภายใน... 7... วัน/สัปดาห์/เดือน | |
| <input type="checkbox"/> | ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล/ระบบทางเดินปัสสาวะ | |
| <input type="checkbox"/> | /ระบบทางเดินหายใจ | ภายใน... ๗/๙/๑๐ |
| <input type="checkbox"/> | อาการหลงลืมดีขึ้น | ภายใน... 7... วัน/สัปดาห์/เดือน |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม | |
| <input type="checkbox"/> | ภายใน... 3... วัน/สัปดาห์/เดือน | |
| <input type="checkbox"/> | ทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดินได้ด้วยตนเอง | |
| <input type="checkbox"/> | อาบน้ำเองได้ทานข้าวเองได้ขับถ่ายเองได้ | |
| <input type="checkbox"/> | ภายใน... 7... วัน/สัปดาห์/เดือน | |
| <input type="checkbox"/> | ประสานพันธุศาสตร์ในพื้นที่ | |
| <input type="checkbox"/> | ภายใน... 7... วัน/สัปดาห์/เดือน | |

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์(รวมการช่วยเหลือ

ของครอบครัวและ informal)

* อุปกรณ์ทางการแพทย์

| | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Syring | <input type="checkbox"/> | เตียง |
| <input type="checkbox"/> | Urine bag | <input type="checkbox"/> | ที่นอนลม |
| <input type="checkbox"/> | สาย NG tube | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | สาย Foley's cath | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | เครื่องผลิตออกซิเจน | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | เครื่องพ่นยา | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | อุปกรณ์ทำแผล | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | เครื่องดูดเสมหะ | <input type="checkbox"/> | |

* กายอุปกรณ์

| | |
|-------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | กระดานบริหารข้อเข่า |
| <input type="checkbox"/> | กระดานล้อเลื่อน |
| <input type="checkbox"/> | คัมเบลยกน้ำหนัก |
| <input type="checkbox"/> | ถุงทรายถ่วงน้ำหนัก |
| <input checked="" type="checkbox"/> | รถเข็นนั่ง |
| <input type="checkbox"/> | ไม้ค้ำยัน |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ไม้เท้าช่วยพยุง |
| <input type="checkbox"/> | ไม้ฝึกกำกำลังแขน |

ได้รับการปรับปรุงสภาพบ้านและสิ่งแวดลอมที่เหมาะสม
 ได้รับการส่งเสริมอาชีพ

ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน



.....

รอกเคลื่อนไหว

ราวฝึกยืนและเดิน

แว่นสายตา

เครื่องช่วยฟัง

กิจกรรมการดูแล

ใส่ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)

หมายเหตุ

การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)

8

ความถี่ของกิจกรรมการดูแล

การล้างหน้า / แปรงฟัน

3

เลข 1 = ทุก 2 ชม.

การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว

3

เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง

การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

3

เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง

การทาโลชั่น/น้ำมันมะกอก/ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวอื่นๆ

3

เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง

การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด

3

เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง

การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ

3

เลข 6 = วันเว้นวัน

การทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน

3

เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง

การเตรียมอาหาร / ยา / อุปกรณ์ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้

3

เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง

การป้อนอาหาร และหยดยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก

1

เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง

การให้อาหารและหยดยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)

1

เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง

การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม

3

เลข 11 = 2 เดือน/ครั้ง

การนัดพบนอกคลินิกถามเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด

3

เลข 12 = 3 เดือน/ครั้ง

การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ

3

เลข 13 = ทำครั้งเดียว

การเคลื่อนไหวผู้ป่วยสูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง

1

เลข 14 = อื่นๆ.....

การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน

3

การดูแลสวนอุจจาระ / ถังอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ


1

การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย

1

| | |
|--|---|
| การทำแผลกดทับ | - |
| การจัดกิจกรรมเสียงปอด / การให้ยาบรรเทาปวด | ๒ |
| การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/ฟังธรรมจากวิทยุ/โทรทัศน์/โทรศัพท์ | ๘ |
| การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด | - |
| สุคนธ์บำบัด(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy) | - |
| การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม | ๔ |
| กิจกรรมการดูแล(ต่อ) | |
| การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาสุข | ๑ |
| การบริการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้ป่วยสูงอายุ เช่น ชุดทำแผล..... | - |
| การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ | - |
| การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ | - |
| การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ | ๗ |
| การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล | ๑ |
| การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายระยะสุดท้าย | - |
| การสงเคราะห์ในการจัดงานศพผู้สูงอายุ | - |

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

| | |
|---|--|
| ✓ <input type="checkbox"/> ตื่นนอน | <p>ผู้จัดทำ : </p> <p>(นางสาวสุวิฑราพร ตะโน)</p> <p>เลขาคณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)</p> <p>องค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง</p> |
| ✓ <input type="checkbox"/> ล้างหน้า | |
| ดูแลเตรียมอาหาร บิ๋อม/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็นโดยญาติ | |
| ดูแลเตรียมอาหาร บิ๋อม/ให้อาหารทางสายยางเช้าเที่ยงและเย็น โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น | |
| ดูแลเตรียมยาและให้ยาโดยญาติ | |

| |
|---|
| ดูแลศรียาและเพียโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| การทํากายภาพบำบัดโดยญาติ |
| การทํากายภาพบำบัดโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น |
| การออกกําลังกาย |
| การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองซ้บ |
| การสวดมนต์ |
| การนอนหลับ |
| |

| | |
|--|---|
| ผู้รับผิดชอบ : สุนทร ออรรณงค์ (นางสาวสุนทร คารสนอง) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้ |
| 1) ลงชื่อ นางสุนทร ออรรณงค์ (ผู้บํวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่..... | |
| 2) ลงชื่อ นางอภัย ออรรณงค์ (ผู้บํวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่..... | |
| 3) ลงชื่อ นางอภัย ออรรณงค์ (ผู้บํวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่..... | |
| 4) ลงชื่อ นางอภัย ออรรณงค์ (ผู้บํวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่..... | |
| 5) ลงชื่อ นางอภัย ออรรณงค์ (ผู้บํวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่..... | |
| 6) ลงชื่อ นางอภัย ออรรณงค์ (ผู้บํวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่..... | |
| 7) ลงชื่อ นางอภัย ออรรณงค์ (ผู้บํวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่..... | |
| 8) ลงชื่อ..... (ผู้บํวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่..... | |
| 9) ลงชื่อ..... (ผู้บํวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่..... | |
| 10) ลงชื่อ..... (ผู้บํวย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันที่..... | |

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากกรมอนามัยและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อให้เ็นการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

แนวทางการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Plan) โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้อมูลผู้สูงอายุ:ชื่อ-สกุล.....นางชอุบลรัตน์ งามทรัพย์อินทร์.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....3140800006112.....อายุ.....61.....ปี
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....04 น.อ. 2503.....หมายเลขโทรศัพท์.....084-9098324.....ADL = 8.....
 ข้อมูลอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น :ชื่อ-สกุล นางสาวสุนทร ควรรสของ หมายเลขโทรศัพท์ 063-3698436 สังกัดหน่วยงาน องค์การบริหารส่วนตำบลท่าดินแดง

| หมวด | กิจกรรม | เวลา | ความถี่ |
|-----------------------------|--|--|-----------------------|
| 1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน | <input type="radio"/> การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายกับการแต่งตัว <input type="radio"/> การช่วยเหลือเคลื่อนย้าย หรือการพลิกตะแคงตัว <input type="radio"/> การช่วยเหลือรับประทานอาหาร <input type="radio"/> การช่วยเหลือการขับถ่าย <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ..... | <input type="radio"/> ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input checked="" type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. <input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น. | จำนวน.....วัน/สัปดาห์ |
| | | <input type="radio"/> ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. <input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น. | จำนวน.....วัน/สัปดาห์ |
| | | <input type="radio"/> ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. <input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น. | จำนวน.....วัน/สัปดาห์ |
| | | <input type="radio"/> ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. <input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น. | จำนวน.....วัน/สัปดาห์ |
| 2. การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน | <input type="radio"/> การพยาบาลขั้นพื้นฐาน | <input type="radio"/> ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. <input type="radio"/> 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. <input type="radio"/> 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น. | จำนวน.....วัน/สัปดาห์ |

| หมวด | กิจกรรม | เวลา | ความถี่ |
|--|---|---|----------------------------|
| 3. การดูแลสิ่งแวดล้อมและการ ประสานงาน | ○ การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น และการออกกำลังกาย/ กายภาพเบื้องต้น | ○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. <input checked="" type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. | จำนวน <u>2</u> วัน/สัปดาห์ |
| | | ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. | |
| | ○ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ขั้นพื้นฐาน | ○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. <input checked="" type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. | จำนวน <u>3</u> วัน/สัปดาห์ |
| | | ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. | |
| | ○ การทำแผลเบื้องต้น | ○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 10.00 - 11.00 น. | จำนวน <u>1</u> วัน/สัปดาห์ |
| | | ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. | |
| | ○ การประเมินสัญญาณชีพ | ○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. <input checked="" type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. ○ 10.00 - 11.00 น. | จำนวน <u>3</u> วัน/สัปดาห์ |
| | | ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. | |
| | ○ ดูแลเรื่องยาเบื้องต้น | ○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 10.00 - 11.00 น. | จำนวน <u>1</u> วัน/สัปดาห์ |
| | | ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. | |
| | ○ การประเมินภาวะซึมเศร้า | ○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. <input checked="" type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. ○ 10.00 - 11.00 น. | จำนวน <u>3</u> วัน/สัปดาห์ |
| | | ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. | |
| ○ การดูแลผู้ป่วยของเสีย | ○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 10.00 - 11.00 น. | จำนวน <u>1</u> วัน/สัปดาห์ | |
| | ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. | | |
| ○ การดูแลสถานพยาบาลต่างเบื้องต้น | ○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 10.00 - 11.00 น. | จำนวน <u>1</u> วัน/สัปดาห์ | |
| | ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. | | |
| ○ อื่นๆ ระบุ..... | ○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 10.00 - 11.00 น. | จำนวน <u>1</u> วัน/สัปดาห์ | |
| | ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. | | |
| ○ การทำความสะอาดบ้าน | ○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 10.00 - 11.00 น. | จำนวน <u>1</u> วัน/สัปดาห์ | |
| | ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. | | |
| ○ ดูแลสถานที่ที่พุ่มไม้จากอากาศถ่ายเทสะดวก | ○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. <input checked="" type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. ○ 10.00 - 11.00 น. | จำนวน <u>3</u> วัน/สัปดาห์ | |
| | ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. | | |

| กิจกรรม | เวลา | ความถี่ |
|--|--|--------------------------|
| <input type="radio"/> จัดมพบที่มอบสิทธิ์ผู้สูงอายุในบริเวณบ้าน | ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input checked="" type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น. | จำนวน..... 3 วัน/สัปดาห์ |
| <input type="radio"/> ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้นกับครอบครัว | ก่อนเวลา 09.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น. | จำนวน..... - วัน/สัปดาห์ |
| <input type="radio"/> ให้คำปรึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม | ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น. | จำนวน..... - วัน/สัปดาห์ |
| <input type="radio"/> ประสานความร่วมมือช่วยเหลือและการส่งต่อกับหน่วยงานต่างๆ | ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น. | จำนวน..... - วัน/สัปดาห์ |
| <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ..... | ก่อนเวลา 08.00 น. <input type="radio"/> 08.00 - 09.00 น. <input type="radio"/> 09.00 - 10.00 น. <input type="radio"/> 10.00 - 11.00 น. 11.00 - 12.00 น. <input type="radio"/> 12.00 - 13.00 น. <input type="radio"/> 13.00 - 14.00 น. <input type="radio"/> 14.00 - 15.00 น. 15.00 - 16.00 น. <input type="radio"/> หลังเวลา 16.00 น. | จำนวน..... - วัน/สัปดาห์ |

หมายเหตุ การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการบริการจากบุคลากรในหลากหลายภาคส่วน เช่น นักกายภาพบำบัด พยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข Caregiver อาสาสมัครรับอาสาสมัครท้องถิ่น เป็นต้น ดังนั้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องประสานความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) และการจัดบริการดูแลผู้สูงที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน