

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเปล่ง สุขทวี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3101701355241	ที่อยู่ อ. ผักไห้ จ. พระนครศรีอยุธยา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2472 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ไขมัน เคลื่อนไหวและเดินไม่ไหว ต้องอาศัยคนคอยพยุง เดินขึ้นที่สูงไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- /ซื้อห้าตก</li> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> </ul>	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานา - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	- การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ผู้จัดทำ Care plan นายณรินทร์โชติ สิริพันธ์เตโช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสนธิ แหยมบริบูรณ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3110100509448	ที่อยู่ อ. ผักไห้ จ. พระนครศรีอยุธยา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเดินไม่สะดวกต้องญาติคอยช่วยเหลือเวลาทำกิจวัตรประจำวัน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก งกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/จับถ้วยเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ผู้จัดทำ Care plan นายธนรินทร์โชติ สิริพันธ์เดโช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมใจ เขียวพิลาบ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3140800465826	ที่อยู่ - หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2491 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายนรินทร์โชติ สิริพันธ์เตโช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางช้อย สิบฤกษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3140800001668	ที่อยู่ - หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2471 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยหกล้มกันกระแทกพื้น กระดูกสะโพกเคลื่อน ทำให้เคลื่อนไหวไม่สะดวก ต้อง ได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายณรินทร์โชติ สิริพันธ์เดโช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายนิริวัฒน์ จารุทรัพย์อนันต์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3140800006112	ที่อยู่ อ. ผักไห่ จ. พระนครศรีอยุธยา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 04 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2503 (อายุ 59 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ติดบ้านต้องญาติช่วยในการทำภารกิจประจำวัน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- ชัก/ขีด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b>  <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ท้ายอายุเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่เกิดผลกดทับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นายนรินทร์โชติ สิริพันธ์เตโช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางไพบุลย์ มณีนิล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3140800003636	ที่อยู่ อ. ผักไห่ จ. พระนครศรีอยุธยา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2473 (อายุ 89 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเป็นโรคชราเคลื่อนไหวลำบากต้องใช้ญาติคอยช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul>	<p><b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p><b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b></p> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b></p>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตลก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<p><b>ระยะสั้น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p><b>ระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan นายณรินทร์โชติ สิริพันธ์เตโช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางช่อ สมพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3140800008115	ที่อยู่ อ. ผักไห่ จ. พระนครศรีอยุธยา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2469 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไม่ค่อยมีแรงเดิน ย่อนเพลีย ต้องญาติ คอยพยุง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสามารถในการไต่บัน</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ</li> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<p><b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <p><b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <p><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul>
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตลก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</li> </ul>	<p><b>ระยะสั้น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p><b>ระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- มีอาชีพ มีรายได้</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดผลกดทับ</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นายณรินทร์โชติ สิริพันธ์เตโช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายพัน ประดิษฐ์ศิลป์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3140800008182	ที่อยู่ อ. ผักไห่ จ. พระนครศรีอยุธยา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2472 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเดินไม่สะดวก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ  - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม	เป้าหมายการดูแล  ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายนรินทร์โชติ สิริพันธ์เตโช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางวรรณภรณ์ ปุยสุวรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3140800011141	ที่อยู่ อ. ผักไห้ จ. พระนครศรีอยุธยา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 04 เดือน กันยายน พ.ศ. 2510 (อายุ 52 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ช่วยตัวเองได้ดี ญาติช่วยทำ ภารกิจบางอย่าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตกร กันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายณรินทร์โชติ สิริพันธ์เดโช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายยอด กรอบกระจก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3140800019681	ที่อยู่ - หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 0 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ซา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายณรินทร์โชติ สิริพันธ์เตโช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวจิตรร์ ภูมิเขตต์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3140800012724	ที่อยู่ อ. ผักไห้ จ. พระนครศรีอยุธยา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2491 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองทำภารกิจประจำวันได้เอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท		การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง	ระยะสั้น - ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายณรินทร์โชติ สิริพันธ์เตโช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสวิง ฤกษ์สำรวจ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3140800007640	ที่อยู่ อ. ผักไห้ จ. พระนครศรีอยุธยา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 25 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยดูลมโปรงพอง เหนื่อยบ่อย ต้องญาติดูแลใกล้ชิด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>	<b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul>
ชื่อควรรวังในการให้บริการ  - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ปวดกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล  ระยะสั้น -  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	<b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>
ผู้จัดทำ Care plan นายนรินทร์โชติ สิริพันธ์เดโช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	