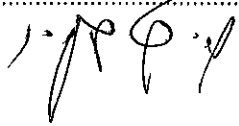


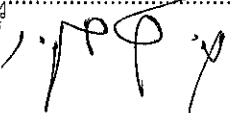
ឆ្នាំមហាស៊ីមស៊ីម
ឈ្មោះប្រធានប្រតិភូក្រុមប្រឹក្សាភិបាលសហគ្រាស

ឆ្នាំមហាស៊ីមស៊ីម
(សហគ្រាស ធានាសុខភាព)

.....
.....


ឆ្នាំមហាស៊ីមស៊ីម
ឈ្មោះប្រធានប្រតិភូក្រុមប្រឹក្សាភិបាលសហគ្រាស

(.....)

.....
.....

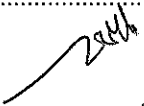
ឆ្នាំមហាស៊ីមស៊ីម

(.....)

.....
.....

ឈ្មោះប្រធានប្រតិភូក្រុមប្រឹក្សាភិបាលសហគ្រាស

(.....)

.....
.....

ឆ្នាំមហាស៊ីមស៊ីម

.....

ឆ្នាំមហាស៊ីមស៊ីម

.....

ឆ្នាំមហាស៊ីមស៊ីម
ឈ្មោះប្រធានប្រតិភូក្រុមប្រឹក្សាភិបាលសហគ្រាស

.....

ឆ្នាំមហាស៊ីមស៊ីម ១ - ១

ឆ្នាំមហាស៊ីមស៊ីម

ឆ្នាំមហាស៊ីមស៊ីម ១ - ១

.....

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราค่ารถเข็นค่าบริการ เหนียวจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางวิมล ลียุทธานนท์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5841200011442 เกิดวันที่ 05 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2479 (อายุ 84 ปี)	ที่อยู่ 425/4 ม.1 ต.พรทิ อ.บ้านนาสาร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) วินิจฉัย : ADL=2, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีความพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,095 บาท ✓ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าอ้อมสำร็จรูป(L) 175 บาท × 25 กูง = 4,375 บาท นมเสริมอาหาร 360 บาท : 2 ลัง = 720 บาท ✓	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(บัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ชื่อโครงการ/วงเงินให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีผลตกทับ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดหาพาหนะล้อและ การปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางจนิษฐา แก่นเล่า	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราค่าดูแลพยาบาลบริการ เหมมาจ่าย/ราย/ปี]**

<p>ชื่อ นายโกศล จงจิตร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841400020601</p>	<p>ที่อยู่ 1/5 ม.1 ต.พุ่มพู่ อ.บ้านนาสาร จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) - ริโนฉฉัย : ADL=3, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยอ่อนแรงแขนขาข้างขวา ไม่สามารถเดินได้ MMT : Rt. upper limb เกรด 2, lower limb เกรด 1 limit ROM of Rt shoulder</p>	<p>วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2491 (อายุ 72 ปี)</p>	<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,180 บาท ✓ โดยมีรายละเอียดดังนี้ นมเสริมอาหารเอนซัวร์ 85*6 กระป๋อง = 5,100 บาท, นมกล่องเสริมอาหาร 360 บาท x 3 ลัง = 1,080 บาท</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ส่วนใส่เสื้อตัวเองไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดหาพนักถนัดมือและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>เป้าหมายการดูแล</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 30 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม 	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางชนิษฐา แซ่เล่า</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)</p>	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการบริการสนับสนุนการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่ารถเข็นค่าบริการ เหมมาจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นางอารีย์ สติเตเสถียร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841200323278</p>	<p>ที่อยู่ 399/2 หมู่ 1 ต.พรุพิ อ.บ้านนาสาร จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0892901435</p>	<p>วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2563</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492 (อายุ 71 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=4, IAI=3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,030 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าอ้อมสำราญรูป(L) 175 บาท x 20 ถุง = 3,500 บาท, แผ่นรองซับ 110 บาท x 15 ถุง = 1,100 บาท, ไม่เท่า 4 ซา 430 บาท x 1 อัน</p>	<p>- กลืนบัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ส่วนในสี่อวัยวะไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย (บัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</p>
<p>ชื่อศรระวีงในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซึบถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ซึบถ่ายเองได้</p>	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางชนิษฐา แซ่เล่า</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสันนิษฐาน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการขาดเสียค่าบริการ เหมากจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อนายแพทย์คุณ โนมศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841200366945</p>	<p>ที่อยู่ 460/1 น.1 ต.พรทิ อ.บ้านนาสาร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2491 (อายุ 72 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง อ่อนแรงซีกซ้าย</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,170 บาท ✓ โดยมีรายละเอียดดังนี้ นมเสริมอาหาร 360 บาท × 12 ลิ้ง = 4,320 บาท, อาหารเสริมแอมซัวร์ 850 × 1 กรัม/ซอง = 850 บาท</p>	<p>ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ส่วนใส่เสื้อตัวเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - การช่วยในระบอบขับถ่าย(บัสสาวะ) - การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ</p>
<p>ชื่อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สงบ (Braid) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดการสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>- การพาลัดตกหกถล่ม</p>	<p>ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p> <p>ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ปฏิบัติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่มีอุปกรณ์</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ปวย)</p>

**แผนการดูแลสุขภาพบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง การดูแลค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางแฉ่ม แก้วสุขศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841200294545 เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2473 (อายุ 90 ปี)	ที่อยู่ 50 ม.1 ต.พรุฬ อ.บ้านนาสาร จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) ฉุกเฉิน: ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: รู้สึกตัวดี นอนบนเตียง การผูกข้อศอกโปกหัก เติมน้ำไม่ได้	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีความพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,400 บาท ✓ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าอ้อมสำเสร็จรูป (L) 175 บาท × 10 ถุง = 1,750 บาท, แผ่นรองซับ 110 บาท × 10 ๑ = 1,100 บาท, นมเสริมอาหารเอนซัวร์ 850 บาท × 3 กระป๋อง = 2,550 บาท ✓	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลัมือแขน ขา - ส่วนใส่เสื้อตัวเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สะโพก (hip) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดทำสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - บ่อยกัมภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่ารถเข็นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/สัปดาห์)**

ชื่อ นางพูนสุข เซซัง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841200284612	ที่อยู่ 93/2 ม.4 ต.พรุพิง อ.บ้านนาสาร จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0927625229	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 03 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2514 (อายุ 49 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, IAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : Case Scoliosis มี กระดูกคอกงอ เจาะคอ ใส่ TT tube on spontaneous ventilater รู้สึกตัวดี เคลื่อนไหวบนเตียงได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีความพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,185 บาท ✓ โคร "รายละเอียดดังนี้ แผนรองรับ 110 บาท×5ถุง= 550 บาท/แอมบิลอกฮอล (450 ซีซี) 55 บาท×10ขวด=550 บาท, สำลี้ก้อน (450 กรัม) 195 บาท×5ถุง=975 บาท, สายดูดเสมหะ 275 บาท×10ถุง=2,750 บาท,นมเสริมอาหาร 360 บาท×1ลิ้ง= 360 บาท	- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ส่วนใส่เสื้อตัวเองไม่ได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอก (thorax) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลี้กอาหาร - การพ้ลัดตกหล่น	ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	ผู้จัดทำ เห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อสนองต่อคนละอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสัมภาษณ์
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการผลิตแยกค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสุชาติ แก้วเขียน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841200364292	ที่อยู่ 440 ม.1 ต.พรุฬห์ อ.บ้านนาสาร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2484 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี เดินลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 จำนวนเงิน 5,350 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าอ้อมสำร็จรูปแบบ รวม(L) 400 บาท × 7ถุง = 2,800 บาท, อาหาร เสริม เอนซัวร์ 850 บาท × 3กระป๋อง = 2,550 บาท.	- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ช่วยถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan นางชนิษฐ์รา แซ่เล่า	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุก่อนถึงภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุก่อนถึงภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลพยาบาล/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นายถลอง คุณงาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3809700013585</p>	<p>ที่อยู่ 555 ม.3 ต.พรุฬห์ อ.บ้านนาสาร จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0980179050</p>	<p>วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485 (อายุ 78 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=2, IAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ตา2ข้างมองไม่เห็น</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเมินปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,080 บาท ✓ โดยมีรายละเอียดดังนี้ แผนครองชีพ 110 บาท × 27 = 2,200 บาท, นมเสริมอาหาร 360 บาท × 8 ลิตร = 2,880 บาท, ✓</p>	<p>- กลืนแข็งสภาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแอแรง ของกำลังมือแขน ฯลฯ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งมดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/ล้าล็กอาหาร - ข้อติด/ข้อเข่าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>เป้าหมายการดูแล</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ 	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางชนิษฐา แซ่เล่า</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)</p>	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่ารถเข็นค่าบริการ เมฆาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางขอม ประดิษฐ์สาร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841200297676	ที่อยู่ 224/1 น.1 ต.พรพิ อ.บ้านสา ร.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2472 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย: ADL=0, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : นอกติดเตียง ไม่สามารถสื่อสารได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนบัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(บัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,625 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป(□) 175 บาท × 5 ถุง = 875 บาท, อาหารเสริมกลูเทอรันนา 950 บาท × 5 กระป๋อง = 4,750 บาท (๔๙๕๐)	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ		
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 	
ผู้จัดทำ Care plan นางชนิษฐา แซ่เล่า	ผู้พิจารณาเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมิภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุมิภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าชดเชยค่าบริการ เมฆาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายจักรพงษ์ ชัยสุกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 184200002891	ที่อยู่ 363 หมู่ 2 ต.พรุฬห์ อ.บ้านนาสาร อ.บ้านนาสาร จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 06 เดือน เมษายน พ.ศ. 2527 (อายุ 36 ปี)	วิฉฉฉฉ : ADL=0, TAI=3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนบัสติสภาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแอแรง ของกำลังมือแขน ขา - ส่วนใส่เสื้อตัวเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งสกปรกทั่วไป - โภชนาการ
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,055 บาท ✓ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ญกวกฎ 3 ml. 250 × 3 กส. = 750 บาท, เกล็ดสนปัสสาวะ 95 × 20 หลอยด์ = 1,900 บาท, แอลกอฮอล์ (70 %) 55 บาท × 10 ซวด = 550 บาท, แผ่นรองซับ 110 บาท × 5 ถุง = 550 บาท, สำล็ก้อน 195 บาท × 3 ถุง = 585 บาท, นมเสริมอาหาร 360 บาท × 2 ลิ้ง = 720 บาท ✓	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดหาสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ 	
ผู้จัดทำ Care plan นางชนิษฐา แซ่เล่า	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรักษาบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดแยกค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นายนิติน สุขมิตสา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3800700085197</p>	<p>ที่อยู่ 462/6 ม.1 ต.พรุฬห์ อ.บ้านนาสาร จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)</p>	<p>วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485 (อายุ 78 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี การเดินผิดปกติ เดินช้า ก้าวสั้น ทรงตัวไม่ดี</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1</p>	<p>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 4,030 บาท ✓ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ไม่ทำ 4 ซา 430 บาท × 1 อ้อ 430 บาท/นมเสริมอาหาร 360 บาท × 10 ลิ้ง = 3600 บาท</p>		
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์</p>	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางชนิษฐา แซ่เล่า</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุนับสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุนับภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหนมาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายปรีชา สุทธิ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841200336761	ที่อยู่ 273/1 ม.3 ต.พรทิ อ.บ้านนาสาร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2495 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : case HT old CVA Epilepsy CKD stage 3	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเมินปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 จำนวนเงิน 3,600 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ นมเสริมอาหาร 360 บาท × 10 ลิ้ง = 3,600 บาท	- มีความอ่อนแอแรง ของกำลังมือแขน ฯลฯ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดการสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชี้แจงรายละเอียดให้บริการ ~ การพลัดตกหกล้ม	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางชนิษฐา แซ่เล่า	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จากรถยนต์ส่วนบุคคล
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่ารถพยาบาลค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมหวัง มีมาก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5841200016835	ที่อยู่ 227/1 ม.4 ต.พรั้ว อ.บ้านนาสาร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) รินจฉาย : ADL=2, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สื่อสารได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2563	
เกิดวันที่ 17 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2516 (อายุ 47 ปี)	สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีความพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 จำนวนเงิน 4,900 บาท ✓ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าก่อสร้าง (3x3) 18 บาท x 50 ลูก = 900 บาท, แผ่นรองขับ 110 x 10 = 1,100 ✓ บันได นมเสริมอาหาร 360 บาท x 6 ลัง = 2,160 ✓ บาท, โมโครเฟอร์ 37 บาท x 20 ม้วน = 740 บาท ✓	- กลับไปใส่สวามีไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อตัวเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย (บัสสวามี) - การช่วยในระบบขับถ่าย (อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ	
ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	เข้าพบเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ หมายเหตุ ราย/ปี)**

ชื่อ นางผ่อง บรรจงวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3841200372112	ที่อยู่ 719 ม.1 ต.พรุฬห์ อ.บ้านนาสาร จ.สุราษฎร์ธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0874742662	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2472 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : case stroke ตั้งแต่ ปี 63 นอนติดเตียง รู้สึกตัว ลือสารรู้เรื่องเป็นบางครั้ง แขนขาซ้ายอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายเหตุรายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีความพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายเหตุรายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,250 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าอ้อมสำร็จรูป(L) 175 1. 1 x 20 ถัง=3,500 บาท,ถุงมือลาเท็กซ์ 250 บาท x4 กล่อง=1,000 บาท,ก้อน(3x3) 18 บาท x 20ถัง=360 บาท,สัลกี้อน 195 บาท x 2ถัง=390 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อตัวเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบับขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบับขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการใช้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - บ่อยเกินภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางชนิดธรรมา แซ่เล่า	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่ารถเข็นค่าบริการ เหมมาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางธิดิมา ปานศิริ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1849801223872 เกิดวันที่ 29 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2549 (อายุ 14 ปี)	ที่อยู่ 429/6 ม.1 ต.พรทิ อ.บ้านนาสาร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) วินิจฉัย : ADL=2, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้	วันที่จัดทำ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีความพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าอ้อมสำเร็จรูป(M) 160 บาท x 25 ถัง = 4,000 บาท, นมเสริมอาหาร 360 x 5 x 7 ถัง = 1,800 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ่าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดทำสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นางชนิษฐ์า แซ่เล่า	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

(សម្បត្តិរដ្ឋ ក្រុងសៀមរាប)

ក្រសួង ច្បាប់
Signature

(ក្រសួងព្រះបរមរាជវាំង)

ក្រសួង ច្បាប់
Signature

អគ្គនាយកដ្ឋានសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ

(ក្រសួងព្រះបរមរាជវាំង)

នាយកដ្ឋានសេដ្ឋកិច្ច ច្បាប់

Signature

អគ្គនាយកដ្ឋានសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ

(ក្រសួងព្រះបរមរាជវាំង)

ក្រសួងព្រះបរមរាជវាំង ច្បាប់

Signature

ក្រសួងព្រះបរមរាជវាំង

ច្បាប់ស្តីពីការងារសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ ក្រសួងព្រះបរមរាជវាំង