

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหนูถิ่น ทิพคำมี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900624282	ที่อยู่ 83 หมู่ 11 ตำบลกุดหวาย อำเภอศิขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 26 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2513 (อายุ 51 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัว โรคเบาหวาน,โรคความดันโลหิตสูง,โรคไต	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางช่วย ทองคำ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900114845	ที่อยู่ 9 หมู่ 5 ตำบล กุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2477 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ  - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล  ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพรหมมี ทองมุกข์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900113733	ที่อยู่ 3 หมู่ 5 ตำบล กุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 15 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2466 (อายุ 98 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	<b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน</li> <li>- ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน</li> <li>- ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....อภินันท์ เพชรงาม.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาว อภินันท์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....[.....].....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราารชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางสาว วันโสภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900118093	ที่อยู่ 40 หมู่ 5 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพ้ดตกหล่น - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม]

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราารชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายพุด บูราคร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3321200345900	ที่อยู่ 30/2 หมู่ 6 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ  - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล  ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....<sup>1</sup> อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....  
[.....] อกพ.

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายประสพ สุขยานุติษฐ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900602386	ที่อยู่ 29 หมู่ 6 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2488 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายทา สินสุพรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900608431	ที่อยู่ 40 หมู่ 7 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 16 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2490 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ ตัวเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....อรอนงค์ เพชรงาม.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [ นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....[.....].....อปท.  
 [.....]

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





แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเด่น สาสีพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900117887	ที่อยู่ 38 หมู่ 5 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 06 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2483 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ  - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	เป้าหมายการดูแล  ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....อรอนงค์ เพชรงาม.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [ นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....[.....].....อปท.  
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางสาวพรหม มหาสนธิ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900110009	ที่อยู่ 8/1 หมู่ 4 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 23 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2504 (อายุ 60 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....อรอนงค์ เพชรงาม.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายจิรัชย์ นิสัยกล้า เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900619378	ที่อยู่ 61 ม.10 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 12 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 23 เดือน เมษายน พ.ศ. 2500 (อายุ 64 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 7,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน
ข้อควรระวังในการให้บริการ  - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล  ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> </ul>	ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ - การปรับสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....*อรอนงค์ เพชรงาม*.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [ *นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม* ]

ลงชื่อ..........อปท.  
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว พงษ์สุวรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900619963	ที่อยู่ 65 หมู่ 8 ตำบลกุดหวาย อำเภอศรีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ  - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล  ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)

ชื่อ นายคำเผย เพ็ชรนาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900114381	ที่อยู่ 6/4 หมู่ 5 ต.กุดหวาย อ. ศิขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2495 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/กล้ามเนื้อแขนขา อ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 6 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.สอรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... อรอนงค์ เพชรงาม ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ..... ..... อปท.  
[.....]

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



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายแดง วันแสน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900112672	ที่อยู่ 102 หมู่ 5 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2484 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>~ ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>~ ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- การหลงทาง</li> </ul>	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ฟิ้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อพท.

[นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหมาร้อย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสัมฤทธิ์ ศิลา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900114900	ที่อยู่ 10 หมู่ 5 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 23 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาร้อยรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาร้อยรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ท้อง (stomach)
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - แผลหาย ภายใน 2 เดือน - ฟันดูแลสุขภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....อรอนงค์ เพชรงาม.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [ นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ..........อปท.  
 [.....]

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



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายผอง บุญใหญ่ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900977851	ที่อยู่ 61 หมู่ 4 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2490 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางหัน นนทวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900109655	ที่อยู่ 3 หมู่ 4 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัด สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 12 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2470 (อายุ 94 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน - หุ่นสุขภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[ นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม ]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองคำ ยินดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900621429	ที่อยู่ 35 หมู่ 10 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 07 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2485 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 (นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม)

ลงชื่อ.....อปท.  
 (.....)

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุญมี ดาวศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900109868	ที่อยู่ 4/1 หมู่ 4 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 03 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2491 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....อรอนงค์ เพชรงาม.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาว อ.อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....[.....].....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางศรีป เจือจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3240800358956	ที่อยู่ 6/1 หมู่ 11 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 04 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2490 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท		การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรรวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ฟันฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... [ นงสาวดี เพชรงาม ] ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาว นงสาวดี เพชรงาม ]

ลงชื่อ..... [ ] อปท.  
[ ]

ลงชื่อ..... [ ] เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสุภกิจ ภัลยาโพธิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900629021	ที่อยู่ 71 หมู่ 11 ตำบลลุดทวาย อำเภอศรีภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 29 เดือน มกราคม พ.ศ. 2525 (อายุ 39 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับความรู้และอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม]

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว ทองสะอาด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900629489	ที่อยู่ 113 หมู่ 11 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2495 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีโรคประจำตัว โรคหลอดเลือดสมอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ  - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล  ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....อรอนงค์ เพชรงาม.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....[.....].....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราารชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทุมมา ทองสะอาด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900629501	ที่อยู่ 80 หมู่ 11 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2499 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การหลงทาง</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [นางสาว ออรอนงค์ เพชรงาม]

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

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



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางคำพุด ศรีบุญเรือง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900628857	ที่อยู่ 35/1 หมู่ 11 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 02 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2506 (อายุ 58 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/จับถ้วยเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [ นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางตรีล สมบัติวงศ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900624258	ที่อยู่ 83/1 หมู่ 11 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2516 (อายุ 48 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ซา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - แผลหาย ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....อรอนงค์ เพชรงาม.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางลี หาญยิ่ง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900627591	ที่อยู่ 33 หมู่ 11 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 06 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม]

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ อพท.  
[\_\_\_\_\_]

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่การเงิน  
[\_\_\_\_\_]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายอวย หาญยิ่ง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900627559	ที่อยู่ 33 หมู่ 11 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 06 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 30 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2487 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ตาบอด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อภินันท์ เพ็ชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 ([ นามสกุล อภินันท์ เพ็ชรงาม ])

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ อปท.  
 [ \_\_\_\_\_ ]

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [ \_\_\_\_\_ ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางน่าน แสงอุ่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900625157	ที่อยู่ 12 หมู่ 11 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 06 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 04 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2508 (อายุ 56 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีโรคประจำตัว โรค โรคไต	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... อรอนงค์ เพชรงาม .....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [ นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ..... .....อปท.  
 [ ..... ]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายไส สาทร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320901003052	ที่อยู่ 19 หมู่ 11 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 28 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 [อายุ 81 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [ นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ อปท.  
 [ \_\_\_\_\_ ]

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [ \_\_\_\_\_ ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายลัน สาร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900626331	ที่อยู่ 100 หมู่ 11 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 18 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2492 [อายุ 72 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[ นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม ]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหมายจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเพ็ง สีลาทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5320900044118	ที่อยู่ 21/2 หมู่ 11 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 04 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 21 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2476 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน,โรคความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>~ ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>~ ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>~ มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา</li> <li>~ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	ระยะสั้น - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....อ.อนงค์ เพชรงาม.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[นางสาว อ.อนงค์ เพชรงาม]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางนาลี รัตนะวัน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900628296	ที่อยู่ 43/1 หมู่ 11 ตำบล กุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2489 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายอภิชัย หมายชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900619157	ที่อยู่ 79 หมู่ 10 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 30 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2523 [อายุ 41 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตลก	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... อภิชาติ เพชรงาม .....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นกสว อภิชาติ เพชรงาม ]

ลงชื่อ..... .....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายยัน ศรีหวาด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900112761	ที่อยู่ 32 หมู่ 4 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 19 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2475 (อายุ 89 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>✓ ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>✓ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>✓ มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... อรอนงค์ เพชรงาม ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ..... [ ] ..... อปท.

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางอัม ศรีหวาด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900112770	ที่อยู่ 32 หมู่ 4 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 23 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 19 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2477 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ อปท.  
[ \_\_\_\_\_ ]

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่การเงิน  
[ \_\_\_\_\_ ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทศ นิสัยกล้า เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900618720	ที่อยู่ 6/1 หมู่ 10 ต.กุดหวาย อ. ศิขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลัมือแขน ซา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 6 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[ นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม ]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการค่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางสาวรอย ดวงใจ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900611784	ที่อยู่ 70 หมู่ 7 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 06 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2510 (อายุ 54 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัว โรคเบาหวาน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ .....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเอ็น แสงสุข เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900613141	ที่อยู่ 40 หมู่ 8 ตำบลกุดหวาย อำเภอศรีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 24 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2475 (อายุ 89 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัว โรคเบาหวาน,โรคความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> </ul> การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ</li> <li>- การหลงทาง</li> </ul>	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน</li> <li>- ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน</li> </ul> ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul>	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... อรอนงค์ เพชรงาม .....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....  
[.....] .....อปท.

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว จันทร์สนธิ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900116031	ที่อยู่ 21 หมู่ 5 ตำบล กุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2483 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง อัมพาตซีกซ้าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ซา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - กบII ภายใน 6 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [ นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

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



**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางโสด นิสัยกล้า เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900618746	ที่อยู่ 6/2 หมู่ 10 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2491 [อายุ 73 ปี]	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การผลิตตกหล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....อรอนงค์ เพชรงาม.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม]  
  
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.  
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายเกว๋ สง่างาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900613230	ที่อยู่ 6/2 หมู่ 10 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 07 เดือน เมษายน พ.ศ. 2490 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความสามารถในการได้ยิน - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... อรอนงค์ เพชรงาม .....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นวสา อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว นิลโชติ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900109485	ที่อยู่ 2 หมู่ 4 ตำบลสุทนต์ อำเภอกีฬารัฐมิจังหวัด สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 20 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2472 (อายุ 92 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายดาว ส่งางาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900613787	ที่อยู่ 46 หมู่ 8 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2484 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางแปด สาร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900626218	ที่อยู่ 22 หมู่ 11 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 22 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2484 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....อรอนงค์ เพชรงาม.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 ([นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม])

ลงชื่อ.....[ ].....อปท.  
 ([ ])

ลงชื่อ.....[ ].....เจ้าหน้าที่การเงิน  
 ([ ])

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสิทธิ์ วันศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3330500596800	ที่อยู่ 34/1 หมู่ 8 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 06 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489 [อายุ 75 ปี]	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ความสามารถในการได้ยิน</li> <li>✓ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>✓ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>✓ ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การหลงทาง</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นาง อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ..... [ ] อปท.

ลงชื่อ..... [ ] เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกอน วันดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900626846	ที่อยู่ 30 หมู่ 11 ตำบลลูกตหวาย อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 06 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 16 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2483 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul>	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อชนงค์ ไพโรจน์งาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[ นางสาว อชนงค์ ไพโรจน์งาม ]

ลงชื่อ.....อปท.  
[.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายมุด หมายชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900619084	ที่อยู่ 57/2 ม.10 ต.กุดหวาย อ.ศิขรภูมิ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2497 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัว โรคหลอดเลือดสมอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... นพ.นงค์ เพชรงาม ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
[นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม]

ลงชื่อ..... อปท.  
[.....]

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



แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายอานวย ชมชื่นดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900620325	ที่อยู่ 22 หมู่ 10 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 28 เดือน กันยายน พ.ศ. 2520 (อายุ 44 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - ฟิ้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน  ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)  
 [ นางสาวอรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ อปท.  
 [ \_\_\_\_\_ ]

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่การเงิน  
 [ \_\_\_\_\_ ]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายจันทร์ ทองอินทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900610630	ที่อยู่ 13 หมู่ 8 ตำบลกุดหวาย อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 24 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2489 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัว โรคหลอดเลือดสมอง,โรคความดันโลหิตสูง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อรอนงค์ เพชรงาม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อรอนงค์ เพชรงาม ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[ นางสาว อรอนงค์ เพชรงาม ]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]