



คำสั่งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง
ที่ ๑/๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง ร่วมกับสำนักงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขึ้น เพื่อให้การบริหารและการใช้จ่ายเงินงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ นั้น


อาศัยอำนาจตามข้อ ๑๘ ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๑ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขององค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง ดังนี้

- | | | |
|--|--|----------------------|
| ๑. นายองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง | | ประธานกรรมการ |
| ๒. นายวิชัย रामจันทร์ | ผู้แทนกองทุนฯ | อนุกรรมการ |
| ๓. นายอัมพร ฐระพล | ผู้แทนกองทุนฯ | อนุกรรมการ |
| ๔. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพ็ญหรือผู้แทน | | อนุกรรมการ |
| ๕. สาธารณสุขอำเภอเพ็ญหรือผู้แทน | | อนุกรรมการ |
| ๖. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านด่าน | | อนุกรรมการ |
| ๗. นางสาวอมลวรรณ สุริยะเดช | ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ | อนุกรรมการ |
| ๘. นางวิมล แก้วเชียงหวาง | ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง | อนุกรรมการ |
| ๙. ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล | | อนุกรรมการ |
| ๑๐. นายวสุพล ตันตะสุทธิ | นักวิชาการสาธารณสุข | อนุกรรมการ/เลขานุการ |

มีหน้าที่พิจารณาอนุมัติโครงการ แผนการดูแลรายบุคคล รวมถึงค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ หรือสถานบริการ และปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖

(ลงชื่อ).....

(นางปัญญาสิริย์ จำปาแดง)
ประธานอนุกรรมการฯ



คำสั่งกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง
ที่ ๒/๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
องค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง

ตามที่องค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง ร่วมกับสำนักงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขึ้น เพื่อให้การบริหารและการใช้จ่ายเงินงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์
นั้น

อาศัยอำนาจตามข้อ ๑๗ ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์
เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ในระดับ
ท้องถิ่น หรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๑ จึงแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ของกองทุน
ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง ดังนี้

๑. นางสุดารัตน์ ชูระพล ตำแหน่ง รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
๒. นายวสุพล ตันตะสุทธิ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
๓. นางสาวธาดาทพร เพชรสุกร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุข

มีหน้าที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ช่วยเหลือคณะกรรมการ
กองทุน หลักประกันสุขภาพ ในการบริหารจัดการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่
ให้เป็นไปตามระเบียบ ข้อบังคับและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารกองทุนและปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ที่ได้รับ
มอบหมาย โดยให้ได้รับค่าตอบแทน ตามข้อ ๖, ๗, ๘ ในหมวด ๓ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๓
กันยายน ๒๕๖๑

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖

(ลงชื่อ).....

(นางปัญญาสิริย์ จำปาแดง)

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

สำเนาฉบับ



ที่ อต ๗๖๕๐๑/ว ๖๖๔

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง
หมู่ที่ ๙ ตำบลเชียงหวาง อำเภอเพ็ญ
จังหวัดอุดรธานี ๔๑๑๕๐

๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี ๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพ็ญ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ระเบียบวาระการประชุมคณะอนุกรรมการฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง ได้ดำเนินการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงหวาง-บ้านด่าน ซึ่งได้จัดทำโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตตำบลเชียงหวาง เพื่อดำเนินการโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง จึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมประชุมคณะอนุกรรมการฯ ในวันอังคารที่ ๒๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๓๐ น. ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง เป็นต้นไป

ดังนั้น เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์การสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตตำบลเชียงหวาง จึงขอเรียนเชิญท่านหรือผู้แทนเข้าร่วมประชุมตามกำหนดวัน เวลา และสถานที่ข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางปัญญศิริย์ จำปาแดง)
ประธานกรรมการกองทุนฯ

งานสาธารณสุข
สำนักงานปลัด อบต.เชียงหวาง
โทรศัพท์/โทรสาร. ๐-๔๒๒๑-๙๖๗๐

	ปลัด อบต.
	รองปลัด อบต.
	หน.ฝ่าย/ส่วน
	ผู้พิมพ์/ร่าง

ระเบียบวาระการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
ครั้งที่ ๑ ประจำปี ๒๕๖๖

วันที่ ๒๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

.....

- ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งต่อที่ประชุมทราบ
- ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องเพื่อทราบ
- ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องพิจารณาอนุมัติแผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคล
ในเขตตำบลเชียงหวาง
- ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องอื่นๆ

สำเนาฉบับ



ที่ อต ๗๖๕๐๑/ว ๖๖๔

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง
หมู่ที่ ๙ ตำบลเชียงหวาง อำเภอแพะใหญ่
จังหวัดอุดรธานี ๔๑๑๕๐

๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี ๒๕๖๖

เรียน สาธารณสุขอำเภอแพะใหญ่

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ระเบียบวาระการประชุมคณะกรรมการฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง ได้ดำเนินการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงหวาง-บ้านด่าน ซึ่งได้จัดทำโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตตำบลเชียงหวาง เพื่อดำเนินการโอนเงินค่าบริการทางการแพทย์กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง จึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการฯ ในวันอังคารที่ ๒๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๓๐ น. ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง เป็นต้นไป

ดังนั้น เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์การสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตตำบลเชียงหวาง จึงขอเรียนเชิญท่านหรือผู้แทนเข้าร่วมประชุมตามกำหนดวัน เวลา และสถานที่ข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางปัญญศิริย์ จำปาแดง)
ประธานกรรมการกองทุนฯ

งานสาธารณสุข
สำนักงานปลัด อบต.เชียงหวาง
โทรศัพท์/โทรสาร. ๐-๔๒๒๑-๙๖๗๐

	ปลัด อบต.
 ปลัด อบต.
 ทน.ฝ่าย/ส่วน
 ผู้พิมพ์/ร่าง

ระเบียบวาระการประชุมคณะอนุกรรมการการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
ครั้งที่ ๑ ประจำปี ๒๕๖๖
วันที่ ๒๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

.....

- ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งต่อที่ประชุมทราบ
- ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องเพื่อทราบ
- ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องพิจารณาอนุมัติแผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคล
ในเขตตำบลเชียงหวาง
- ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องอื่นๆ

รายงานการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ครั้งที่ ๑ / ๒๕๖๖

เมื่อวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง

ผู้มาประชุม

๑. นางปัญญาสิริย์ จำปาแดง	นายก อบต. เชียงหวาง	ประธานอนุกรรมการ
๒. นายวิชัย रामจันทร์	ผู้แทนกองทุนฯ	อนุกรรมการ
๓. นายอัมพร ฐระพล	ผู้แทนกองทุนฯ	อนุกรรมการ
๔. สาธารณสุขอำเภอเพ็ญหรือผู้แทน		อนุกรรมการ
๕. ผอ.รพ.สต.บ้านด่าน		อนุกรรมการ
๖. นางสาวอมลวรรณ สุริยะเดช	ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ	อนุกรรมการ
๗. นางวิมล แก้วเชียงหวาง	ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	อนุกรรมการ
๘. นายสหัสวัฒน์ วงศ์ศรี	ปลัด อบต. เชียงหวาง	อนุกรรมการ
๙. นายวุฒพล ต้นตะสุทธิ	นักวิชาการสาธารณสุข	อนุกรรมการ/เลขานุการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นางสุดารัตน์ ฐระพล	ตำแหน่ง รองปลัด อบต. เชียงหวาง	จนท.ผู้ปฏิบัติงานกองทุนฯ
๒. น.ส.ธาดาทพร เพชรสุกร	ตำแหน่ง ผู้ช่วยเจ้าพนักงานสาธารณสุข	จนท.ผู้ปฏิบัติงานกองทุนฯ

ผู้ไม่มาประชุม

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพ็ญหรือผู้แทน ตติการกิจ

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๓๐ น.

ประธานกล่าวเปิดประชุม และดำเนินการตามระเบียบวาระการประชุมดังต่อไปนี้

ระเบียบวาระที่ ๑. เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า เมื่อปีงบประมาณ ๒๕๖๖ องค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง ได้รับงบประมาณจากกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๖๖,๑๕๐ บาท เมื่อวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ แต่ ณ ขณะนั้น ทางองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านด่านและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงหวาง ยังไม่พร้อมในเรื่องของบุคลากร ที่ยังไม่ได้เข้ารับการอบรมการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้น งบประมาณที่ได้รับมาในปี ๒๕๖๔ จึงยังไม่มีเบิกจ่ายให้กับหน่วยจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ตำบลเชียงหวาง

ที่ประชุมรับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒. เรื่องรับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๓. เรื่องเสนอพิจารณา

ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านด่านและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงหวาง ได้ส่งบุคลากรเข้ารับการ

ทวงแล้ว พบว่ามีทั้งหมด ๑๒ ราย จึงได้เขียนแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการเหมาจ่าย ขอสนับสนุนงบประมาณปี ๒๕๖๔ เพื่อให้คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ทำการพิจารณาอนุมัติงบประมาณ รายละเอียด ดังนี้

๑. ค่าจ้างเหมาผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน ๑ คนๆ ละ ๖๐๐ บาท จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๗,๒๐๐ บาท

๒. ค่าวัสดุในการดูแลผู้สูงอายุ

๒.๑ ผ้าอ้อม (แพมเพิส)

กลุ่มที่ ๑ จำนวน ๕ คน คนละ ๕,๔๕๐ บาท เป็นเงิน ๒๗,๒๕๐ บาท

กลุ่มที่ ๒ จำนวน ๒ คน คนละ ๕,๔๕๐ บาท เป็นเงิน ๑๐,๙๐๐ บาท

กลุ่มที่ ๓ จำนวน ๓ คน คนละ ๕,๖๐๐ บาท เป็นเงิน ๑๖,๘๐๐ บาท

กลุ่มที่ ๔ จำนวน ๒ คน คนละ ๕,๖๐๐ บาท เป็นเงิน ๑๑,๒๐๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๖๖,๑๕๐ บาท

มติ ที่ประชุม อนุมัติ

ระเบียบวาระที่ ๔. เรื่องอื่นๆ

๔.๑ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน ๑๒ ราย ซึ่งได้ทำการประเมินตามเกณฑ์มาทดแทนแล้ว และจะเขียนแผนเข้ามาเพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาอีกครั้ง

มติ ที่ประชุม รับทราบ

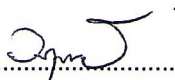
๔.๒ งบประมาณในปีถัดไป ขึ้นอยู่กับข้อมูลสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ทาง รพสต.กรอกข้อมูลในระบบ

มติ ที่ประชุม รับทราบ

๔.๓ งบประมาณกองทุนสุขภาพอื่นๆ จะมีการพิจารณาในคณะกรรมการ ในวาระต่อไป

มติ ที่ประชุม รับทราบ

เลิกประชุมเวลา ๑๒.๐๐ น.

(..........)

นายวสุพล ตันตะสุทธิ

ผู้จัดรายการประชุม

(..........)

นางปัญญศิริย์ จำปาแดง

ผู้ตรวจรายการประชุม

โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงหวาง ตำบลเชียงหวาง อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี
ประจำปี 2567

1. หลักการและเหตุผล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง หมายความว่า ผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน และตามหลักเกณฑ์การประเมินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด จำแนกกลุ่มเป้าหมาย ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง
- 2) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสนทางสมอง และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย
- 3) กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง
- 4) กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

การขับเคลื่อนพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ และการบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะโอนงบประมาณให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่แสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการ เพื่อให้หน่วยบริการ สถานบริการ หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

พื้นที่ตำบลเชียงหวางเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงหวาง และโรงพยาบาลส่งเสริมบ้านดำน มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแล จำนวน 12 คน จำแนกเป็น กลุ่มที่ 1 จำนวน 5 คน กลุ่มที่ 2 จำนวน 2 คน กลุ่มที่ 3 จำนวน 3 คน และกลุ่มที่ 4 จำนวน 2 คน พบปัญหาที่สำคัญส่วนใหญ่ คือการกลืนปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้, ช่วยเหลือตนเองไม่ได้, มีความอ่อนแรงของแขนขาและมีรายได้น้อยเป็นภาระให้กับครอบครัว โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 66,150บาท (หกหมื่นหกพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน) ในกรณีนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงหวาง –บ้านดำน จึงได้จัดทำโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเชียงหวาง อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ดังกล่าวขึ้น

2. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ของแต่ละบุคคล

3. กลุ่มเป้าหมาย

3.1 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน.....5.....คน

3.2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย และมีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน2.....คน

- 3.3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาด้านการกิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน....3....คน
- 3.4 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาด้านการกิน หรือการขับถ่าย และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้าย
ของชีวิต จำนวน.....2.....คน

รวมสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแล จำนวน 12 คน

4. ระยะเวลา

ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง วันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2567

5. พื้นที่ดำเนินการ

ตำบลเชียงหวาง อำเภอแพะญู จังหวัดอุดรธานี จำนวน 21 หมู่บ้าน

6. วิธีดำเนินการ

- 6.1 จัดทำโครงการเสนอผู้บริหารลงนาม
- 6.2 วางแผนการให้บริการแก่ผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายตาม Care Plan ที่ได้จัดทำไว้แล้ว
- 6.3 จัดจ้างเหมาบริการผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)
- 6.4 จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุตาม Care Plan
- 6.5 จัดประชุม Care Giver เพื่อซักซ้อมความเข้าใจก่อนการลงพื้นที่ และมอบหมายหน้าที่ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย
- 6.6 Care Manager ให้คำปรึกษาแก่ Care Giver ในกรณีที่มีปัญหาและต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละคน
- 6.7 จัดประชุม Care Giver ทุก 3 เดือน เพื่อติดตามประเมินผลการดูแล และรายงานผลการดำเนินงานให้ออกุณกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงทราบ
- 6.8 ลงพื้นที่สุ่มติดตามการให้บริการของ Care Giver
- 6.9 ลงพื้นที่เยี่ยมผู้สูงอายุแต่ละรายตาม Care Plan โดยบุคลากรสาธารณสุข/ทีมหมอครอบครัว
- 6.10 สรุปผลการให้บริการผู้สูงอายุฯ แต่ละรายตาม Care Plan และส่งผลการดำเนินงานให้ออกุณกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงทราบเมื่อสิ้นสุดการดูแลในรอบปีตามแผน

7. งบประมาณดำเนินการ

จากเงินบำรุงที่ได้รับโอนมาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 66,150บาท (ตามรายละเอียด Care Plan และยอดเงินที่ได้รับโอน) ดังนี้

- 1) ค่าจ้างเหมาบริการผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) จำนวน 1 คนๆ ละ 600 บาท จำนวน 12 เดือน เป็นเงิน 7,200 บาท

2) ค่าวัสดุอุปกรณ์ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
จำนวนเงิน 58,950 บาท

2.1 ผ้าอ้อมอนามัย (แพมเพิส)

กลุ่มที่ 1 จำนวน 5 คน คนละ 5,450 บาท เป็นเงิน27,250..... บาท

กลุ่มที่ 2 จำนวน 2 คน คนละ 5,450 บาท เป็นเงิน10,900..... บาท

กลุ่มที่ 3 จำนวน 3 คน คนละ 5,600 บาท เป็นเงิน16,800..... บาท

กลุ่มที่ 4 จำนวน 2 คน คนละ 5,600 บาท เป็นเงิน11,200..... บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 66,150 บาท(หกหมื่นหกพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)


8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นการให้บริการในครัวเรือน จากหน่วยบริการโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ช่วยเหลือดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

9. ผู้รับผิดชอบโครงการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านด่าน ตำบลเชียงหวาง อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

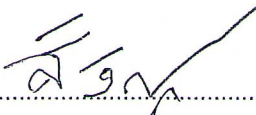
10. ผู้เขียนโครงการ



(นางสาวอมลวรรณ สุริยะตช)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

11. ผู้เสนอโครงการ



(นางสาว สิริญา ไผ่บ่อง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านด่าน ตำบลเชียงหวาง

12. ผู้เห็นชอบโครงการ


.....
(นายสทิต วงศ์ศิริ)

.....
ผู้อำนวยการบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง

กรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลเชียงหวาง

13. ผู้ตรวจสอบโครงการ


.....
(นายสุพล ตันตะสุทธิ)

.....
นักวิชาการสาธารณสุข

เลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลเชียงหวาง

14. ผู้อนุมัติโครงการ


.....

(นางปัญญศิริ จำปาแดง)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงหวาง

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตำบลเชียงหวาง

ข้อมูลลงทะเบียนเอง

ข้อมูลจากสปสช.

กลุ่มรับผ้าอ้อม

ผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด่าน ต.เชียงหวาง พึ่งพิง 12 ราย รวมทั้งหมด 12 ราย

ผู้ที่ขอรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับและผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน [12 คน]

ดาว์โหลด	พิมพ์	ค้นหา :					
ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	อายุ	ADL	กลุ่มผ้าอ้อม	ฐานข้อมูล	Careplan
1 กลุ่มที่ 1	3411900736161	นายทองชั้น แสนอินทร์	61	11	ช	สปสช.	
2 กลุ่ม 1	3411900625874	นางบุญสูง ผาจง	64	1	ช	สปสช.	
3 กลุ่ม 1	3411900609615	นางสมศรี แก่นจันทร์	69	8	ช	สปสช.	
4 กลุ่ม 3	3411900443679	นางหนู ศรีโยธี	72	4	ก	สปสช.	
5 กลุ่ม 3	3411900439698	น.ส.คุณ แสนอินทร์	62	11	ก	สปสช.	
6 กลุ่ม 1	3411900443253	นางบง ภูมิตั้ง	84	10	ช	สปสช.	
7 กลุ่ม 2	3411900197929	นายธง ไชศรี	85	6	ก	สปสช.	

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ชื่อ - สกุล	อายุ	ADL	กลุ่มผู้ป่วย	ฐานข้อมูล	Careplan
8	กลุ่ม 3	นางทอง อินทร์ ศรีคำ	74	3	ก	สปสช.	
9	กลุ่ม 4	ด.ญ. วันนิสา โคตามี	11	1	ก	สปสช.	
10	กลุ่ม 2	นางลาเบ็ บุตรยาง	63	11	ข	สปสช.	

ก่อนหน้า 1 2 ถัดไป

จัดทำ Care plan แล้ว ยังไม่มีการจัดทำ Care plan

เปลี่ยนหน่วยงาน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด่าน ต.เชียงหวาง

ข้อมูลลงทะเบียนเอง

ข้อมูลจากสปสช.

กลุ่มรับผ้าอ้อม

ผู้มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด่าน ต.เชียงหวาง พึ่งพิง 12 ราย รวมทั้งหมด 12 ราย

ผู้ที่ขอรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับและผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน (12 คน)

ดาว์นโหลด	พิมพ์	ค้นหา:					
ลำดับ	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ - สกุล	อายุ	ADL	กลุ่มผ้าอ้อม	ฐานข้อมูล	Careplan
11 <i>คน</i>	3411900432359	นางคำเฟอน บัวชัย	73	10	ข	สปสช.	
12 <i>คน</i>	1411901348690	ด.ช.ทักษิณ นุวงศ์ศรี	20	0	ก	สปสช.	
		ก่อนหน้า	1	2	ถัดไป		



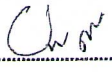
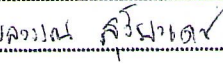
จัดทำ Care plan แล้ว



ยังไม่มีกรจัดทำ Care plan

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางคำผอน บัวชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3411900432359	ที่อยู่ 97 ม.2 ต.เชียงหวาง อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 084393066	วันที่จัดทำ 06 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 03 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2493 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องให้ญาติคอยช่วยเหลือเมื่อจะลุกนั่ง สามารถดื่ก อาหารได้เองแต่ต้องให้ญาติเตรียมไว้ให้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,450 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอ้อมผู้ใหญ่	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ - ตา (eyes)
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชี้แจง ระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - null ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อมลวรรณ สุริยะเดช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายทองชัน แสนอินทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3411900736161	ที่อยู่ 125 ม.2 ต.เชียงหวาง อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0856965633	วันที่จัดทำ 07 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 20 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2505 (อายุ 61 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,450 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอนามัยผู้ใหญ่	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มี.....ต้องการ/ควรได้รับ - พ. ย่อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชั้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อมลวรรณ สุริยะเดช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบุญสง ผาจวง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3411900625874	ที่อยู่ 90 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0885136249	วันที่จัดทำ 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 06 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2502 (อายุ 64 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องให้ญาติคอยช่วยเหลือเมื่อจะลุกนั่ง สามารถรับประทานอาหารได้เองแต่ต้องให้ญาติเตรียมไว้ให้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,450 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอนามัยผู้ใหญ่	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าอนามัยผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ชื่อ ระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อมลวรรณ สุริยะเดช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....
 [.....]
 อปท.

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบง ภูมิตั้ง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3411900443253	ที่อยู่ 57 ม.14 บ้านโคกน้อย ต.เชิงหวาง อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี 41150 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0910343929	วันที่จัดทำ 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 25 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2482 (อายุ 84 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,450 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอ้อมผู้ใหญ่	- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชั้น/วัน		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อ ระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อมลวรรณ สุริยะเดช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ Chun ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[น.ส.อมลวรรณ สุริยะเดช]

ลงชื่อ.....อพท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวศรี แก่นจันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3411900609615	ที่อยู่ 162ม.17 ต.เชียงหวาง อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0923171419	วันที่จัดทำ 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 11 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2497 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องให้ญาติคอยช่วยเหลือเมื่อจะลุกนั่ง สามารถรับประทานอาหารได้เองแต่ต้องให้ญาติเตรียมไว้ให้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,450 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอนามัยผู้ใหญ่	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ก. ะเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าอนามัยผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชั้น/วัน		
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น - ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อมลวรรณ สุริยะเดช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลง.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายธง ไชศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3411900197929	ที่อยู่ 85ม.2 บ้านสร้างหลวง ต.เจียงหวาง อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0910343929	วันที่จัดทำ 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 02 เดือน เมษายน พ.ศ. 2481 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องให้ญาติคอยช่วยเหลือเมื่อจะลุกนั่ง สามารถดักอาหารได้เองแต่ต้องให้ญาติเตรียมไว้ให้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,450 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอนามัยผู้ใหญ่	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - กลืนปัสสาวะไม่ได้ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมอง (Brain)
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าอนามัยผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - null ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้ดูแล Care plan น.ส.อมลวรรณ สุริยะเดช ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)		

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางลาเป้ บุตรย่าง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3411900611270	ที่อยู่ 189 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0817083163	วันที่จัดทำ 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 05 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2503 (อายุ 63 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องให้ญาติคอยช่วยเหลือเมื่อจะลุกนั่ง สามารถดื่ก อาหารได้เองแต่ต้องให้ญาติเตรียมไว้ให้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,450 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอนามัยผู้ใหญ่	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - กลับปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - ตา (eyes) - สะโพก (hip)
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
มี () ต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อมลวรรณ สุริยะเดช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
[นส.อมลวรรณ สุริยะเดช] ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตรียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหนู ศรีโยธี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3411900443679	ที่อยู่ 64 ม.19 ต.เชียงหวาง อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0626341772	วันที่จัดทำ 06 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 09 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2494 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องให้ญาติคอยช่วยเหลือเมื่อจะลุกนั่ง สามารถดัก อาหารได้เองแต่ต้องให้ญาติเตรียมไว้ให้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,600 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอนามัยผู้ใหญ่	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ่าอนามัยผู้ใหญ่ จำนวน 4 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม 	ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอายุเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อมลวรรณ สุริยะเดช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....*Chun*.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(*น.ส.อมลวรรณ สุริยะเดช*)

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.คุณ แสนอินทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3411900439698	ที่อยู่ 18 ม.6 ต.เชียงหวาง อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0885073162	วันที่จัดทำ 07 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 10 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2504 (อายุ 62 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,600 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ฝ้านามัยผู้ใหญ่ รถเข็น	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการพิเศษอื่นๆ - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม	
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ฝ้านามัยผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน	<ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม 	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อมลวรรณ สุริยะเดช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....
 ([.....])
 อปท.

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ญ.วันนิสา โคตามี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1419902885815	ที่อยู่ 413ม.21 จ.เชียงใหม่ อ.เพ็ญจ.อุดรธานี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0944818836	วันที่จัดทำ 16 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566
เกิดวันที่ 26 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 (อายุ 11 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเด็กพิการซ้ำซ้อนแต่กำเนิดด้านสมองและการเคลื่อนไหวอนตติงตลอด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,600 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ฝ่าอานามัยเด็ก รถเข็นนั่ง	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ก ะเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ฝ่าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก 	ระยะสั้น - ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ 	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.อมลวรรณ สุริยะเดช	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....*On*.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [น.ส.อมลวรรณ สุริยะเดช]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

