

แผนการดูแลรายบุคคล
การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

เทศบาลตำบลดอนเชียง

๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสร้างแป้น

จำนวนผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข

ประเภท ผู้สูงอายุที่ ภาวะพึ่งพิง	ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	รหัสบัตรประจำตัวประชาชน	อายุ	ที่อยู่	หมู่	วินิจฉัย	ADL	กลุ่ม	TAI	งบประมาณที่ ขอสนับสนุน
กลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง											
	1	น.ส.ผล นามเดช	3471201142645	75	3037	4	ชราภาพ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง	11	1	B3	5,100
	2	นางสาวณีย์ แก้วอุดม	3410101169257	70	1409	4	ชราภาพ พักinson ความดันโลหิตสูง	11	1	B3	5,100
	3	นายบุญลม สุกันจิต	3471200889275	62	4120	4	ชราภาพ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง	10	1	B3	5,100
	4	นางอ่อน ยันตะพันธ์	3471200889313	85	4118	4	ชราภาพ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	9	1	B3	5,100
	5	นางพา แผลงฤทธิ์	3471200268700	76	1303	4	ชราภาพ หลอดเลือดสมอง	7	1	B3	5,100
	6	นางคำหมา ทับทิม	3471201143145	93	1203	4	ชราภาพ ความดันโลหิตสูง	6	1	B3	5,100
	7	นายบุญมี ประทาพันธ์	3471200264097	65	2034	4	ชราภาพ เบาหวาน	8	1	B3	5,100
	8	นางวิสัย บุญยอด	3471200891776	71	4010	4	ชราภาพ หลอดเลือดสมอง	8	1	B3	5,100
	9	นายบุญสี รักษาแสง	3471200265735	69	2005	4	ชราภาพ หลอดเลือดสมอง	11	1	B3	5,100
	10	นางจันทร์ ยันตะพันธ์	3471200888546	80	3013	4	ชราภาพ ความดันโลหิตสูง พักinson ไหว	6	1	B3	5,100
	11	นางอุณ ประทาพันธ์	3471200889861	82	4115	4	ชราภาพ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	9	1	B3	5,100
	12	นางนุศ ไชยรบ	3471200872976	86	8113	6	ชราภาพ เบาหวาน	10	1	B3	5,100

ประเภท ผู้สูงอายุที่ ภาวะพึ่งพิง	ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	รหัสบัตรประจำตัวประชาชน	อายุ	ที่อยู่	หมู่	วินิจฉัย	ADL	กลุ่ม	TAI	งบประมาณที่ ขอสนับสนุน
กลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะเสี่ยงทางสมอง											
	13	นางสุวรรณ ไชยชมภู	3-4712-00880-42-1	73	9025	6	ชราภาพ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	10	1	B3	5,100
	14	นางนารี เชื้อแก้ว	3471200874774	79	9114	6	ชราภาพ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	10	1	B3	5,100
	15	นางสงวน สารพันธ์	3471200881631	76	9111	6	ชราภาพ ความดันโลหิตสูง	10	1	B3	5,100
	16	น.ส.อนงค์ อุโปตร	3471200874162	65	8130	6	ชราภาพ ความดันโลหิตสูง	10	1	B3	5,100
	17	นายสุดตา กมลพิศ	3471200873590	78	8112	6	ชราภาพ ตาบอด 1 ข้าง	10	1	B3	5,100
	18	นางประยูร กาสินพิลา	3471200879997	87	9110	6	ชราภาพ ตามัว 2 ข้าง	11	1	B3	5,100
	19	นายสมาน กองนางัว	3411300629909	64	8023	6	ชราภาพ หลอดเลือดสมอง	9	1	B3	5,000
	20	นางสมร ครุฑตนาม	3471201705780	81	5277	10	ชราภาพ เบาหวาน	9	1	B3	5,100
	21	นางนันทวล รักษาแสง	3471201518432	72	8010	10	ชราภาพ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	9	1	B3	5,100
	22	นายทรงฤทธิ์ มาตศรี	3471200508468	53	5154	10	เบาหวาน หลอดเลือดสมอง	8	1	B3	5,100
	23	นางประเพ็ญ เกตุยงกลิ่น	3471201546762	82	6362	10	ชราภาพ ความดันโลหิตสูง ตาบอด 1 ข้าง	10	1	B3	5,100
	24	น.ส.มาริษา วันครุฑิต	8471288002515	65	5034	10	ชราภาพ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง	7	1	B3	5,100

รวมทั้งหมด จำนวน.....คน เป็นเงิน 122,400 บาท

กลุ่มที่ ๔ ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

ประเภท ผู้สูงอายุที่ ภาวะพึ่งพิง	ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	รหัสบัตรประจำตัวประชาชน	อายุ	ที่อยู่	หมู่	วินิจฉัย	ADL	กลุ่ม	TAI	เงินอุดหนุน
	1	คุณ.ปณิชา นิตยวัน	1478600132368	15	4225	4	พิการทางสมอง	0	4	II	10,000
	2	นางเทวี แสนโคตร	3471200264062	66	2114	4	ชราภาพ หลอดเลือดสมอง	0	4	II	10,000
	3	นายชู บุญตาวัน	3471200888571	86	3010	4	ชราภาพ หลอดเลือดสมอง	0	4	II	10,000
	4	น.ส.ปาลินี ตันศิริตนกุล	3419900509073	57	6301	10	หลอดเลือดสมอง	2	4	II	10,000

รวมทั้งหมด จำนวน.....4.....คน เป็นเงิน 40,000 บาท

แบบฟอร์มการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสร้างแป้น

แบบชี้แจงรายละเอียด ความต้องการวัสดุทางการแพทย์ และรายละเอียด การติดตามเยี่ยม รายบุคคลรายบุคคล

ชื่อ-สกุล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	ที่อยู่	หมู่	วินิจฉัย	ADL	กลุ่ม	TAI	แผนการเยี่ยม	วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ต้องการ
นางนงนุช ภูมิ ทีวีคุณ 1306 ม 4 3430500922455	1	น.ส.พล นามเดช	75	3037	4	ชราภาพ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง	11	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพิร์ส M
	2	นายชู บุญทวัน	86	3010	4	ชราภาพ หลอดเลือดสมอง	0	4	II	2 ครั้ง/สัปดาห์	แพมเพิร์ส L ถุงมือ
	3	นางอ่อน ยันตะพันธ์	85	4118	4	ชราภาพ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	9	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพิร์ส M
	4	นางพา แผลงฤทธิ์	76	1303	4	ชราภาพ หลอดเลือดสมอง	7	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพิร์ส M
	5	นายคำหมา ทับทิม	93	1203	4	ชราภาพ ความดันโลหิตสูง	6	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพิร์ส M ทิชชูเปียก
	6	นายบุญมี ปรึกษาพันธ์	65	2034	4	ชราภาพ เบาหวาน	8	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพิร์ส M
	7	นายบุญยี่ รัชทาพันธ์	69	2005	4	ชราภาพ หลอดเลือดสมอง	11	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพิร์ส M
	8	นางจันทร์ ยันตะพันธ์	80	3013	4	ชราภาพ ความดันโลหิตสูง พิกการเคลื่อนไหว	6	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพิร์ส L
	9	นางคุณ ปรึกษาพันธ์	82	4115	4	ชราภาพ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	9	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพิร์ส M
	10	นายสินมา แสนอุปถ	90	1010	4	ชราภาพ ความดันโลหิตสูง	4	3	I3	1 ครั้ง/สัปดาห์	แพมเพิร์ส L
	11	นางอวน นามเดช	86	1004	4	ชราภาพ หลอดเลือดสมอง	3	3	I3	1 ครั้ง/สัปดาห์	แพมเพิร์ส M ถุงมือ
	12	นางเทวี แสนโคตร	66	2114	4	ชราภาพ หลอดเลือดสมอง	0	4	II	2 ครั้ง/สัปดาห์	แพมเพิร์ส M ทิชชูแห้ง ถุงมือ

ชื่อ-สกุล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	ที่อยู่	หมู่	วินิจฉัย	ADL	กลุ่ม	TAI	แผนการเยี่ยม	วัตถุประสงค์ทางการแพทย์ ที่ต้องการ
นางสุวรรณา สรรพศรี 9135 ม 6 3471200874022	1	นางบุล ไซรบ	86	8113	6	ชราภาพ เบาหวาน	10	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	ทิชชูเปียก แพมเพริส M
	2	นางสุวรรณา ไซชมัญญ	73	9025	6	ชราภาพ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	10	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพริส L
	3	นางนารี เชื้อแก้ว	79	9114	6	ชราภาพ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	10	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพริส M ทิชชูเปียก
	4	นางสงวน สารพันธ์	76	9111	6	ชราภาพ ความดันโลหิตสูง	10	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพริส L ทิชชูเปียก
	5	น.ส.อนงค์อุปโคตร	65	8130	6	ชราภาพ ความดันโลหิตสูง	10	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพริส L
	6	นายสมาน กองนางัว	64	8023	6	ชราภาพ หลอดเลือดสมอง	9	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพริส M
	7	นายสุตตา กมลพิศ	78	8112	6	ชราภาพ ตาบอด 1ข้าง	10	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	ทิชชูเปียก แพมเพริส L
	8	นางประยูร กาสิณพิลา	87	9110	6	ชราภาพ ตามัว 2ข้าง	11	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพริส L ทิชชูเปียก
	9	นางนาง กมลพิศ	67	8144	6	ชราภาพ พักการเคลื่อนไหว	4	3	I3	1 ครั้ง/สัปดาห์	แพมเพริส M ทิชชูแห้ง
	10	น.ส.วรรณารศ สานไพตา	42	8104	6	พักการเคลื่อนไหว	4	3	I3	1 ครั้ง/สัปดาห์	แพมเพริส L ทิชชูเปียก

ชื่อ-สกุล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	ที่อยู่ หมู่	วินิจฉัย	ADL	กลุ่ม	TAI	แผนการเยี่ยม	วัตถุประสงค์ทางการแพทย์ที่ต้องการ
นางคารณี ระจันต์ 6127 ม 10 3471201543844	1	นางวิไล บุญยอด	71	4010 4	ชราภาพ หลอดเลือดสมอง	8	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพิร์ส M ทิชชูแห้ง
	2	นางสมร ครุฑตนาม	81	5277 10	ชราภาพ เบาหวาน	9	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพิร์ส L
	3	น.ส.ปัทมา ตันศิริทนกุล	57	6301 10	หลอดเลือดสมอง	2	4	I1	2 ครั้ง/สัปดาห์	แพมเพิร์ส L
	4	นางนันทวล รักษาแสง	72	8010 10	ชราภาพ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	9	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพิร์ส L
	5	นายพรพงษ์ มาตรฐาน	53	5154 10	เบาหวาน หลอดเลือดสมอง	8	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพิร์ส L
	6	นางประเพ็ญ เกตุยงกลิ่น	82	6362 10	ชราภาพ ความดันโลหิตสูง ตามข้อ 1 ข้าง	10	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพิร์ส L ทิชชูแห้ง
	7	น.ส.มาริษา วันครรชิต	65	5034 10	ชราภาพ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง	7	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพิร์ส L ทิชชูแห้ง
	8	ค.ญ.ปานชีวา นิตยวัน	15	4225 4	พิการทางสมอง	0	4	I1	2 ครั้ง/สัปดาห์	แพมเพิร์สเด็ก XXL
	9	นางเสาวณีย์ แก้วอุดม	70	1409 4	ชราภาพ พากันสัน ความดันโลหิตสูง	11	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพิร์ส M
	10	นายบุญลม สุกันจิต	62	4120 4	ชราภาพ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง	10	1	B3	2 ครั้ง/เดือน	แพมเพิร์ส XL

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceการ เหมะจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.พล นามเดช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471201142645	ที่อยู่ 3037 ม.4 ต.เวียง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 06 เดือน เมษายน พ.ศ. 2490 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 75ปี ป่วยโรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดในสมองตีบ สภาพผู้ป่วยไม่ค่อยช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ บ้าง บางส่วน , อาบน้ำต้องมีคนช่วยเหลือ การรับประทานอาหาร ต้องมีคนช่วยเตรียมอาหาร การเดินต้องมีคนช่วย , ผู้ป่วยขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ ได้ตามปกติ แต่ไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ขอควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางสาวณีย์ แก้วอุดม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3410101169257	ที่อยู่ 1409 ม.4 ต.แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 31 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2494 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 70 ปี ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคพาลินสัน สภาพผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ บ้าง บางส่วน , อาบน้ำต้องมีคนช่วยเหลือ การรับประทานอาหาร ต้องมีคนช่วยเตรียมอาหาร การเดินต้องมีคนช่วย , ผู้ป่วยขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ ได้ตามปกติ แต่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุญลม สุกันจิต เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200889275	ที่อยู่ 4120 ม.4 ต.แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 21 เดือน เมษายน พ.ศ. 2503 (อายุ 62 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 62 ปี โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง มีภาวะอ่อนแรงข้างซ้าย สภาพผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ บ้าง บางส่วน , อาบน้ำได้เอง การรับประทานอาหาร ต้องมีคนช่วยเตรียมอาหาร การเดินต้องมีคนช่วยในบางครั้ง , ผู้ป่วยขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ ได้ตามปกติ แต่ไม่สามารถถลก้นปัสสาวะได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตลก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณะสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางอ่อน ยันตะพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200889313	ที่อยู่ 4118 ม.4 ต.แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2480 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 85 ปี ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง สภาพผู้ป่วยไม่ค่อยช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ บ้าง บางส่วน , อาบน้ำต้องมีคนช่วยเหลือ การรับประทานอาหาร ต้องมีคนช่วยเตรียมอาหาร การเดินต้องมีคนช่วย , ผู้ป่วยขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ ได้ตามปกติ แต่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะการดูแลช่วยเหลือด้านสังคมการดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ขอความร่วมมือในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร ลีทอง		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว แผลงฤทธิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200268700	ที่อยู่ 1303 หมู่ 4 ต.แว้ง อ. สว่างแดนดิน จ. สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2488 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 76 ปี ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง สภาพผู้ป่วยสามารถลุกนั่ง แต่ต้องมี คนช่วย และขึ้นลงบันได ไม่ได้,กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว สามารถทำ เองได้ แต่ต้องมีคนช่วย,รับประทานอาหาร เองได้ แต่ต้องมีคนเตรียมอาหารให้,การกลืนปัสสาวะ อุจจาระ กลืนได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายคำหมา ทับทิม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471201143145	ที่อยู่ 1203 ม.4 ต.แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน เมษายน พ.ศ. 2472 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 93ปี ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สภาพผู้ป่วย ลูกนั่งต้องมีคนช่วย ไม่สามารถขึ้นลงบันได ได้ , สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง โดยต้องมีคนช่วยเหลือ เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ สวมเสื้อผ้า , รับประทานอาหารได้เองบางครั้ง ,สามารถกลืนปัสสาวะ อุจจาระได้บางครั้ง , แต่ การลุกเดิน การเคลื่อนย้าย จำเป็นต้องมีคนช่วยเหลือ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลืนปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การจัดหาสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
จัดทำ Care plan น.ส.นันทพร สีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุญมี ประทาพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200264097	ที่อยู่ 2034 ม.4 ต.แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 18 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2500 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 65 ปี ป่วยโรคเบาหวาน สภาพผู้ป่วยสามารถลุกนั่งแต่ต้องมีคนช่วย , ขึ้นลงบันไดด้วยตนเองไม่ได้ , กิจกรรมประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว ต้องมีคนช่วย , สามารถรับประทานอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนเตรียมให้ ,การกลืนปัสสาวะ อุจจาระ กลืนไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตกร	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจกรรมประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร สีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางวิไล บุญยอด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200891776	ที่อยู่ 4010 ม 4 ต. แวง อ. สว่างแดนดิน จ. สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 71 ปี ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง และมีการอ่อนแรงของแขนขาซีกขวา สภาพผู้ป่วยสามารถลุกนั่ง และขึ้นลงบันได ได้ แต่ต้องมีคนช่วย ,กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว สามารถทำเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย ,รับประทานอาหาร เองได้ แต่ต้องมีคนเตรียม อาหารให้ ,การกลืนบิสสภาวะ อุจจาระ กลั้นได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายบุญลี รักษาแสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200265735	ที่อยู่ 2005 ม.4 ต.เวียง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 20 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2495 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 69 ปี ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง สภาพผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้ ขึ้นลง บันได ได้ แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ,กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว ได้โดยไม่ต้อง มีคนช่วย ,รับประทานอาหารได้เอง แต่ต้องมีคนเตรียม ,การกลืนปัสสาวะ อุจจาระ กลืนได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหมาะจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจันทร์ ยันตะพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200888546	ที่อยู่ 3013 ม 4 ต.เวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2485 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 80ปี ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีการด้านการเคลื่อนไหว สภาพผู้ป่วยสามารถลุกนั่ง และขึ้นลงบันได ได้ แต่ต้องมีคนช่วย , ขึ้นลงบันได ไม่ได้ ,กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว สามารถทำได้ โดยไม่ต้องมีคนช่วย ,รับประทานอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนเตรียมอาหารให้ ,การกลืนปัสสาวะ อุจจาระ กลืนได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะสมรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะสมรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคมการดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางคุณ ประทาพันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200889861	ที่อยู่ 4115 ม.4 ต.เวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 11 เดือน เมษายน พ.ศ. 2483 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 82 ปี ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง สภาพผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้ แต่ต้องมีคนช่วยพยุงในบางครั้ง , ขึ้นลงบันได ไม่ได้ , การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว สามารถทำได้เองบ้าง แต่ต้องมีคนช่วย , สามารถ กินอาหารได้เอง แต่ต้องมีคนเตรียมให้ , การกลืนปัสสาวะ อุจจาระ ทำได้บ้าง บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางมุล ไชยรบ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200872976	ที่อยู่ 8113 ม.6 ต.แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 04 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2479 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 86 ปี เป็นผู้สูงอายุ สภาพผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้ แต่ ต้องมีคนช่วยพยุง , ขึ้นลงบันได ไม่ได้ , การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว สามารถทำได้เอง บ้าง แต่ต้องมีคนช่วย , สามารถ กินอาหารได้เอง แต่ต้องมีคนเตรียมให้ , การกลืนบิสสวะ อุจจาระ ทำได้ บ้าง บางครั้ง , มีภาวะสับสนหลงลืม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวรณนา ไชยชมภู เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200880421	ที่อยู่ 9025 ม. 6 ต. แวง อ. สว่างแดนดิน จ. สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 25 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 21 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2492 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย ขราภาพ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง สามารถลุกนั่ง ได้ แต่ต้องมี คนช่วย และขึ้นลงบันไดไม่ได้,กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว สามารถทำ เองได้ แต่ต้องมีคนช่วย,รับประทานอาหาร เองได้ แต่ต้องมีคนเตรียมอาหารให้,การกลืนปัสสาวะ อูจจาระ กลืนได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางนารี เชื้อแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200874774	ที่อยู่ 9144 ม.6 ต.แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0856487486	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2486 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 79 ปี ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง สภาพผู้ป่วยผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือบ้าง ในทุกกิจกรรม เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง เช่น กินข้าว ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม สามารถทำได้เอง แต่ต้องมีคนจัดเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้ก่อน ,การอาบน้ำ , การสวมใส่เสื้อผ้า จำเป็นต้องมีคนช่วย ,การกลืนอาหารจะ ปัสสาวะ สามารถกลืนได้บางครั้ง , ผู้สูงอายุสามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านได้ แต่ลำบาก และไม่สามารถขึ้นลงบันได้ 1 ชั้น ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - กลืนปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูลักษณะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	- ช่องปาก (oral) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - คอ (throat) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหนือจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวน สาร์พันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200881631	ที่อยู่ 9111 ม.6 ต.แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 13 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2489 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 76 ปี ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สภาพผู้ป่วยไม่ค่อยช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ บ้าง บางกิจกรรม , อาบน้ำต้องมีคนช่วยเหลือ การรับประทานอาหาร ต้อง มีคนช่วยเตรียมอาหาร การเดินต้องมีคนช่วย , ผู้ป่วยขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ ได้ตามปกติ แต่ไม่สามารถ กลับปัสสาวะได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - กลับปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.อนงค์ อุบโคตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200874162	ที่อยู่ 8130 ม.4 ต.แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 04 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2499 (อายุ 66 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 66 ปี ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สภาพผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ บ้าง บางส่วน , อาบน้ำต้องมีคนช่วยเหลือ การรับประทานอาหาร ต้องมีคนช่วยเตรียมอาหาร การเดินต้องมีคนช่วย , ผู้ป่วยขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ ได้ตามปกติ แต่ไม่สามารถกลืน ปัสสาวะได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทพร ลิทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสุดตา กมลพิศ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200873590	ที่อยู่ 8112 ม.6 ต.เวียง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน เมษายน พ.ศ. 2487 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 78 ปี สภาพผู้ป่วยตาบอด และซาร์ภาพ สามารถลุกนั่ง และขึ้นลงบันไดได้ แต่ต้องมีคนช่วย ,กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว สามารถทำเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย ,รับประทานอาหาร เองได้ แต่ต้องมีคนเตรียมอาหารให้ ,การกลืนปัสสาวะ อุจจาระ กลืนได้ปกติ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมาน กองนางัว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3411300629909	ที่อยู่ 8023 ม.6 ต.แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 03 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2501 (อายุ 64 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 64 ปี ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง สภาพผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้ ไม่สามารถขึ้นลงบันได ได้ โดยมีคนคอยช่วยเหลือ ,กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว สามารถทำได้ด้วยตนเอง , สามารถรับประทานอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนเตรียมให้ ,การกลืนปัสสาวะ อุจจาระ กลืนได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว ทรัพย์ตานาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471201705780	ที่อยู่ 5227 ม 10 ต.แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2484 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 81 ปี ป่วยโรคเบาหวาน ไขมันสูง สภาพผู้ป่วยสามารถลุกนั่ง และขึ้นลง บันได ได้ แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางครั้ง ,กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว ต้องมี คนช่วย , สามารถกินอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนเตรียม ,การกลืนปัสสาวะไม่ได้ อุจจาระ กลืนได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร ลิทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางนันทวรรณ รักษาแสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471201518432	ที่อยู่ 8010 ม.6 ต.เวียง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0856487486	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 02 เดือน มกราคม พ.ศ. 2493 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 72 ปี ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง สภาพผู้ป่วย ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันโดยต้องมีคนช่วย เกือบทุกกิจกรรม เช่น การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน , การอาบน้ำ จำเป็นต้องมีคนช่วยเหลือพยุง ช่วยเหลือตลอดเวลา ,ผู้สูงอายุสามารถกลืนปัสสาวะปัสสาวะอุจจาระ ได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะการดูแลช่วยเหลือด้านสังคมการดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สําลักอาหาร - การผลิตตกหล่น - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทพร สีทอง		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายทรงฤทธิ์ มาตศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200508468	ที่อยู่ 5154 ม.10 ต.แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 04 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2512 (อายุ 53 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 53 ปี ป่วยโรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดในสมอง สภาพผู้ป่วย อ่อน แรงซ้าย ไม่ค่อยช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ บ้าง บางส่วน , อาบน้ำต้องมีคนช่วย เหลือ การรับประทานอาหาร ต้องมีคนช่วยเตรียมอาหาร การเดินต้องมีคนช่วย , ผู้ป่วยขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ ได้ตามปกติ แต่ไม่สามารถกลืนปัสสาวะได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางประเพ็ญ เกตุยงกลิ่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471201546762	ที่อยู่ 6362 ม.10 ต.แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0873486685	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 26 เดือน เมษายน พ.ศ. 2483 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 82 ปี ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และตาบอด 1 ข้าง สภาพผู้ป่วยผู้สูง อายุ สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันตนเองได้ เช่น ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน แต่ การลุกนั่ง การเดิน จำเป็นต้องมีคนช่วยเหลือ และ ไม่สามารถกลืนปัสสาวะ อุจจาระ ได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ ตัวเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.มาริษา วันครรชิต เลขบัตรประจำตัวประชาชน 8471288002515	ที่อยู่ 5034 ม 10 ต แวง อ สว่างแดนดิน จ สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2500 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 65 ปี ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดในสมอง สภาพผู้ป่วยอ่อนแรงส่วนล่าง สามารถลุกนั่ง แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือทุกครั้ง , ขึ้นลงบันได ไม่ได้ ,กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว ทำได้ด้วยตนเอง ,สามารถรับประทานอาหารเองได้ ,การกลืนปัสสาวะ อุจจาระ กลืนได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - กลืนปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ขอความร่วมมือในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ฟันสุขภาพของช่องและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสิมมา แสนอุบล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200266740	ที่อยู่ 1010 ม.4 ต.แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 06 เดือน เมษายน พ.ศ. 2475 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 90 ปี ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สภาพผู้ป่วย ไม่ค่อยช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ บ้าง บางส่วน , อาบน้ำต้องมีคนช่วยเหลือ การรับประทานอาหาร ต้องมีคน ช่วยเตรียมอาหาร การเดินต้องมีคนช่วย , ผู้ป่วยขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ ได้ตามปกติ แต่ไม่สามารถกลั้น ปัสสาวะได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,600 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร ลิทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางอวน นามเดช เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200266596	ที่อยู่ 1004 ม 4 ต เว่ง อ.สว่างแดนดิน จ. สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 07 เดือน กันยายน พ.ศ. 2479 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 86ปี ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง สภาพผู้ป่วยไม่สามารถลุกนั่ง และ ขึ้นลงบันได ไม่ได้ ,กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว ไม่สามารถทำเองได้ ต้องมี คนช่วย ,รับประทานอาหาร เองไม่ได้ ต้องมีคนเตรียมอาหารให้ ,การกลืนปัสสาวะ อุจจาระ กลืนไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,600 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการไต่บันได - ความสามารถในการมองเห็น - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
วัตถุประสงค์ในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร ลิทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว กมลพิศ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200873646	ที่อยู่ 8144 ม.6 ต.เวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2498 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 64 ปี ป่วยโรคเบาหวาน และอัมพาตขา ทั้ง 2 ข้าง , สภาพผู้ป่วย ผู้สูง อายุไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน รวม ถึง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ได้, ไม่สามารถเดิน หรือขึ้นลงบันไดไม่ได้ , ไม่สามารถกลืนปัสสาวะ กลืน ปัสสาวะ ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,600 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร สีทอง		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.วรรณารท สาณโสภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5471200003117	ที่อยู่ 8104 ม 6 ต. แวง อ. สว่างแดนดิน จ. สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2522 (อายุ 43 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 42 ปี ป่วยพิการด้านการเคลื่อนไหว สภาพผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้ได้ด้วยตนเอง แต่จำเป็นต้องมีคนช่วยพยุง และไม่สามารถขึ้นลงบันได ได้ , กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว สามารถทำเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย , รับประทานอาหาร เองได้ แต่ต้องมีคนเตรียมอาหารให้ , การกลืนปัสสาวะ อุจจาระ กลืนได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 8,600 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ด.ญ.ปานชีวา นิตยวัน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1478600132368	ที่อยู่ 4225 ม.4 ต.แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 28 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2550 (อายุ 15 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=11 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 15 ปี ป่วยโรคพิการทางสมอง แขนขาไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ สภาพผู้ป่วย ไม่สามารถลุกนั่ง หรือขึ้นลงบันได ไม่ได้ ,กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว ต้องมีคนช่วยทุกครั้ง ,ต้องมีคนป้อนอาหาร ,การกลืนปัสสาวะ อุจจาระ กลืนไม่ได้เลย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเทวี แสนโคตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200264062	ที่อยู่ 2114 ม 4 ต.เวียง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 25 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2498 (อายุ 67 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 66 ปี ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง สภาพผู้ป่วยไม่สามารถลุกนั่งได้ ไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้ ,กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว ต้องมีคนช่วยทุกครั้ง , ต้องมีคนป้อนอาหาร ,การกลืนปัสสาวะ อุจจาระ กลืนไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ช้อนตัก/ช้อนเท้าตัก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
จัดทำ Care plan น.ส.นันทพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายชู บุญदान เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200888571	ที่อยู่ 3010 ม.4 ต.แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 20 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2479 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=11 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 86 ปี ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดในสมอง สภาพผู้ป่วยไม่สามารถลุกนั่งได้ ไม่สามารถขึ้นลงบันได ได้ ,กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว ต้องมีคนช่วยทุกครั้ง , ต้องมีคนป้อนอาหาร ,การกลืนปัสสาวะ อุจจาระ กลืนไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่ภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ปาลินี ดันติรัตนกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3419900509073	ที่อยู่ 6301 ม 10 ต แวง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 11 เดือน กันยายน พ.ศ. 2508 (อายุ 57 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 57 ปี ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง สภาพผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้ด้วยตนเอง ต้องมีคนช่วย และไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้ , กิจกรรมประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว ไม่สามารถทำได้ แต่ต้องมีคนช่วย , รับประทานอาหาร พอทำได้เอง บางครั้งต้องมีคนป้อน และต้องมีคนเตรียมอาหารให้ , การกลืนปัสสาวะ อุจจาระ กลืนไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
	ขอตรวจวัดในการให้บริการ	
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันตพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางประยูร กาสิณพิลา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3471200879997	ที่อยู่ 9110 ม 6 ต.เวียง อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0801682642	วันที่จัดทำ 03 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 14 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2478 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย อายุ 87 ปี ป่วยชราภาพ และตาบอด สภาพผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้ แต่ต้อง มีคนช่วยพยุงทุกครั้ง สามารถขึ้นลงบันได ได้ แต่ต้องมีคนช่วยพยุงทุกครั้ง ,กิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การแต่งตัว ต้องมีคนช่วย ,กินอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนเตรียม ,การกลืนปัสสาวะ อจจระะ กลืนได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - พื้นพู่สภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.นันทพร ลีทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	