



ที่ นม ๙๔๐๐๑/

ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพะไล
อำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๑๒๐

๒๐ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความร่วมมือในการประสานการคัดกรองหรือการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่โดยใช้
แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิต ตามดัชนีบาร์ธเรล (ADL)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบัวลาย

ด้วยองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพะไล ได้รับหนังสือจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วน
ท้องถิ่นในการขอความร่วมมือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
และ ฐานข้อมูลโดยคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนิน
ชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์ธเรล(ADL) และจัดทำรายงานฐานข้อมูลที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น โดยใช้ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการคัดกรองมาแล้ว เพื่อทางองค์การบริหารส่วนตำบล
เมืองพะไลจะจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและฐานข้อมูลอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นของ
องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น

ดังนั้น องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพะไล จึงขอความอนุเคราะห์ในการคัดกรองผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์ธเรล(ADL)
และจัดทำรายงานฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่งให้องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพะไล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายฤทธิ์ สีมา)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพะไล

สำนักปลัด / อบต. เมืองพะไล

โทร ๐๔๔-๔๔๕๐๐๙

“ยึดมั่นธรรมาภิบาล บริการเพื่อประชาชน”

ขอความร่วมมือสำรวจเพื่อจัดทำฐานข้อมูล
ทะเบียนอาสาสมัครในพื้นที่ของท่าน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา ขอความร่วมมือผู้บริหาร/เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำรวจและจัดทำข้อมูลในแบบฟอร์ม Google Form เพื่อจัดทำฐานข้อมูลทะเบียนอาสาสมัครในพื้นที่ของท่าน โดยข้อมูลที่ได้อาจใช้ในการสำรวจจะนำไปใช้เพื่อการวางแผนพัฒนา และบริหารจัดการศูนย์บริการสาธารณสุขส่วนรับผู้พิการในพื้นที่ของท่าน ไม่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุม ทั้งถึงและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในพื้นที่ของท่านต่อไป

manangpalabulalai@gmail.com [Switch account](#)

Not shared Draft saved

จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อของท่านในจังหวัดนครราชสีมา (โปรดคลิกเลือกชื่อของท่าน)

อ.บ.บ.เมืองพะโล

จังหวัดบุรีรัมย์

อาชีพ ของท่านมีการจัดจ้าง อาสาสมัครหรือไม่

☐ มี

☒ ไม่มี

Clear selection

กรณีเคยมี : โปรดระบุจำนวนคน และอัตราจ้างรายเดือน (จำนวนบาท/เดือน)

5000

ปัจจุบัน หน่วยงานท่านมีการจ้างอาสาสมัครหรือไม่ (โปรดระบุจำนวนคน และอัตราจ้างรายเดือน)

จำนวนคน (โปรดระบุ)

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ มากกว่า 4 คน

ใบความรู้เรื่องค่าแรงขั้นต่ำฐานเมือง

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScuirlLkndiOiqVgqgGWsZ3cMeRY1VMINNHXnnE9KQU7WzZnA/viewform

โปรดระบุ ชื่อ-นามสกุล อาสาสมัครรับบาล (คนที่ 1) พร้อมอัตรารายได้ของที่ท่านจัดจ้าง

Your answer

โปรดระบุ ชื่อ-นามสกุล อาสาสมัครรับบาล (คนที่ 2) พร้อมอัตรารายได้ของที่ท่านจัดจ้าง

Your answer

โปรดระบุ ชื่อ-นามสกุล อาสาสมัครรับบาล (คนที่ 3) พร้อมอัตรารายได้ของที่ท่านจัดจ้าง

Your answer

โปรดระบุ ชื่อ-นามสกุล อาสาสมัครรับบาล (คนที่ 4) พร้อมอัตรารายได้ของที่ท่านจัดจ้าง

Your answer

กรณีมีการจัดจ้างมากกว่า 4 คน (โปรดระบุ ชื่อ-นามสกุล) พร้อมอัตรารายได้ของที่ท่านจัดจ้าง

Your answer

Activate Windows
Go to Settings to activate Windows.

ใบความรู้เรื่องค่าแรงขั้นต่ำฐานเมือง

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScuirlLkndiOiqVgqgGWsZ3cMeRY1VMINNHXnnE9KQU7WzZnA/viewform

กรณีมีการจัดจ้างมากกว่า 4 คน (โปรดระบุ ชื่อ-นามสกุล) พร้อมอัตรารายได้ของที่ท่านจัดจ้าง

Your answer

ท่านคิดว่า อัตราการจัดจ้างอาสาสมัครรับบาลที่เหมาะสมต่อคน ควรอยู่ในอัตราเท่าไร/เดือน (โปรดระบุ)

6000

ข้อคิดเห็น/ ข้อเสนอแนะ

Your answer

Submit Clear form

Never submit passwords through Google Forms.

This content is neither created nor endorsed by Google. [Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Privacy Policy](#)

Google Forms

Activate Windows
Go to Settings to activate Windows.

แบบสำรวจฐานข้อมูลอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพะไล อำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา

ณ วันที่ 13 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ชื่อ - สกุล ผู้ประสานงาน นายธีระวัฒน์ อ่อนดี ตำแหน่ง นักพัฒนาชุมชน เบอร์โทรศัพท์ 0644807471

ที่	รายชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	อำเภอ	ฐานข้อมูลอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น									หมายเหตุ
			ลำดับ	คำนำหน้า	ชื่อ - สกุล	ผ่านการอบรมหลักสูตรฯ 70 ชม. (✓ ช่องที่เลือก)	ผ่านการอบรมหลักสูตรฯ 50 ชม. ของกรมอนามัย (✓ ช่องที่เลือก)	อัตราค่าป่วยการที่ได้รับ (✓ ช่องที่เลือก)		การปฏิบัติหน้าที่ (✓ ช่องที่เลือก)		
								5,000 บาท	6,000 บาท	ยังปฏิบัติหน้าที่	ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่แล้ว	
1	อบต. เมืองพะไล	บัวลาย	1	นางสาว	เรณูภา ฉัตรศรี	✓		✓			✓	
			2	นางสาว	ฐิติพร ประตุแก้ว	✓		✓			✓	
รวม												

(ลงชื่อ)

(นางสุกีน โพธิ์สุวรรณ)

ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพะไล



ขอมอบประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวเรณูกา ฉัตรศรี

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง

ประจำปี พ.ศ. 2567

ขอให้มีความสุข ความเจริญ ประสบความสำเร็จสืบไป

จัดอบรมโดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ให้ไว้ ณ วันที่ 30 กันยายน 2567

(นายขจร ศรีชวโนทัย)

อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น



ขอมอบประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวจิตติพร ประตุแก้ว

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง

ประจำปี พ.ศ. 2567

ขอให้มีความสุข ความเจริญ ประสบความสำเร็จสืบไป

จัดอบรมโดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ให้ไว้ ณ วันที่ 30 กันยายน 2567

(นายขจร ศรีชวโนทัย)

อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น





องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพะไล
รับที่ ๑๕
วันที่ ๒๗ มี.ค. ๒๕๖๘

ที่ นม ๐๐๓๓.๓๐๑/๒๓๕

โรงพยาบาลบวลอย ต.เมืองพะไล.....น.

อ.บวลอย จ.นครราชสีมา ๓๐๑๒๐

๑๕ มีนาคม ๒๕๖๘

☐ กองคลัง

☐ กองช่าง

☒ กองการศึกษา

☐ กองสวัสดิการฯ

☒ กองสาธารณสุขฯ

เรื่อง ขอส่งโครงการเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ๑ ฉบับ

๒. แผนการดูแลรายบุคคล(Care plan)

จำนวน ๔๙ ฉบับ

ตามที่ องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพะไล อำเภอบวลอย จังหวัดนครราชสีมา ได้เข้าร่วมโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีโรงพยาบาลบวลอยเป็นผู้ร่วมจัดการดูแลระบบการบริการ ร่วมกับผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๗๐ ชั่วโมง โดยมีกลุ่มเป้าหมายในเขตพื้นที่รับผิดชอบของอบต.เมืองพะไลที่เข้าข่ายในการจัดบริการฯ ปี ๒๕๖๘ จำนวน ๔๙ ราย ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศฯ ที่ส่งมาพร้อมนี้

ในการนี้ เพื่อให้โครงการดังกล่าวบรรลุตามวัตถุประสงค์ โรงพยาบาลบวลอยจึงขอส่งแผนการดูแลรายบุคคล(Care plan) เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจำนวน ๔๙ ราย เป็นจำนวนเงิน ๕๑๑,๖๕๘ บาท(ห้าแสนหนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยห้าสิบแปดบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพะไล
เพื่อโปรดทราบ

- โรงพยาบาลบวลอย เสร็จ ๒๕๖๘
ขอส่งโครงการเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาว
ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวประภัสร คณะรัฐ)

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบวลอย

๒๗ มี.ค. ๖๘

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

โทร ๐๔๓๐ ๐๗๗๒ ต่อ ๑๔๐

๒๗.๓.๖๘

**สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปี 2567**

ส่วนที่ 1 : โครงการ

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง องค์การบริหาร
ส่วนตำบลเมืองพะไล อำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา

ด้วย โรงพยาบาลบัวลาย อำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาว
ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพะไล โดยขอรับการสนับสนุน
ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้าย
ประกาศเป็นค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) 10,442 บาท ต่อคนต่อปี จำนวน 49 คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น
จำนวน 511,658 บาท (ห้าแสนหนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยห้าสิบบแปดบาทถ้วน) รายละเอียดดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				กลุ่มป่วย		รวม	
กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/ การขับถ่ายแต่ไม่ มีภาวะสับสน		กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหว ได้บ้างมีภาวะ สับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/ การขับถ่าย		กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหว เองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่าย หรือเจ็บป่วย รุนแรง		กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่เคลื่อนไหว เองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะ ท้ายของชีวิต		กลุ่ม 4.1 ผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่ ได้รับการ ประเมินระดับ ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลแบบ ประคับประคอง	กลุ่ม 4.2 ผู้ป่วยสมอง เสื่อมตาม การประเมิน ระยะของ ภาวะสมอง เสื่อม		
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
19	198,398	22	229,724	8	83,536	0	0	0	0	49	511,658

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี
เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณา
สนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ 1 พฤษภาคม 2568 – 30 เมษายน 2569

ลงชื่อ..........ผู้จัดทำโครงการ

(นางสาวประภัสสร คณะรัฐ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบัวลาย

วันที่ 14 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568

รายชื่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ(Caregiver) ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(1 พ.ค. 68 - 30 เม.ย. 69)

ชื่อ-สกุล	ชื่อสกุล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	อายุ(ปี)	ที่อยู่	หมู่ที่	ADL	TAI	กลุ่ม
นางอมรรัตน์ วันณะปะโค (ดูแลผู้สูงอายุ 7 ราย)	1.นางบุญมา ธงชาย	85	76	1	11	B3	1
	2.นางสำลี สุวรรณโก	91	197	1	10	C4	2
	3.นายไสว พิมิ	69	5	1	11	C2	2
	4.นายวรชัย ประวรรณโก	36	36	1	7	C2	2
	5.นางกวย วรรณปะโค	98	9	1	3	I3	3
	6.นางวัน ศรีนาม	87	162	1	0	I3	3
	7.นางพูน ถมจันทร์แก้ว	88	68	9	0	I3	3
	8.นายธวัช เจริญ	56	71	1	5	C3	2
นางธัญญารัตน์ คำภิมูล (ดูแลผู้สูงอายุ 5 ราย)	1.นางหนูคล้าย เลื่อยไธสง	85	101	2	11	B3	1
	2.นางเผย คำพิมูล	89	124	2	11	C3	2
	3.นายแสง คำพิมูล	91	124	2	11	C3	2
	4.นายบุญเนา แทนไธสง	83	48	2	11	C4	2
	5.นายชูศักดิ์ คำพิมูล	39	67	2	0	I3	3
น.ส.นุทยา ลาภเจริญ (ดูแลผู้สูงอายุ 8 ราย)	1.นางแป้น ผิวผ่าน	83	67	3	10	C3	2
	2.นายภู แพทย์กระโทก	92	19	3	9	C3	2
	3.นางสงบ ชาสุต	78	80	3	11	C3	2
	4.นางम्म จันทินิจ	88	40	3	8	C3	2
	5.นางปุม แวดไธสง	82	75	3	10	C2	2
	6.นายสุวรรณ ผิวผ่าน	60	67	3	0	I3	3
	7.นางคำหยาด ฤาไชย	92	1	3	11	B3	1
	8.นางปิ่น ชัยนิคม	72	27	3	11	B3	1
นางวิรัตน์ ภิรมจิตร (ดูแลผู้สูงอายุ 5 ราย)	1.นายนาย ภักดีลุน	75	5	3	11	B3	1
	2.นางหนูทิน คิตการ	70	25	3	11	B3	1
	3.นายจิตรจวัฒน์ หนูจิตต์	69	33	3	11	B3	1
	4.นางสาหร่าย อสุนย์	90	79	3	11	B3	1
	5.นายโท ผอนนอก	98	2	4	11	C3	2
นางศลิษา ธุระธรรม (ดูแลผู้สูงอายุ 5 ราย)	1.นางทองสา นามวงษา	97	64	5	11	B3	1
	2.นางสุพรรณ สุระพินิจ	72	54	5	11	B3	1
	3.นางไข ทูมมา	73	8	5	11	B3	1
	4.นางบุญช่วย ยามประโคน	60	39	5	11	B3	1
	5.นางดี นามวงษา	79	64	5	8	C3	2

รายชื่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ(Caregiver) ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(1 พ.ค. 68 - 30 เม.ย. 69)

ชื่อ-สกุล	ชื่อสกุล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	อายุ(ปี)	ที่อยู่	หมู่ที่	ADL	TAI	กลุ่ม
นางจรรยาณัฐ แพมไธสง (ดูแลผู้สูงอายุ 5 ราย)	1.น.ส.ละม่อม จันทร์ภิรมย์	76	50	6	10	B3	1
	2.นางสมพาน แสงลา	77	77	6	10	C3	2
	3.นางกองแก้ว วิเศษธร	78	89	6	9	C3	2
	4.นางสีดา เทพคำ	81	30	6	11	C2	2
	5.นางภู มาสวนจิต	86	105	6	4	I3	3
นางบัวลี อินทร์โสม (ดูแลผู้สูงอายุ 8 ราย)	1.นายแก้ว วิเศษดี	91	77	7	9	C4	2
	2.น.ส.ลำพูน จันทะเปี้ยว	54	33	7	11	B3	1
	3.นายณพรัตน์ โชติไธสง	54	77	7	11	B3	1
	4.นายบุญชู สมอุมจารย์	65	45	7	9	C3	2
	5.นางสุวรรณ อ่อนละมุล	78	65	7	11	C3	2
	6.นางงาม ประสมสี	85	63	7	10	C3	2
	7.นายชาคริต จันทะเปี้ยว	43	48	7	4	I3	3
	8.ด.ช.นนท์ณภัทร แก้วบับพ	10	70	7	0	I3	3
นางผกามาศ ถวิลรัมย์ (ดูแลผู้สูงอายุ 5 ราย)	1.นายทองคำ บุญทันเสน	91	20	8	11	B3	1
	2.นางตา ดีโสภามาส	86	39	8	11	B3	1
	3.นายบุญมี ระวาดชู	79	25	8	11	B3	1
	4.นายนา ศรีภักดี	87	3	8	11	B3	1
	5.นายสมาน แสนปาง	74	11	8	11	C3	2

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘ (๔) (๘) (๙) และมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๗ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เว้นแต่ข้อ ๘ วรรคสอง ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑

(๒) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒

(๓) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๓

(๔) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนตำบลตามกฎหมายว่าด้วยสภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตามกฎหมายว่าด้วยเทศบาล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง ที่ได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ แต่ไม่ให้ความหมายรวมถึงกรุงเทพมหานคร

“กองทุนหลักประกันสุขภาพ” หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

“คณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

“การจัดบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การจัดบริการในชุมชน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต นอกเหนือจากการจัดบริการปกติของหน่วยบริการ

“การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า บริการที่มุ่งกระทำเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพทางกายและจิตใจที่แข็งแรง สมบูรณ์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

“การป้องกันโรค” หมายความว่า บริการที่มุ่งกระทำเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค และการป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้ว รวมถึงการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการป้องกันโรค

“การฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า บริการที่มุ่งกระทำเพื่อแก้ไขปัญหาคาบพร่องของร่างกายและจิตใจ ที่ยังไม่มีหรือสูญเสียไปให้เกิดมีขึ้น ให้สามารถเรียนรู้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตในสังคมได้ รวมถึงการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

“การรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก” หมายความว่า การจัดบริการหรือการจัดกิจกรรมสาธารณสุข ซึ่งเป็นการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเบื้องต้นในชุมชน และนอกเหนือจากการจัดบริการปกติของหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการมากขึ้น

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยงานสาธารณสุข” หมายความว่า หน่วยงานที่มีภารกิจด้านการสาธารณสุขโดยตรง แต่ไม่ได้เป็นสถานบริการหรือหน่วยบริการ

“หน่วยงานอื่น” หมายความว่า หน่วยงานที่มีได้มีภารกิจด้านการสาธารณสุข

“องค์กรหรือกลุ่มประชาชน” หมายความว่า องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน ภาคเอกชน หรือบุคคลที่มีการรวมตัวกันตั้งแต่ห้าคนขึ้นไป ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร ทั้งนี้จะเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ได้

“ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า บุคคลที่จำเป็นต้องได้รับบริการสาธารณสุขตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามที่สำนักงานกำหนด

“บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า การบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่บ้านหรือที่ชุมชน

“ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง” (Caregiver) หมายความว่า บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือหลักสูตรอื่นที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

(๑) มีความประสงค์เข้าร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

(๒) มีความพร้อมในการอุดหนุนเงินหรืองบประมาณ

ข้อ ๖ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ในประกาศนี้ และมีมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๗ เงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

(๑) เงินที่ได้รับจัดสรรแต่ละปีจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) เงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๓) รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปตามอัตราที่สำนักงานกำหนด

กรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับเงินจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตาม (๑) แล้ว มีเงินคงเหลือไม่เพียงพอในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และมีความประสงค์ขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาจได้รับการจัดสรรเงินเพิ่มเติม โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องสมทบเงินไม่น้อยกว่าที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๘ นอกจากเงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามข้อ ๗ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจได้รับเงินเพิ่มจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือบริการอื่น

เงินที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามวรรคหนึ่ง ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมทบเงินเพื่อนำไปใช้จ่ายเป็นค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือบริการอื่น ตามที่สำนักงานกำหนด

เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจนำเงินตามข้อ ๗ (๒) ไปใช้จ่ายเป็นค่าจ้างหรือค่าตอบแทนหรือค่าป่วยการของผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงก็ได้

ข้อ ๙ การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน การจัดทำบัญชี การรายงานของกองทุน หลักประกันสุขภาพ และการกำกับติดตามเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้าย ประกาศนี้

เงินในกองทุนหลักประกันสุขภาพสามารถใช้ในปีงบประมาณถัด ๆ ไปได้

ข้อ ๑๐ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๗ ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริม เป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน โครงการ กิจกรรมหรือแผนการดูแลรายบุคคลที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ ดังต่อไปนี้

(๑) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข

(๒) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชนหรือหน่วยงานอื่น

(๓) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยที่บริหารจัดการหรือดำเนิน กิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชนหรือการพัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชนหรือการฟื้นฟู คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหรือการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน

(๔) เพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ต้องไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของเงินรายรับ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๗ ในแต่ละปีงบประมาณนั้น หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ รับเงินเพิ่มตามข้อ ๘ อาจสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมได้อีกไม่เกินร้อยละ ๕ และกรณีที่มีความจำเป็น ต้องใช้จ่ายเพื่อจัดหาครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนได้ในวงเงิน ตามความจำเป็นและครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้เป็นทรัพย์สินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น

(๕) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ ในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น เหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ได้

(๖) เพื่อสนับสนุนเป็นค่าจ้างหรือค่าตอบแทนหรือค่าป่วยการของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตามข้อ ๘ วรรคสาม

(๗) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขอื่นตามมติคณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ได้รับอนุมัติตามวรรคหนึ่ง หากต้องจัดหาครุภัณฑ์ เพื่อจัดบริการสาธารณสุขให้กับบุคคล ให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณาสนับสนุนได้ในวงเงินตามความจำเป็น เว้นแต่กรณี (๒) ให้สนับสนุนได้ในวงเงินไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทต่อโครงการ และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ ให้เป็นทรัพย์สินของหน่วยงาน องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ที่ได้รับการสนับสนุน

ข้อ ๑๑ เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหากรณีเกิดการระบาดของโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ และคณะกรรมการกองทุนไม่อาจอนุมัติค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๐ ได้ทันต่อสถานการณ์ ให้ประธานกรรมการตามข้อ ๑๓ มีอำนาจอนุมัติโครงการหรือกิจกรรม เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขกรณีเกิดการระบาดของโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อได้ตามความจำเป็นได้ไม่เกินหนึ่งแสนบาทต่อโครงการ โดยให้ถือว่าเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติตามประกาศนี้ด้วย แล้วรายงานให้คณะกรรมการกองทุนทราบ

ข้อ ๑๒ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในส่วนบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามข้อ ๘ วรรคหนึ่งและวรรคสอง ให้จ่ายเพื่อสนับสนุนบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไปตามที่สำนักงานกำหนด ทั้งนี้ ตามแผนการดูแลรายบุคคลที่คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอนุมัติ

ข้อ ๑๓ ให้มีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

- | | |
|---|------------------------------------|
| (๑) ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | เป็นประธานกรรมการ |
| (๒) ผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่น จำนวนสองคน | เป็นกรรมการ |
| (๓) สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ที่สภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย
จำนวนสองคน | เป็นกรรมการ |
| (๔) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสาธารณสุข
ในท้องถิ่น ที่คัดเลือกกันเอง จำนวนไม่เกินสองคน | เป็นกรรมการ |
| (๕) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในท้องถิ่น
ที่คัดเลือกกันเอง จำนวนไม่เกินสองคน | เป็นกรรมการ |
| (๖) ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้าน
หรือชุมชนคัดเลือกกันเอง จำนวนไม่เกินห้าคน | เป็นกรรมการ |
| (๗) ผู้แทนของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน
หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระ ที่อยู่ในท้องถิ่นนั้น (ถ้ามี) | เป็นกรรมการ |
| (๘) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | เป็นกรรมการ
และเลขานุการ |
| (๙) ผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากองสาธารณสุข
และสิ่งแวดล้อมหรือส่วนสาธารณสุข
หรือที่เรียกชื่ออื่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ผู้บริหารสูงสุด
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย | เป็นกรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |

- (๑๐) หัวหน้าหน่วยงานคลังหรือเจ้าหน้าที่
ของหน่วยงานคลังที่ผู้บริหารสูงสุด
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย

เป็นกรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ

ให้สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่จัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และท้องถิ่นอำเภอ
เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการกองทุน

การคัดเลือกกรรมการตาม (๔) (๕) และ (๖) ให้เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ให้กรรมการตาม (๑) (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) (๘) (๙) และ (๑๐) ประชุมคัดเลือกกรรมการ
ตาม (๒) จำนวนสองคน จากผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่น

เมื่อได้กรรมการที่มาจากกรคัดเลือก ให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เป็นผู้ออกคำสั่งแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการกองทุนและแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต
ทราบต่อไป

ข้อ ๑๔ ให้กรรมการตามข้อ ๑๓ (๒) (๓) (๔) (๕) (๖) และ (๗) มีวาระอยู่ในตำแหน่ง
คราวละสี่ปี นับแต่วันที่ออกคำสั่งแต่งตั้ง

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคหนึ่งแล้ว หากยังมีได้มีการคัดเลือกกรรมการขึ้นใหม่ให้กรรมการ
ซึ่งพ้นจากตำแหน่งอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไป จนกว่ากรรมการซึ่งได้รับการคัดเลือกขึ้นใหม่
เข้ารับหน้าที่ แต่ต้องไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันที่กรรมการพ้นจากตำแหน่ง

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการคัดเลือกกรรมการ
ประเภทเดียวกันแทนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลงตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงาน
กำหนดในข้อ ๑๓ วรรคสามหรือวรรคสี่ แล้วแต่กรณี ให้ผู้ได้รับการคัดเลือกอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระ
ที่เหลือของกรรมการซึ่งตนแทน เว้นแต่กรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่
ไม่ถึงเก้าสิบวัน จะไม่ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ และในการนี้
ให้คณะกรรมการกองทุนประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

ในกรณีที่กรรมการตามข้อ ๑๓ (๓) ว่างลงโดยมิใช่เหตุพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ
ให้คณะกรรมการกองทุนประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

ข้อ ๑๕ กรรมการตามข้อ ๑๓ วรรคหนึ่ง (๒) (๓) (๔) (๕) (๖) และ (๗) นอกจาก
การพ้นจากตำแหน่งตามวาระแล้ว ให้พ้นจากตำแหน่ง ในกรณี ดังต่อไปนี้

- (๑) ตาย
- (๒) ลาออก
- (๓) ย้ายไปดำรงตำแหน่งหรือไปประกอบอาชีพในท้องถิ่นหรือพื้นที่อื่น
- (๔) เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- (๕) เป็นบุคคลล้มละลาย

(๖) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๗) พ้นจากความเป็นสมาชิกภาพของสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระในท้องถิ่น

(๘) ขาดประชุมสามครั้งติดต่อกันโดยไม่มีเหตุอันสมควร

ข้อ ๑๖ การประชุมคณะกรรมการกองทุนต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

ข้อ ๑๗ คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) พิจารณานุมัติแผนการเงินประจำปีของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

(๒) พิจารณานุมัติแผนงาน โครงการ กิจกรรม หรือแผนการดูแลรายบุคคล ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๑๐

(๓) ออกระเบียบที่จำเป็นเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้ ต้องไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศนี้

(๔) สนับสนุนให้บุคคลในท้องถิ่นหรือพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

(๕) ให้คำแนะนำในการจัดทำข้อมูลและการดำเนินงานที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมาย แก่สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๖) พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ข้อ ๑๘ คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามประกาศนี้ หรือตามที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย

ข้อ ๑๙ ให้คณะกรรมการกองทุนแต่งตั้งคณะอนุกรรมการชุดหนึ่งชื่อ “คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง” ประกอบด้วย

(๑) ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นประธานอนุกรรมการ หรือผู้บริหารอื่นที่ผู้บริหารสูงสุด

ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มอบหมาย

(๒) ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวนสองคน เป็นอนุกรรมการ

(๓) หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่จัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น เป็นอนุกรรมการ หรือผู้แทน

(๔) สาธารณสุขอำเภอหรือผู้แทน เป็นอนุกรรมการ

- | | |
|--|---------------------------------------|
| (๕) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสาธารณสุข
ในท้องถิ่น | เป็นอนุกรรมการ |
| (๖) ผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข (care manager) | เป็นอนุกรรมการ |
| (๗) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง | เป็นอนุกรรมการ |
| (๘) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | เป็นอนุกรรมการ
และเลขานุการ |
| (๙) เจ้าหน้าที่อื่นที่ผู้บริหารสูงสุด
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มอบหมาย | เป็นอนุกรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |

ข้อ ๒๐ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
มีอำนาจหน้าที่ พิจารณานุมัติค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคล โดยมีกิจกรรมให้บริการ ดังนี้

(๑) ประเมินและวางแผนการดูแลรายบุคคลก่อนให้บริการโดยผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข
หรือบุคลากรสาธารณสุข

(๒) ให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมหมอ
ครอบครัว

(๓) ให้บริการดูแลที่บ้านหรือชุมชน และให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล โดยผู้ช่วยเหลือดูแล
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือเครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ หรืออาสาสมัคร จิตอาสา ตามแผนการดูแลรายบุคคล
หรือตามคำแนะนำของผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข

(๔) จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นตามสภาพ
ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หรือขอรับสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๑๐

(๕) ประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล โดยผู้จัดการการดูแลด้านสาธารณสุข
หรือบุคลากรสาธารณสุข

ทั้งนี้ กิจกรรมและรูปแบบการให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย
โดยเป็นไปตามแนวทางการดูแลของกระทรวงสาธารณสุขหรือตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๑ การประชุมของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้
ที่มีภาวะพึ่งพิง คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน ที่คณะกรรมการกองทุนแต่งตั้ง ให้นำข้อ ๑๖
มาบังคับใช้โดยอนุโลม

ข้อ ๒๒ ให้กรรมการ ที่ปรึกษา อนุกรรมการ และคณะทำงาน ได้รับค่าตอบแทนในการประชุม
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่น

ให้บุคคลภายนอก และเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับการแต่งตั้ง
ให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ที่เข้าร่วมประชุม
มีสิทธิได้รับค่าตอบแทนในการประชุม ทั้งนี้ ต้องไม่เกินวงเงินของข้อ ๑๐ (๔)

ค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่ง และวรรคสองให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒๓ เพื่อให้กองทุนหลักประกันสุขภาพมีการพัฒนายั่งยืนและมีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ประสานกับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ในการติดตาม กำกับ ประเมินผล และส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และรายงานให้สำนักงานทราบ

กรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ และอาจเกิดความเสียหายต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) เรียกคืนค่าใช้จ่ายที่สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชนได้รับ หรือใช้สิทธิเรียกร้องทางแพ่ง

(๒) ระวังหรือชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายที่พึงได้รับในงวดถัดไป

(๓) ดำเนินการตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

เมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการตามวรรคสองแล้ว ให้รายงานสำนักงานทราบ

ข้อ ๒๔ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพคงเหลือมากกว่าหนึ่งเท่าของรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๗ วรรคหนึ่ง ของปีงบประมาณที่ผ่านมา สำนักงานอาจดการจัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามข้อ ๗ (๑) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจดการสมทบเงินตามข้อ ๗ (๒) ของปีปีงบประมาณนั้น

การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในปีงบประมาณนั้น กรณีค่าใช้จ่ายเพื่อการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๑๐ (๔) ให้สนับสนุนค่าใช้จ่ายได้ไม่เกินวงเงินของปีงบประมาณที่ผ่านมา

ข้อ ๒๕ กรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดไม่สมทบเงินหรือไม่มีการดำเนินกิจกรรมใดต่อเนื่องตั้งแต่สองปีงบประมาณขึ้นไป สำนักงานอาจประกาศยุบเลิกกองทุนหลักประกันสุขภาพได้ และให้โอนเงินหรือทรัพย์สินของกองทุนหลักประกันสุขภาพตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๖ ให้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ คณะกรรมการกองทุน คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน แนวทางปฏิบัติ และการดำเนินงานต่าง ๆ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นคณะกรรมการกองทุน เป็นคณะอนุกรรมการ เป็นคณะทำงาน เป็นแนวทางปฏิบัติ และเป็นการดำเนินงานต่อเนื่องตามประกาศนี้

ให้กรรมการกองทุน อนุกรรมการ และคณะทำงานตามวรรคหนึ่ง อยู่ในตำแหน่งต่อไปได้จนครบวาระนับจากวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งกรรมการตามข้อ ๑๓ ต่อไป

ข้อ ๒๗ การดำเนินงานใดตามประกาศนี้ หากยังไม่มีกฎ ระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ที่จะกำหนดขึ้นตามประกาศนี้ ให้ใช้กฎ ระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือส่วนราชการอื่นในส่วนที่เกี่ยวข้องมาใช้บังคับโดยอนุโลม

ข้อ ๒๘ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

สมศักดิ์ เทพสุทิน

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการ
ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
พ.ศ. ๒๕๖๗

หมวด ๑

การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน การจัดทำบัญชีและรายงาน
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๑. การรับเงินและการเก็บรักษาเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๑.๑ บรรดาเงินรายรับเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๗ให้นำส่งเข้าบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพที่เปิดบัญชีกับธนาคารที่สำนักงานกำหนด โดยใช้ชื่อบัญชีว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพ... (ระบุชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)”

เงินที่ได้รับเพิ่มจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามข้อ ๘ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเปิดบัญชีกับธนาคารที่สำนักงานกำหนด โดยใช้ชื่อบัญชีว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพ... (ระบุชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง” แยกออกจากบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพตามวรรคหนึ่ง

กรณีที่มีความจำเป็นไม่อาจเปิดบัญชีกับธนาคารที่สำนักงานกำหนด ให้เปิดบัญชีกับธนาคารอื่นได้ โดยให้เป็นไปตามข้อตกลงระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ได้เปิดบัญชีไว้แล้วก่อนประกาศนี้ใช้บังคับ ให้ถือว่าเป็นบัญชีเงินฝากตามวรรคหนึ่งและวรรคสองแล้วแต่กรณี

๑.๒ การรับเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพให้รับเป็นเงินสด เช็ค ตัวแลกเงิน ธนาณัติ หรือโอนเข้าบัญชีทางธนาคาร หรือทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือวิธีอื่นตามที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด และให้ออกใบเสร็จรับเงินในนามของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามแบบที่สำนักงานกำหนด ให้แก่ผู้ชำระเงินทุกครั้ง เว้นแต่การรับเงินที่ได้รับการจัดสรรแต่ละปีจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยให้ใช้หลักฐานการโอนเงินผ่านทางธนาคารเป็นหลักฐานอ้างอิงในการบันทึกบัญชีรายรับ

๑.๓ เงินสดที่กองทุนหลักประกันสุขภาพได้รับไว้ให้นำฝากเข้าบัญชีตาม ๑.๑ ภายในวันที่ได้รับเงิน หากไม่สามารถนำเงินดังกล่าวฝากเข้าบัญชีได้ทัน ให้พนักงานส่วนท้องถิ่นที่ผู้บริหารสูงสุดมอบหมาย นำเงินสดจำนวนดังกล่าวเก็บรวมไว้ในซองหรือหีบห่อ ระบุเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวนเงิน ปิดผนึก ลงลายมือชื่อผู้รับผิดชอบ และนำฝากไว้ที่ตู้নির্যหรือสถานที่เก็บรักษาเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วให้นำฝากเข้าบัญชีในวันทำการถัดไป

๑.๔ การสมทบเงินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ดำเนินการโดยเร็วเมื่อเริ่มต้นปีงบประมาณ กรณีมีความจำเป็น ให้สมทบได้ไม่เกินปีงบประมาณที่สำนักงานจ่ายเงินสนับสนุน

๒. การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๒.๑ การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งจ่ายได้ตามวัตถุประสงค์ของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามที่คณะกรรมการกองทุนหรือคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง อนุมัติ แล้วแต่กรณี

๒.๒ วิธีการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้จ่ายได้ ดังต่อไปนี้

๒.๒.๑ จ่ายเป็นเช็คขีดคร่อม ตัวแลกเงิน หรือธนาณัติ

๒.๒.๒ จ่ายทางธนาคารหรือทางอิเล็กทรอนิกส์

๒.๒.๓ จ่ายทางอื่นตามที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด

๒.๓ ให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือรองผู้บริหารสูงสุดที่ผู้บริหารสูงสุดมอบหมายหรือปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคนใดคนหนึ่ง ลงนามร่วมกับพนักงานส่วนท้องถิ่นคนใดคนหนึ่งของผู้บริหารสูงสุดมอบหมายไว้จำนวนสองคน รวมเป็นผู้ลงนามสองคน เป็นผู้เบิกเงินจากบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามที่คณะกรรมการกองทุน หรือคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอนุมัติ แล้วแต่กรณี

๒.๔ การจ่ายให้ผู้มีสิทธิรับเงินที่เป็นหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่น ให้หัวหน้าของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นนั้นเป็นผู้รับเงิน หากไม่สามารถมารับเงินได้ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทนก็ให้กระทำได้ ทั้งนี้ต้องมีหนังสือมอบอำนาจที่ชัดเจน

๒.๕ การจ่ายให้ผู้มีสิทธิรับเงินที่เป็นองค์กรหรือกลุ่มประชาชน ให้ผู้แทนที่ได้รับมอบหมายจากองค์กรหรือกลุ่มประชาชน ไม่น้อยกว่าสองคนขึ้นไปเป็นผู้รับเงิน

๒.๖ การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องมีหลักฐานการจ่ายเป็นใบเสร็จรับเงิน ใบสำคัญรับเงิน ตามแบบที่สำนักงานกำหนด หรือหลักฐานการนำเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงิน หรือหลักฐานการรับเงินอย่างอื่น ตามที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด เก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

๓. การจัดทำบัญชีและรายงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๓.๑ การบันทึกบัญชี ให้บันทึกตามรูปแบบที่สำนักงานกำหนด

๓.๒ รอบระยะเวลาบัญชีให้ถือตามปีงบประมาณ กรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ระหว่างรอบระยะเวลาบัญชี ให้เริ่มระบบบัญชี ณ วันที่ได้รับเงินเป็นครั้งแรกจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.๓ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์สารสนเทศหรือระบบอื่น และจัดส่งรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนแล้ว ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ทุกไตรมาส โดยให้จัดส่งภายในสามสิบวัน นับจากวันสิ้นไตรมาส ตามรูปแบบที่สำนักงานกำหนด

ภายในเดือนธันวาคมของทุกปีให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนแล้ว เก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๒
การกำกับติดตามเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๔. กรณีหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น

๔.๑ เมื่อได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพให้นำไปใช้จ่ายตามที่คณะกรรมการกองทุนหรือคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอนุมัติแล้วแต่กรณี ทั้งนี้ การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน ให้เป็นไปตามระเบียบที่หน่วยงานนั้น ๆ ถือปฏิบัติ

๔.๒ เก็บหลักฐานการจ่ายเงินจากบัญชีไว้เพื่อการตรวจสอบ

๔.๓ เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงานตามที่ได้นำเงินไปใช้จ่ายภายใต้วัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแล้ว ให้จัดทำรายงานผลการดำเนินงานและรายงานการจ่ายเงินตามที่ได้รับอนุมัติ ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อให้คณะกรรมการกองทุนทราบ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

๔.๔ กรณีที่มีเงินเหลือจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพ เว้นแต่เงินสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หากดำเนินงานแล้วมีเงินเหลือให้ถือเป็นเงินหรือทรัพย์สินของหน่วยงานที่ได้รับสนับสนุน

๕. กรณีองค์กรหรือกลุ่มประชาชน

๕.๑ เมื่อได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพให้นำไปใช้จ่ายตามที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ เว้นแต่รายการค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้ ให้จ่ายตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๕.๑.๑ ค่าใช้จ่ายสำหรับบุคคลที่ดำเนินงานตามโครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน ให้เบิกจ่ายในอัตราเหี้ยมเคี้ยตามระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง โดยอนุโลม

๕.๑.๒ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางสำหรับบุคคลที่ดำเนินงานตามโครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน ให้เบิกจ่ายในอัตราเหี้ยมเคี้ยตามระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง โดยอนุโลม

๕.๒ การจัดซื้อจัดจ้างตามโครงการ หรือกิจกรรม ให้ถือราคากลางตามระเบียบของทางราชการ หรือราคาตลาดโดยทั่วไปในขณะที่จัดซื้อจัดจ้าง

๕.๓ การจัดหาครุภัณฑ์ ให้แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงินไว้กับรายงานการจ่ายเงิสดังกล่าวด้วย

๕.๔ เมื่อเสร็จสิ้นโครงการให้จัดทำรายงานผลการดำเนินงาน และรายงานการจ่ายเงินตามโครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อให้คณะกรรมการกองทุนทราบ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

๕.๕ กรณีที่มีเงินเหลือจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพ

หมวด ๓

ค่าตอบแทนการประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่น

๖. เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพให้จ่ายเป็นค่าตอบแทนของกรรมการ ที่ปรึกษา อนุกรรมการ คณะทำงาน และบุคคลภายนอกที่ได้รับเชิญมาประชุม ดังต่อไปนี้

๖.๑ ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับกรรมการหรือที่ปรึกษา ไม่เกินครั้งละ ๔๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๘๐๐ บาท

๖.๒ ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับอนุกรรมการ ไม่เกินครั้งละ ๓๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๖๐๐ บาท

๖.๓ ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับคณะทำงาน ไม่เกินครั้งละ ๒๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๔๐๐ บาท

๖.๔ ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับบุคคลภายนอกซึ่งเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการกองทุน หรือคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน ให้เบิกจ่ายค่าตอบแทนได้เท่ากับกรรมการ หรืออนุกรรมการ หรือคณะทำงาน แล้วแต่กรณี

๗. เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพให้จ่ายเป็นค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพที่เข้าประชุมคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน ให้เบิกจ่ายในอัตราเท่ากับกรรมการ หรืออนุกรรมการ หรือคณะทำงาน แล้วแต่กรณี

๘. เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางของกรรมการ ที่ปรึกษา อนุกรรมการ คณะทำงาน และเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้เบิกจ่ายได้ในอัตราไม่เกินระเบียบของทางราชการโดยอนุโลม ทั้งนี้ โดยการอนุมัติของประธานกรรมการ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
พ.ศ. ๒๕๖๗

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้กับหน่วยบริการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อให้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๔ และข้อ ๗๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ พ.ศ. ๒๕๖๗ เลขที่การสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๗”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ ไม่หมายความรวมถึงสำนักงานสาขา

“ผู้รับบริการ” หมายความว่า

(๑) ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ประชากรไทยทุกคนที่ไม่ใช่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“ผู้มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า ผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) บุคคลที่ได้รับการประเมินระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน หรือ

(๒) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการประเมินระดับผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale ; PPS) เท่ากับหรือน้อยกว่าห้าสิบเปอร์เซ็นต์ หรือ

(๓) ผู้ป่วยสมองเสื่อมตามการประเมินระยะของภาวะสมองเสื่อม ดังต่อไปนี้

(ก) Functional Assessment Staging Test (FAST) ระยะปานกลาง ระยะรุนแรงปานกลาง หรือระยะรุนแรง หรือ

(ข) Global Deterioration Scale (GDS) ระยะที่ ๕ ระยะที่ ๖ หรือระยะที่ ๗

ข้อ ๔ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๕ การจ่ายค่าใช้จ่ายกรณีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ต้องเป็นไปตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

(๑) จ่ายให้กับหน่วยบริการที่บริการส่งต่อเฉพาะด้านสถานชีวาภิบาล ตามแผนการดูแลรายบุคคล ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการหรือคณะทำงานของหน่วยบริการนั้น ๆ หรือคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่หน่วยบริการนั้น ๆ ในอัตราไม่เกิน ๑๐,๔๔๒ บาทต่อคนต่อปี

(๒) สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามเป้าหมายจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในท้องถิ่นที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคลในอัตราไม่เกิน ๑๐,๔๔๒ บาทต่อคนต่อปี ทั้งนี้ ภายใต้ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

หมวด ๒

วิธีการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๖ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้หน่วยบริการที่ได้รับค่าใช้จ่ายตามข้อ ๕ (๑) บันทึกแผนการดูแลรายบุคคลที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการหรือคณะทำงานของหน่วยบริการนั้น ๆ หรือคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่หน่วยบริการนั้น ๆ ในระบบ <https://ltcnew.nhso.go.th/> หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๗ การให้บริการตามประกาศนี้ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับค่าใช้จ่ายตามข้อ ๕ (๒) บันทึกแผนการดูแลรายบุคคล ในระบบ <https://ltcnew.nhso.go.th/> และ <https://ltc.anamai.moph.go.th/> หรือผ่านระบบโปรแกรมอื่นตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๘ เมื่อมีการส่งข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามข้อ ๖ และข้อ ๗ แล้ว ให้ถือว่าหน่วยบริการที่ส่งข้อมูลรับรองว่าได้มีการให้บริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑ และหน่วยบริการดังกล่าวต้องจัดเตรียมเอกสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการนั้นไว้เพื่อการตรวจสอบ

หมวด ๓

เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

ข้อ ๙ แผนการดูแลรายบุคคลซึ่งได้รับการอนุมัติตามข้อ ๕ (๑) มีกิจกรรม ดังต่อไปนี้

(๑) ประเมินและวางแผนการดูแลรายบุคคลก่อนให้บริการ และให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขตามแผนการดูแลรายบุคคล และให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือเครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ หรืออาสาสมัคร จัดอาสา ตามแผนการดูแลรายบุคคล หรือตามคำแนะนำของผู้จัดการดูแลด้านสาธารณสุข รวมถึงจัดหาวีรสติ อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือที่จำเป็นตามสภาพของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

(๒) ประเมินและปรับแผนการดูแลรายบุคคลหลังให้บริการ

(๓) กิจกรรมและรูปแบบการให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย โดยเป็นไปตามแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๑๐ หากพบความผิดปกติอื่นใดของข้อมูลผลงานหรือการเบิกจ่ายของหน่วยบริการ สำนักงานจะตรวจสอบเอกสารหลักฐานการให้บริการที่มีบริการตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะพิจารณาปฏิเสธการจ่ายค่าใช้จ่ายในกรณีอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามหมวด ๑

(๒) ไม่พบแผนการดูแลรายบุคคล

(๓) ไม่พบหลักฐานการให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขตามแผนการดูแล

ข้อ ๑๒ ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยก่อนการจ่ายค่าใช้จ่ายว่าการให้บริการอาจไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในหมวด ๑ หรือในกรณีที่สำนักงานพบความผิดปกติหลังการจ่ายค่าใช้จ่ายตามประกาศนี้ สำนักงานอาจเรียกข้อมูลหรือเอกสารที่แสดงว่าได้มีการให้บริการจริงมาประกอบการตรวจสอบและดำเนินการตามระเบียบคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการดำเนินการกรณีตรวจสอบพบความไม่ถูกต้องในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๓ การให้บริการสาธารณสุขกรณีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ที่ได้ให้บริการตั้งแต่วันที่ ๒๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗ จนถึงวันก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือเป็นการให้บริการตามประกาศนี้ และให้หน่วยบริการมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

๗

(นายจเด็จ ธรรมธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะค่าบริการ เหมาราย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกาย วรณปะโค เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200269413	ที่อยู่ 9 ม.1 ต.เมืองพะไล อ. บัวลาย จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0883566855	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2470 (อายุ 98 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดเตียง พิจารทางสายตา/ได้รับเบี้ยยังชีพแล้วไม่มีโรคประจำตัว รูปร่าง ผอมมองเห็นกระดูกชัดเจน เคลื่อนไหวลำบาก ช่วยเหลือตนเองได้น้อย บุตรสาวช่วยเหลือทำกิจกรรม สภาพที่อยู่อาศัยไม่สะอาด มีกลิ่นเหม็น ไม่ปลอดภัย บ้านไม้ 2 ชั้น ผู้สูงอายุอยู่ชั้น 2 ห้องที่นอนเปิดประตู ด้านหลังไว้ เวลาญาติไม่อยู่เสี่ยงต่อผู้สูงอายุพลัดตกจากบ้านชั้น 2 ผู้สูงอายุดื่มสุราเป็นประจำประมาณ 1 กิโลกรัม บางวัน 1 ขวดเล็ก/เล็กไม่ได้ กินหมากทุกวัน/ช่วงป่วยลดลงไม่ค่อยได้กินเพราะไม่มีคนทำให้ รับ ประทานอาหารบนที่นอน มีเศษอาหารและมิดไต่อยู่บริเวณที่อยู่ ผู้สูงอายุบอกว่ามีอาการคันตามตัว/เกา โดยใช้หลังมีดเล็กๆ ที่นอน/เสื้อผ้า/ของใช้ไม่สะอาด มีกลิ่นเหม็นเหม็น มีคราบสกปรก บุตรสาวที่ดูแลป่วย โรคจิตเวช/บอกว่าดูแลได้ดีที่สุดแล้วเพราะตัวเองก็ไม่สบาย ต้องรับยาต่อเนื่อง รายได้ไม่เพียงพอ/บางวัน ไม่มีเงินซื้อข้าวกินต้องไปขอข้าว+กับข้าววัด บริเวณใต้ถุนบ้านบุตรสาวเคยปรับปรุงให้อยู่/ก่อบุณ แต่ไม่มี หน้าต่าง+ประตูไม่แข็งแรง ผู้สูงอายุบอกว่าไม่มีประตุนั่นคงกลัวไม่ปลอดภัยจึงไม่นอนข้างล่าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ใส่แพม เฟส 2-3 ชิ้น/วัน [size L]	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่องปากไม่สะอาด	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....)
 ลงชื่อ.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว ศรีนาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200603780	ที่อยู่ 162 ม.1 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0611071379	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำตามคำสั่งได้บ้าง ข้อเท้าทั้งสองข้างข้อ ติด เคลื่อนย้ายตัวบนเตียงไม่ได้ บุตรสาวดูแลช่วยเหลือดูแลตัวให้ พาลูกนั่งเวลารับประทานอาหาร นั่ง ทรงตัวบนรถเข็นได้บ้าง/ไม่นาน ญาติคอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน/นึ่งกายบำบัดออกเียมน บ้าน แนะนำการทำกายภาพบำบัด รับประทานอาหารอ่อนได้ ญาติคอยป้อนและช่วยเหลือทำกิจกรรมทุก อย่าง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มียารับประทานประจำ จำบุคคล เวลา สถานที่ไม่ได้ พูดคุยด้วยไม่รู้เรื่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ ใส่แพมเพิสตลอดเวลา เปลี่ยน 3-4 ผืน/วัน (size M)	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อม จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางสาวหนูน้อม จันทะสา
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายวรชัย ประวรรณโก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1301200086240	ที่อยู่ 36 ม.1 ต.เมืองพะไล หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0872427091	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 23 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2532 (อายุ 36 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน พักการทางการเคลื่อนไหว ได้รับเบี้ยยังชีพ ผ่าตัดสมองจากอุบัติเหตุ โรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง โรคลมชักรับยาพ.บวลา ยา มี CG และจนท.ช่วยประสานการรับยา พุด ขำ คิด ขำ สืบสน พุดคุยพอรูเรื่อง ทำตามสั่งได้ เดินได้เองโดยใช้ราวไม้ไผ่จับ จนท.สาสุข ผู้นำชุมชนและอสม. ช่วยกันปรับสภาพแวดล้อมให้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ต้อง ใส่แพมเพิสตลอดเวลา พุดคุยพอรูเรื่อง ทำตามสั่งได้บางครั้ง ไม่ค่อยทำตามสั่งยายที่ดูแลหลัก ยายช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง เช่น การเตรียมอาหาร อาบน้ำ ชักเสื้อผ้า กระตุ้นฝึกเดิน การรับประทานยาตามเวลา จนท.จัดใส่ของให้/ยาหมดจนท.ประสานรับยาแทนญาติ รายได้ไม่เพียงพอ ครอบครัวมีผู้สูงอายุ 2 คนและผู้พิการที่ต้องดูแลตลอด ไม่มีรายได้เพิ่มเติม นอกจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและผู้พิการ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ใส่แพมเพิส 2-3 ชิ้นต่อวัน (Size L) กลั้นอุจจาระได้เองบางวัน	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การกินอาหาร/สาลักอาหาร	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....]

[.....]

ลงชื่อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นการ เหมาราย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว สุวรรณีโก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3360100260081	ที่อยู่ 197 ม.1 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0850591580	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง โรคหลอดเลือดสมองตีบ แขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย โรคหอบหืด รับ การรักษาที่รพ.บัวลาย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีบุตรสาวคอยช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น ป้อน อาหาร อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า จัดยาโรคประจำตัวให้รับประทาน เปลี่ยนแพมเพิส ผู้สูงอายุพูดคุยพอรู้เรื่อง สับสน หลงลืมบางครั้งตามวัย สีหน้าสดชื่น พูดคุยด้วยอารมณ์ดี จำบุคคลได้บางคน ไม่รู้เวลา บ่นอยากกรับ ประทานอาหารบ่อยครั้ง บ่นอยากกลับบ้านบางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ ใส่แพมเพิสตลอดเวลา เปลี่ยน 3-4 ผืน/วัน (size M)	- มีความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แขน ขาข้างซ้าย - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ตรวจรับยาตามนัดลำบาก - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - บริหารข้อและกล้ามเนื้อ - ฝึกการทรงตัว ฝึกเดิน - วัดความดันที่ตามตามนัดจากรพ.ชัยภูมิ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ป้อนกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - มีกล้ามเนื้อแขนขาข้างซ้ายแข็งแรง กลับมาทำงาน ได้ปกติ - มีอุปกรณ์ภายในบ้านที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(นางสาวหนูน้อย จันทะสา)

(.....)

ลงชื่อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหมจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายไสว พิมิ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200602546	ที่อยู่ 5 หมู่ที่ 1 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0868688362	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 22 เดือน มกราคม พ.ศ. 2499 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคซึมเศร้า เดิมรับยาที่รพ.มหาราช แต่ญาติปฏิเสธ/ไม่ขอรับยา ต่อ เนื่องจากเพราะผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานบอกว่าเป็นยาเบื่อ บางครั้งบอกว่ารับประทานแล้วก็ยังไม่หาย ญาติเห็นว่าผู้ป่วยรับประทานยามานานแล้วอาการไม่ดีขึ้นและมีความลำบากในการพาผู้ป่วยไปรับยา/ผู้ป่วยไม่ยอมออกนอกบ้าน ไม่อยากพบเจอใคร จึงให้หยุดรับประทานยาตั้งแต่ ปี 2565 ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้เอง แต่ต้องมีกรรยาคอย กระตุ้นและช่วยทำให้ เช่น เตรียมอาหาร เตรียมเสื้อผ้า เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ผู้ป่วยอยู่บ้านตลอดเวลาไม่ออกไปไหน มีความวิตกกังวล กลัว อาจกลัวคนอื่นมองไม่ดี ไม่อยากพบเจอคนอื่น บ่นไม่อยากทำอะไร พุดบ่นคนเดียว ภรรยามีความเครียดเมื่อพูดคุยกับผู้ป่วยไม่รู้เรื่องหรือไม่ทำตาม บางครั้งผ่นคลายโดยการออกไปทำสวนที่นา ให้หลานสาวช่วยดูแลอยู่ที่บ้าน หลานสาวพอพูดคุยกับตาได้บ้าง บอกให้ทำอะไรต่างๆได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีความพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่องปากไม่สะอาด - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(นางสาวหนูอ่อน จันทะสา)

[.....]

ลงชื่อ.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคสค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพูน ถมจันทร์แก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200603461	ที่อยู่ 68 ม.9 อ. บัวลาย จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0966457196	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดเตียง พิจารณาการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย รับประทาน/ดูแลตามอาการพ.บัวลาย โรคอัลไซเมอร์พูดคุ้ยสับสน บางครั้งรู้เรื่อง บางครั้งไม่รู้เรื่อง บางครั้งพูดคนเดียว บางวันไม่นอน พูดคนเดียวทั้งคืน บางวันไม่นอนถัดไปตามพื้นห้องรอบห้อง บุตรสาวอยู่ด้วย/คอยดูแลช่วยทำกิจวัตรประจำวันต่างๆให้ รับประทานอาหารอ่อนได้ บุตรสาวป้อน พูดคุ้ยพอรู้เรื่อง สิ้นน้ำสดชื่น จำวัน เวลา สถานที่ บุคคลไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้/ไม่รู้เรื่อง สับสน ต้องใส่แพมเพิสตลอด **ใช้แพมเพิสแบบกางเกงใช้วันละ 2-3 ชิ้น/วัน (Size M)	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อม จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(นางสาวหนูน้อม จันทะสา)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบุญมา ธงชาย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 4301200005023	ที่อยู่ 76 ม.1 ต.เมืองพะไล อ. บัวลาย จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 097976627	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคไทรอยด์ รับประทานยาต่อเนื่องที่ รพ.บัวลาย ไม่ขาดยา กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ต้องใส่แพมเพิสตลอด อุจจาระกลั้นได้บางครั้ง/ขับถ่ายปกติ ปวดขา ขาไม่ค่อยมีแรง เดินโดยใช้รถเข็นรอบๆบ้าน บุตรสาวช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นการ เหมะจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายธวัช เจริญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200601493	ที่อยู่ 71 ม.1 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0870840455	วันที่จัดทำ 14 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2512 (อายุ 56 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน โรคหลอดเลือดสมองเดิมเมื่อ10ปีก่อน ไม่มีารับประทานประจำ อุบัติเหตุรถชน/ขาข้างซ้ายหักตามเหล็กไว้ ทำให้การเคลื่อนไหวลำบาก/พอเดินได้ ช่วยเหลือตนเองได้ ปลายปี 2567 มีอาการชักเกร็ง ล้มกระแทกพื้น ทำให้มีอาการอ่อนแรงมากขึ้นและทรงตัวไม่อยู่ ขาไม่มีแรง เดินลำบาก เวลานั้นจะมีการเกร็ง ต้องมีคนช่วยพยุง มารดาเป็นผู้ดูแล เตรียมอาหาร เตรียมสิ่งของ เครื่องใช้ ไม่ได้ช่วยทำกายภาพบำบัดและออกกำลังกาย/ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ มารดาทำไม่ไหว ได้รับ เบี้ยยังชีพผู้พิการ ไม่เพียงพอใช้จ่าย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะบนที่นอน/เตียง มารดาคอยเช็ดทำความสะอาดให้ ไม่มีเงินซื้อแพมเพิส ขับถ่ายอุจจาระบนเตียงมารดาทำความสะอาดให้บริเวณที่นอนมีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะ ไม่ได้อาบน้ำ/มารดาใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดทำความสะอาดให้ ไม่ค่อยลุกทำกิจกรรม มักนอนอยู่แต่ วนานๆจนเกิดแผลบริเวณสะโพกข้างขวา มารดาคอยกระตุ้นแต่ไม่ค่อยอยากทำ บอกว่าปวดหลังและขา ไม่มีแรง พยุงตัวลำบาก กลัวล้ม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 2-3ชิ้น/วัน (ไซส์ L) กลั้นอุจจาระได้บอกได้ มารดาช่วยเสริมอุปกรณ์ขับถ่ายให้	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำคัญอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุญเนา แทนโรสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200617721	ที่อยู่ 48/1 ม.2 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0612325528	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์ด้านซ้าย เคลื่อนไหวโดยนั่งรถเข็น เดินเองได้ต้องให้ญาติช่วยพยุง และใช้ไม้เท้า ทำกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วน ต้องมีญาติคอยเตรียมให้และดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ตาพร่ามัว มองไม่ชัด เสื่อมตามวัย ปฏิเสธการรักษาต่อที่รพ. รับประทานอาหารได้น้อย เพื่้ออาหาร ส่วนใหญ่อยู่ภายในบริเวณบ้าน/หน้าบ้าน มีเพื่อนบ้านแวะมาเยี่ยมเยียนบางครั้ง มีอาการหลงลืม สับสน บางครั้งจำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารแล้ว บ่นหิว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 2-3 ชิ้น/วัน (ใช้ส L)	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การผลิตตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อคิด/ข้อเท็จตค - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

๒

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการเหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางเพย คำพิมูล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200621770	ที่อยู่ 124 หมู่ที่ 02 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 097024305	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479 (อายุ 89 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคความดันโลหิตสูงรับยาต่อเนื่องที่รพ.บัวลาย โรคหัวใจ ไม่ ผ่าตัด ไม่รับยา รักษาตามอาการ/รักษาแบบประคับประคอง มีอาการเหนื่อยเพลียหายใจไม่อิ่มบ่อยครั้ง มารับการรักษา/นอนรพ.บัวลาย อาการดีขึ้น ไปอยู่บ้านได้ รับประทานอาหารได้น้อย บุตรสาวคอยช่วย เหลือทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวันให้ เช่น อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า กินอาหารได้เอง/ญาติต้องเตรียมให้ เวลาเดิน บุตรพุงเดิน/ใช้รถเข็น เสี่ยงต่อการหกล้ม นอนหลับได้ปกติ หลงลืม สับสนบางครั้ง พูดคุยรู้เรื่อง สิ้น สดชื่น มีญาติพี่น้องแวะไปเยี่ยมเยียนถามข่าว ไม่มีอาการซึมเศร้า เครียดกังวลกับอาการของโรคและการ รักษา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ใส่แพม เพิสช่วงกลางวัน ใช้ 3-4 ชิ้น/วัน (size L)	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/หลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 7 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 7 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 7 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 14 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายแสง คำพิมูล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200621761	ที่อยู่ 124 ม.2 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 097024305	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองตีบเดิม ฝ้าระงังการ เกิดอาการไข้ รับประทานยาที่รพ.บัวลาย ปวดเข่า เดินลำบาก/ถือไม้เท้าเดิน เสี่ยงต่อการหกล้ม ตาพร่ามัว หูตึงการสื่อสารลำบาก พูดคุยพอรู้เรื่อง ต้องพูดซ้ำๆและให้ภาษากาย รับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร หลังค่อม/ปวดหลัง ใช้รถเข็นในการเคลื่อนไหว เดินเองไม่ได้ บุตรหลานคอยช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ รับประทาน อาหารได้เอง/บุตรหลานเตรียมให้ ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง แต่ทำกิจกรรมบนเตียงลูกเตรียม อุปกรณ์	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ต้องใช้ แพนเพิส 2-3 ผืน/วัน (Size L)	- ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 7 วัน - พันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 14 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะลา		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะลา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายชูศักดิ์ คำพิมูล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1301200049069	ที่อยู่ 67 หมู่ที่ 2 ต.เมืองพะไล หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0643827649	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 18 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2529 (อายุ 39 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง โรคประจำตัวจิตเวชรับยาต่อเนื่อง 5 เดือนก่อน เกิดอุบัติเหตุ เครื่องจักรทับขา สะโพกหักขาด้านขวาหักเหนือเข่าทำให้ต้องตัดขาขวาเหนือเข่า เดินไม่ได้นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลาเคลื่อนไหวลำบาก มารดาช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน รับประทานอาหารได้เอง มารดาช่วยเตรียมให้และช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ต้องเดินทางไปรพ.มารดาอยู่บ่อย ครั้งเพื่อติดตามการรักษาและประสานงานเรื่องการใส่ยาเข็ม มารดามีความเครียด กังวลเกี่ยวกับการ ดูแลผู้ป่วย รายได้ไม่เพียงพอ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เคลื่อนไหวลำบาก กลางวัน ปัสสาวะเป็นเวลา/บอกญาติได้ กลางคืนกลั้น ปัสสาวะไม่ได้ใส่แพมเพิส 1-2 ผืน/วัน (size L)	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 2 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะค่าบริการ เหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางหนูคล้าย เลื่อยไธสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200620633	ที่อยู่ 101 หมู่ที่ 2 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0956201670	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัว ติดบ้าน ตาพร่ามัวมองไม่ค่อยเห็น เดินโดยใช้ไม้เท้าในการเดินช่วยพาเดิน/อยู่บริเวณรอบๆบ้าน ทำกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วน มีบุตรหลาน ครอบครัวช่วยดูแล เช่น การเตรียมอาหาร การอาบน้ำ ล้างหน้า การซักผ้า หูตึงไม่ค่อยได้ยินการสื่อสารต้องใช้ภาษากายและพูดเสียงดัง หลงลืม สับสน จำลูกหลาน จำเวลา จำบุคคลไม่ค่อยได้ รับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร เหนื่อยเพลียบางวัน นอนไม่หลับไม่ได้ใช้ยานอนหลับ ไม่เครียดไม่กังวล ไม่มีภาวะซึมเศร้า พูดคุยรู้เรื่อง สิ้นสุดสิ้น	
สถานสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/ล้าลิกอาหาร - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 1 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)

ลงชื่อ..........อปท.
 (.....)

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางคำหยาด ฤาไชย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200622211	ที่อยู่ 1 ม.3 ต.เมืองพะไล อ. บัวลาย จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0897999095	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2476 (อายุ 92 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคประจำตัวโรคหลอดเลือดสมองตีบ รับยาต่อเนื่องที่รพ.บัวลาย ขาไม่ค่อยมีแรงเดิน เคลื่อนไหวลำบาก ทรงตัวไม่ค่อยอยู่ ต้องใช้ Walker ช่วยเดิน เวลาเดินมีอาการสั่นและ ขาอ่อนแรง บุตรหลานต้องคอยดูแลช่วยเหลือ เสี่ยงต่อการหกล้ม มักมีอาการวิ่งเวียน ปวดศีรษะ เหนื่อย เพลียง่าย เบื่ออาหารบางวัน ทำกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วน ลูกหลานต้องคอยดูแลช่วยเหลือ สับสน หลงลืมบางครั้ง พูดคุยรู้เรื่อง สีน้าสดชื่นดี ไม่มีภาวะซึมเศร้า บุตรหลานคอยดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ สั้นแผล 1-2 ชิ้น/วัน (Size L) ต้องใช้ walker ช่วยเดิน	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลิกอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 7 วัน - ฟันฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 7 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 7 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อม จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อม จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว จันทิณี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200624574	ที่อยู่ 40 หมู่ที่ 3 ตำบลเมืองพะไล อำเภอบัวลาย หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0906141602	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคความดันโลหิตสูง ประจำตัวโรคหัวใจวาย/หัวใจโต รับประทาน เบื่อที่รพ.บัวลาย/มักขาดยา/ลิ้มรับประทานยา โรคเมเร็งลำไส้ใหญ่ รักษาตามอาการ มีอาการเหนื่อย เพลียง่าย หายใจไม่อิ่ม บางวันหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ต้องไปรพ. /ได้นอนรพ. เข้า-ออกรพ.บ่อยครั้ง มี ลูกคอยดูแล รับประทานอาหารได้เอง/บุตรสาวคอยเตรียมให้ ทำกิจวัตรได้เอง /บุตรสาวคอยดูแลเตรียม อุปกรณ์และช่วยให้ เคลื่อนไหวลำบาก เดินได้เองโดยใช้ walker และลูกหลานคอยดูแลเวลาเดินเพื่อ ป้องกันล้ม/อุบัติเหตุ ไม่อยากรับประทานยาโรคประจำตัว/มีความคิดระแวงกลัวลูกทำร้าย/อสม.หรือ หมอแนะนำเชื่อและปฏิบัติตามได้ปกติ มีอาการหลงลืม/บางวันเดินออกจากบ้านลูกหลานต้องตามหา	
สถานสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ใส่ผ้า อ้อมผู้ใหญ่กลางคืน 1-2ชิ้น/วัน (ไซส์ L) กลางวัน บอกได้หรือปัสสาวะใส่กางเกงลูกไม่อยากให้ใส่แพ มเปียกทั้งวัน/ดูแลความสะอาดได้	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลัอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การผลิตตกหล่น - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิอยู่อาศัยเหมาะสม - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

๒

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 ([.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....])
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 ([.....])

ลงชื่อ.....อปท.
 ([.....])

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายภู แพทย์กระโทก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200623721	ที่อยู่ 19/1 หมู่ที่ 3 ตำบลเมืองพะไล อำเภอบัวลาย หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0906141602	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2476 (อายุ 92 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน ไม่มีโรคประจำตัว หูตึง ตาพร่ามัวมองไม่ชัด/เดินชนของ จ้ำคนไม่ได้ เลื่อนกลาง เดินลำบาก/เดินเซ ขาอ่อนแรง หลังค่อม/ปวดหลัง เสี่ยงต่อการเกิดการหกล้ม หลงลืม/สับสน จ้ำคน เวลา สถานที่ที่ไม่ได้ รับประทานอาหารทั้งวัน/บอกว่ายังไม่ได้รับประทาน รับประทานอาหารได้เอง/ญาติคอยเตรียมให้และดูแลการรับประทานอาหาร อยู่บ้านคนเดียว บุตรชายอยู่ใกล้ๆกัน/คอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ กลางวันลุกออกไปทำงาน ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว บุตรสะกัมาดูแลจัดอาหาร มาดูอาการผิดปกติทั่วไป กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ บางครั้งไม่ใส่แพมเพิส ปัสสาวะ/อุจจาระเรี่ยราด ญาติคอยดูแลเช็ดตัวให้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ ใส่แพมเพิส 2-3 ชิ้น/วัน (Size M)	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - โภชนาการ - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะลา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ลงชื่อ.....อปท.
 นางสาวหนูน้อย จันทะลา (.....)
 (.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) (.....)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสุวรรณ ผิวผ่าน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200625562	ที่อยู่ 67 หมู่3 ตำบลเมืองพะไล อำเภอบัวลาย หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0906141602	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 07 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2508 (อายุ 60 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว(จากอุบัติเหตุ) นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา/ติดเตียง แขนขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มารดา/น้องสาวช่วยเหลือทำกิจกรรมให้ทั้งหมด พุดคุย พอรู้อเรื่อง สื่อสารเข้าใจ สับสน หลงลืมบางครั้ง บอกได้เวลาต้องการปัสสาวะ/อุจจาระ มารดา/น้องสาว ช่วยทำความสะอาดและดูแลเตียง หรือบางครั้งอุ้มเข้าห้องน้ำทำความสะอาด/อาบน้ำ และช่วยทำ กิจกรรมประจำวันทุกอย่างให้ ไม่มีแผลกดทับ รับประทานอาหารอ่อน/ป้อนรับอาหารได้ปกติ ชีบถายปกติ/ ไม่มีท้องผูก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลางวันญาติใช้ ถู พลาสติกรองปัสสาวะและเปลี่ยนให้ กลางคืนกลั้น ปัสสาวะไม่ได้/ใส่เป็นบางวัน ใช้แพมเพิส 1 ชิ้น/วัน [Size L]	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - โภชนาการ - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/หลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....]
 ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลงชื่อ..........อปท.
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเช่าค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางปิ่น ชัยนิคม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200623357	ที่อยู่ 27 หมู่ที่ 3 ตำบลเมืองพะไล อำเภอบัวลาย หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0906141602	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2496 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคพาลีนส์รับยาที่รพ.มหาราช โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง รับยาต่อเนื่องที่รพ.บัวลาย ผ่าตัดเข้าขา/เดินลำบาก ใช้ Walker ช่วยพาเดิน บางวันมีอาการปวดไม่มีแรงเดิน/นั่งอยู่ในบ้านไม่ได้ไปไหน ยืน เดินนานไม่ได้/ขาอ่อนแรง เสี่ยงต่อการหกล้ม สามีคอยช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ลูกชายไปทำงานต่างจังหวัด หากมีนัดรับยาจะกลับมาพาแม่ไปหาหมอ รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยเพลียง่าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
มีความต้องการ/ควรได้รับ		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 สัปดาห์ - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 7 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อม จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อม จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าทางการเงิน.....
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว ชาสูด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200626402	ที่อยู่ 80 หมู่ที่ 3 ตำบลเมืองพะไล อำเภอบัวลาย หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0906141602	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2490 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคพาร์กินสัน มีอาการล้มตลอดเวลา/เสี่ยงต่อการหกล้มและเกิดอุบัติเหตุในการเดินและเคลื่อนไหวไปมาภายในบ้านและไปห้องน้ำ รับประทานยา บัวลาย มักล้มรับประทานยา/รับประทานยาไม่ตรงเวลา อาศัยอยู่คนเดียว/บ้านไม้ 2 ชั้น อยู่ชั้นบน เดินขึ้นบันไดได้/มีราวจับเดิน หลังล้มบ่อยครั้ง/บางวันล้มรับประทานยา เบื่ออาหาร/รับประทานได้น้อย บางวันมีอาการวิงเวียน บุตรชาย/บุตรสะใภ้อยู่บ้านข้างกัน คอยช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน เตรียมอาหารและช่วยเหลืออื่นๆที่จำเป็น ทำงานหนักไม่ได้ ปวดขา ปวดเข่า เดินลำบาก เวลาเดินล้มเสี่ยงต่อการหกล้ม ใช้ไม้เท้าและ walker ช่วยพาเดิน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 สัปดาห์ - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)

ลงชื่อ..........อปท.

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเบ็น ผิวผ่าน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200625554	ที่อยู่ 67 หมู่ที่ 3 ตำบลเมืองพะไล อำเภอบัวลาย หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0923671828	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้พิการทางสายตา ตาบอด/มองไม่เห็นทั้งสองข้าง จากโรคต้อหิน ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน มีบุตรคอยช่วยทำกิจกรรมต่างๆ สามารถช่วยดูแลบุตรชายนอนติดเตียง เช่น การป้อนอาหาร การเปลี่ยนถุงปัสสาวะ มีอาการปวดขา เดินลำบาก เนื่องจากมองไม่เห็นเสี่ยงต่อการหกล้มและเกิดอุบัติเหตุ มีอาการหลงลืม/สับสนบางครั้ง รับประทานอาหารได้/นอนหลับได้เองปกติ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน.....
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการเหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางปุม แวดโธสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200626127	ที่อยู่ 75 หมู่ 3 ตำบลเมืองพะไล อำเภอบัวลาย หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0906141602	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคประจำตัว โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง รับประทานยารักษาโรค มีอาการหลงลืม ลืมรับประทานยา ลืมทำกิจวัตรประจำวันต้องคอยเตือน/กระตุ้นให้ทำ พูดคุยพอรู้อะไรเรื่อง เบื่ออาหาร/รับประทานได้น้อย เหนื่อยเพลียง่าย เดินลำบาก ขาอ่อนแรง เสี่ยงต่อการหกล้ม ต้องมีญาติคอยช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ อยู่เฉพาะบริเวณบ้านไม่ได้ออกไปที่อื่น มีญาติพี่น้อง เพื่อบ้านมาพูดคุย ถามข่าวคราวบ้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 7 สัปดาห์ ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส. หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....]

ลงชื่อ..........อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายจิตรวัฒน์ หนูจิตต์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200624299	ที่อยู่ 33/1 หมู่ที่ 3 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 086564852	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2499 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว โรคประจำตัว โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง รับยาต่อเนื่องที่รพ.บัวลาย ปากเบี้ยว หูตึง ตาขวามองภาพไม่ชัด ขาอ่อนแรงเดินลำบาก ต้องใช้ไม้เท้าช่วยเดิน/เคลื่อนไหวลำบาก เสี่ยงต่อการหกล้ม มีภรรยาคอยช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ อยู่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน รายได้ไม่เพียงพอ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

12

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าทางการเงิน.....
 [.....]
 ลงชื่อ.....อปท.....
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหนูหิน คิดการ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200623322	ที่อยู่ 25ม.3ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0647727794	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2498 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคประจำตัว โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง รับประทานโรคประจำตัวที่รพ.มหาราช ฟอกไตทางหน้าท้อง/ทำเองที่บ้าน ฉีดยากระตุ้นเม็ดเลือดที่รพ.บัวลายสัปดาห์ละ 2 วัน ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีบุตรสาวคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆและการฟอกไต ไม่ค่อยออกไปไหน/ส่วนใหญ่อยู่ภายในบริเวณบ้าน มีอาการเหนื่อยเพลียง่าย สับสน หลงลืมบ่อยครั้ง พูดคุยพอรู้เรื่อง ขาไม่ค่อยมีแรง เวลาเดินใช้ไม้เท้าหรือ Walker เสี่ยงต่อการหกล้ม ตาพร่ามัว/มองไม่ชัด รับประทานอาหารได้ปกติ บุตรสาวเตรียมให้ และคอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การหลงทาง	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อม จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อม จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)
 ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ..........อปท.
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวราย อสนัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200626348	ที่อยู่ 79ม.3 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0899655824	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2478 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ค่อยออกนอกบ้าน นั่ง นอน เดินภายในบ้าน มีญาติพี่น้อง/เพื่อนบ้านแวะมาพูดคุยด้วยบ้าง ตาพร่ามัวมองไม่ชัดเจน หูตึง ทำกิจวัตรด้วยตัวเองได้บ้าง ส่วนมีลูกสาวช่วยเหลือดูแลและจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆให้ ปวดขา เดินลำบากมีไม้เท้าช่วยเดิน เสี่ยงต่อการหกล้ม สับสน หลงลืมบ่อยครั้ง พูดคุยพอรู้เรื่อง รับประทานอาหารได้เอง บุตรสาวเตรียมให้ นอนไม่หลับบางวัน กลั้นปัสสาวะได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/หลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ หานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 ([.....พณบาลวิชาวชิพพานาญการพิเศษ.....])

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

ลงชื่อ.....อปท.....
 ([.....])

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นาย นาย ภักดี ลุน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200622521	ที่อยู่ 5 หมู่ 3 ตำบลเมืองพะไล อำเภอบัวลาย หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0906141602	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 06 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2493 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคประจำตัวโรคโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาต่อเนื่องที่รพ.บัวลาย โรคหลอดเลือดสมองตีบอ่อนแรงข้างขวา ทำกายภาพและฟื้นฟูสภาพที่รพ.บัวลายต่อเนื่อง เดินได้เองโดยใช้ Walker ต้องมีญาติคอยดูแลช่วยเหลือ ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน มีภรรยาคอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เดินออกกำลังกายและเคลื่อนไหวอยู่ภายในบริเวณบ้าน มีเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้องแวะมาเยี่ยมมาวัน พุดคุยรู้เรื่อง ไม่สับสน พุดซ้ำ คิดซ้ำ ไม่มีปากเบี้ยว กลืนปัสสาวะอุจจาระได้เอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (นางสาวหนูน้อย จันทะสา
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายโท พอนนอก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200626488	ที่อยู่ 2 ม.4 ต.เมืองพะไล อ. บัวลาย จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0916950347	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2470 (อายุ 98 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน พิกัดทางสายตา โรคประจำตัวโรคต่อมลูกหมากโต โรคหอบหืด รับประทานยารักษาโรคเบาหวาน มีอาการหลงลืม สับสนบางครั้ง พูดคุยพ้อรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ขาไม่ค่อยแข็งแรง ใช้Walker หรือไม้เท้าช่วยเวลาเดิน เสี่ยงต่อการหกล้ม มักจะปรับยาเองขับปัสสาวะเองตาม อาการ/หากมีอาการปัสสาวะออกมาผิดปกติหรือไม่ออก กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง/แต่ไม่ต้องการใส่แพมเพิส มีบุตรสาวคอยช่วยเหลือดูแล จัดเตรียมอาหารและการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะสมจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีความพิการ/พึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ โรคต่อมลูกหมากโต กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง ไม่ต้องการใส่แพมเพิส	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	มีความต้องการ/ควรได้รับ	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำคัญอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - no fall ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว นามวงษา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200629444	ที่อยู่ 64 หมู่ที่ 05 ต.เมืองพะไล อ.บ้านลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0869829964	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2471 (อายุ 97 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคประจำตัวโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาที่ รพ.บ้านลาย ไม่ขาดยา ฝ้าติดตามต่อกระจกแล้วมองชัดเจนขึ้นพอช่วยเหลือตนเองได้ ดูแลกิจวัตรประจำวัน ตนเองได้บางส่วนให้บุตรหลาน ญาติช่วยดูแล มีอาการหลงลืมง่าย ขึ้นน้อยใจ รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยเพลียง่าย หูตึงการสื่อสารต้องพูดเสียงดัง บางครั้งมีอาการขาไม่มีแรง ต้องใช้ไม้เท้าพาเดิน/ไม่ ยอยากเดินไปไหนมาไหน อยู่เฉพาะบริเวณรอบๆบ้าน เสี่ยงต่อการหกล้ม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - รับประทานยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 เดือน - ประสานพันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 7 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะลา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะลา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....พยานวลวิชัยพจนานุกรมพิเศษ.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบุญช่วย ยามประโคน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5301200040731	ที่อยู่ 39 หมู่ที่ 5 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0856893152	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 20 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2508 (อายุ 60 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน โรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาลดความดันโลหิตสูง บางครั้งลืมรับประทานยา มีอาการปวดขา/ขาเสื่อม รับประทานยาลดความดันโลหิตสูง อาการทุเลา ไม่หายขาด บางครั้งปวดมากจนเดินไม่ได้ต้องไปฉีดยาบรรเทาปวดที่คลินิก อาการพอทุเลา เคลื่อนไหว เดินลำบากบางครั้งหกล้มกันกระแทกพื้นเดินไม่ได้หลายวัน มีบุตรสาวและหลานดูแลคอยช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ มักมีอาการวิ่งเวียนหน้ามืดบ่อยครั้ง เข้ารับการรักษาที่รพ.ดีขึ้น รายได้ไม่เพียงพอ ดูแลหลานสาว 2 คนเนื่องจากมารดาไปทำงานรับจ้างต่างจังหวัด บางครั้งต้องไปเก็บของเก่าตามข้างทางมาขาย ไปหาปลาในหนองน้ำ สาธารณะกับหลานนำมาขายหรือมารับประทานในครอบครัว กลับปัสสาวะไม่ได้ เคลื่อนไหวลำบาก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ปัสสาวะเรี่ยราด กลับปัสสาวะไม่ได้ ใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 2-3 ชิ้น/วัน (ไซส์ L)	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - รับประทานยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)

ลงชื่อ..........อปท.
 (.....)

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

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางสาวสุพรรณ สุระพินิจ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3420900502704		ที่อยู่ 54 หมู่ที่ 5 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0850591580	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2496 (อายุ 72 ปี)		วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดเตียง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย อ่อนแรง เคลื่อนไหวเองได้บ้าง โรคเนื้องอกในสมอง ปฏิเสธการผ่าตัดเนื่องจากมีความเสี่ยงทำให้เสียชีวิต รักษาตามอาการที่รพ.ใกล้บ้าน ญาติประสานของบัตรผู้พิการ กำลังดำเนินการติดตามทำกายภาพบำบัดที่รพ.บัวลาย และรอประเมินอาการต่อเนื่อง โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาที่รพ.บัวลาย พุดคุยพอรู้เรื่อง บุตรสาวคอยช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันต่างๆให้ ถ้าหากอาการกำเริบจะปวดศีรษะมาก รับประทานอาหารได้น้อย ไม่อยากอาหารเหนื่อยเพลีย ลูกสาวมีความเครียดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ ต้องซื้อแพมเพิสและอาหารที่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย เช่นไข่ เนื้อสัตว์ การเดินทางมากายภาพบำบัดลำบาก เช่นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน		ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ใส่แพมเพิสตลอดเวลา เปลี่ยน 3-4 ผืน/วัน (size L) กลั้นอุจจาระได้ บางครั้งท้องผูกต้องล้างอุจจาระ		- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ			
ข้อควรระวังในการให้บริการ		เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ		ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา		ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 ([.....พยานวลวิชาวชิพข่วนญการพิเศษ.....])

ลงชื่อ..........อปท.
 ([.....])

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นามดี นามวงษา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200629517	ที่อยู่ 64/1 ม.5 ต.เมืองพะไล อ. บัวลาย จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0814976851	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 15 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2489 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคประจำตัวโรคเนื้องอกในสมอง ไม่ได้รับการผ่าตัด รักษาตามอาการมักมีอาการชักเกร็งอยู่บ่อยครั้ง ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการชักเกร็ง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีบุตรสาวดูแลอย่างใกล้ชิด โรคความดันโลหิตสูงรับยาประจำที่รพ.บัวลาย ไม่ชากยา จนดูแลเจาะเลือดประจำปีให้ที่บ้าน ทำกิจวัตรประจำวันได้เองแต่ต้องมีญาติคอยเตรียมและช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ กลืนปัสสาวะอุจจาระได้เอง/ขับถ่ายเอง มีอาการหลงลืมเป็นประจำ บ่นหิวข้าวบ่อยครั้ง จำวันเวลาไม่ได้/จำบุคคลสำคัญและญาติพี่น้องลูกหลานได้ อารมณ์ดี พูดคุยรู้เรื่อง ครอบครัวยุติ สุกหลานคอยดูแลช่วยเหลือกัน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 104,442 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 สัปดาห์ - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส. หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน.....
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางไข พุฒมา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200629703	ที่อยู่ 8 หมู่ที่ 5 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0848329750	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2495 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นตา ตามัว มองไม่เห็น รับประทานยารักษาเบาหวาน มียาฉีดเบาหวานฉีดประจำ/ลูกสาวฉีดให้ ไปไหนไม่ได้ไกลเหนื่อยง่าย ไม่อยากทำอะไร และมองไม่ค่อยเห็น กลัวว่าจะเกิดอุบัติเหตุ ลูกสาวอยู่บ้านคนละหลังมาจัดเตรียมอาหารและดูแลการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆให้ มักมีอาการร้องเวียนหน้ามืด และน้ำตาลต่ำบ่อยครั้ง ลูกสาวรับน้ำส่งรพ.บัวลาย อาการดีขึ้น รับประทานอาหารได้น้อย ไม่อยากอาหาร ไปรักษาอาการและรับประทานยารักษาเบาหวาน ลูกสาวพาไป นั่งรถนานบ่นว่าเหนื่อยเพลียไม่อยากไป	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 สัปดาห์ - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - รับประทานยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ซึบถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)

ลงชื่อ..........อปท.

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวสมพาน แสงลา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200813067	ที่อยู่ 77 ม.6 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0862446743	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 28 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2491 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอัลไซเมอร์ รับประทานยาต่อเนื่องที่รพ.บัวลาย/ไม่ขาดยา มีอาการหลงลืม พูดคุยไม่รู้เรื่อง/พูดคนละเรื่องไม่เข้าใจ จำวัน/เวลา/บุคคล/สถานที่ไม่ได้ เดินไม่ได้/ปวดขา เคลื่อนที่โดยการถักกันอยู่ภายในบ้าน ตาพร่ามัว/มองไม่ชัด ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ไม่มีบุตรชายและบุตรสาวช่วยดูแลทำกิจวัตรประจำวันให้ กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ ใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ตลอดเวลา หากไม่มีคนอยู่บ้านต้องปิดประตูไว้ ป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุออกจากบ้าน รับประทานอาหารได้ นอนหลับได้ปกติ บางวันไม่นอนจะนั่งอยู่คนเดียวทั้งคืน ถัดไปตามห้องเรื่อย/พูดคนเดียว ไม่มีอะไรวุ่นวาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ เปลี่ยนแพมเพิส 2-3 ผืน/วัน (size L)	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าทางการเงิน
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว เทพคำ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5301200029061	ที่อยู่ 30 หมู่ที่ 6 ต.เมืองพะไล อ. บัวลาย จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0890072171	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 21 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2487 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย: ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคประจำตัวโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอัลไซเมอร์ ช่วยเหลือตนเองได้บางอย่าง พุดคุยพอรู้เรื่อง ทำตามสั่งได้บางอย่าง พุดคุยด้วย ยิ้ม สิ้นน้ำสดชื่น หลงลืม สับสน เคยเดินออกจากบ้าน/บุตรสาวเลยต้องดูแลตลอด กลัวเกิดอุบัติเหตุ ปนอยากกินข้าวทั้งวัน บางครั้ง นั่งอยู่เฉยๆอยู่กับที่ได้นาน ต้องบอกให้ทำอย่างอื่นจึงจะทำ กลืนปัสสาวะไม่ได้/ปัสสาวะเรี่ยราด/บอกไม่ได้ มีบุตรสาวคอยดูแลช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง บุตรสาวปฏิเสธการรักษาอาการโรคอัลไซเมอร์ ขอดูแลที่บ้านตามอาการ รับประทานอาหารเองไม่ได้/ลูกสาวเตรียมและคอยป้อนให้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลืนปัสสาวะไม่ได้ ใช้แอม เฟลิส 2-3 ผืน/วัน (Size M)	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [...]

ลงชื่อ.....อปท.
 [...]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกองแก้ว วิเศษธร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200813555	ที่อยู่ 89 หมู่ที่ 6 ตำบลเมืองพะไล อำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0881194521	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 12 เดือน มกราคม พ.ศ. 2490 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองตีบ/กลับเป็นซ้ำ มี อาการอ่อนแรงข้างซ้าย สามารถใช้ walker ช่วยเดิน/พอได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้เองบางอย่าง บุตร ช่วยเตรียมและคอยช่วยเหลือ รับประทานอาหารได้เอง/แต่กินช้าและหกลื่นเรื้อรัง มีอาการหลงลืม/บาง ครั้งลืมว่ารับประทานอาหารเช้า ลืมคน ลืมสถานที่ ลืมบุคคลญาติ กระตุ้นทำกิจวัตรและฝึกกระตุ้นการ ช่วยเหลือตนเอง ฝึกการทรงตัว และฝึกเดิน กลั้นปัสสาวะเองไม่ได้ ต้องใส่แพมเพิสตลอดเวลา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ใส่แพม เพิส 2-3ชิ้น/วัน (Size L)	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 7 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 7 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าทางการเงิน.....
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.....
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.ละม่อม จันทร์ภิรมย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200812133	ที่อยู่ 50 หมู่ที่ 6 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0866654520	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 29 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2492 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคประจำตัวโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาที่ รับประทานยาคลายกึ่งเวลารอนอนไม่หลับ เหนื่อยเพลียง่าย รับประทานอาหารได้น้อย/เบื่ออาหาร อยู่บ้าน คนเดียว บุตรสาวไปทำงานต่างจังหวัดส่งเงินมาให้ใช้บ้างเดือน/ไม่พอ ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุในการ ใช้จ่าย บางวันญาติพี่น้องนำข้าวมาให้ ตาพร่ามัว/มองเห็นไม่ชัด มีอาการหลงลืมบ่อยครั้ง แต่พอ สามารถดูแลตนเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดลอมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 2 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 2 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - กินอาหารเองได้/ซึบถ่ายเองได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)
 ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ..........อปท.
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซตค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางภู มาสวนจิต เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200814349	ที่อยู่ 105 หมู่ที่ 6 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0817428885	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2482 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดเตียง โรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง รับประทานพ.บวลาย มีอาการปวดข้อมือทั้งสองข้าง ขาทั้งสองข้างไม่มีแรงทรงตัว พลิกตะแคงตัวเองพอได้ ลูกนั่งเองได้เองบางครั้ง บุตรหลานคอยช่วยเหลืออุ้มขึ้น-ลง รถเข็นนั่ง ช่วยกระตุ้นการกลืน/ฝึกกลืนเนื้อการทรงตัว ฝึกเดิน รับประทานอาหารได้เอง ญาติช่วยเตรียมและช่วยป้อนบางครั้ง มีอาการหลงลืม สับสนบางครั้ง พูดคุยพอรู้เรื่อง สิ้นน้ำสดชื่น บางวันนอนไม่หลับ/ต้องใช้ยานอนหลับ บางครั้งท้องผูก/ต้องใช้ยาระบาย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ใส่แพมเพิสตลอดเวลา ใช้ 3-4 ชิ้น/วัน [size L]	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/หลักอาหาร - การผลิตตกหลั้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทร์สา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหน่อมน จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)

ลงชื่อ.....อพท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าใช้จ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว ประสมลี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200819057	ที่อยู่ 63 ม.7 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0825295317	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว/ได้รับเบี้ยยังชีพแล้ว โรคพาร์คินสัน รับประทานยารักษาโรคพาร์คินสัน มีอาการแขนขาไม่มีแรง เคลื่อนไหวลำบาก ทรงตัวไม่อยู่ ไม่กล้าเดินเองกลัวล้ม สามีและบุตรหลานช่วยพยุงเดิน รับประทานอาหารได้น้อย/เบื่ออาหาร เหนื่อยเพลียง่าย นอนไม่ค่อยหลับ มีบุตรหลานและสามี คอยดูแลช่วยเหลือกิจกรรมให้ทุกอย่าง กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะไม่ได้/เรี่ยราด และเคลื่อนไหวไม่สะดวก บางครั้งมีอาการหลงลืม สับสน พูดคุยไม่ค่อยรู้เรื่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ เปลี่ยนแพมเพิส 2-3 ผืน/วัน (size M) ใช้แผ่นรองขับ 1-2 ผืน/วัน	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (...พยานาวิชาชีพชำนาญการพิเศษ...)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (...)

ลงชื่อ.....อปท.
 (...)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ น.ส.ลำพูน จันทะเบี้ยว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200817062	ที่อยู่ 33 ม.7 ต.หนองเมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0894847854	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 05 เดือน เมษายน พ.ศ. 2514 (อายุ 54 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน โรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง รับประทานยาที่รพ.บัวลายไม่ขาดยา ปี 2566 มีอาการวิ่งเวียนหน้ามืด วูบ ล้มลงหน้ากระแทกพื้นดิน(ที่บ้าน) ทำให้กระดูกต้นคอเคลื่อน มีอาการแขนขาทั้งสองข้าง แพทย์รพ.มหาราชวินิจฉัยโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทมีเยื่อหุ้มประสาทอักเสบ(GABA) มีกล้ามเนื้อกระดูกต้นคอรั่ว มีอาการขาชาติด้านขวา แขนขาอ่อนแรง เคลื่อนไหวลำบาก/ฝึกเดินแต่ยังไม่คล่อง/เดินได้โดยใช้ walker/มีนัดกายภาพบำบัดต่อเนื่องที่รพ.บัวลาย มีอาการท้องผูก2-3วันถ่ายครั้ง ต้องใช้ยาระบายมะขามแขกช่วย มีสามีและบุตรช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ รายได้ไม่เพียงพอกับความต้องการใช้ในชีวิตประจำวัน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะเรี่ยราด/เคลื่อนไหวลำบาก ต้องใส่แพมเพิสตลอดเวลา เปลี่ยน 3-4 ผืน/วัน (size XL) ท้องผูกใช้ยาระบาย 2-3วันถ่าย/ครั้ง	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - โภชนาการ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด	
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน - แผ่นรองขับถ่าย จำนวน 2 ชิ้น/วัน	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การบริการด้านอุปกรณ์	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - มีอาชีพ มีรายได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

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

ชื่อ ด.ช.นันทภัทร แก้วบัวพา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1409800608430	ที่อยู่ 70/1 ม.7 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0986809381	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 12 เดือน มกราคม พ.ศ. 2558 (อายุ 10 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=I3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 9 ขวบ ผู้พิการทางสมอง/ได้รับเบี่ยงชีฟแล้ว มีโรคประจำตัว หอบหืด พัฒนาการล่าช้า รักษาและรับยาประจำที่รพ.บัวลาย มีประวัติเคยผ่าตัดปอด + หัวใจที่มหาวิทยาลัย ตอนอายุ 2 ขวบ เดินเองไม่ได้ มีรถเข็นนั่งและทำกิจกรรมต่างๆบนรถเข็น ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ มี ยายดูแลหลัก/มารดาไปทำงานต่างจังหวัด กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระเองไม่ได้ต้องใส่แพมเพิสตลอดเวลา รายได้ไม่เพียงพอ เข้าร.ร. ที่ศูนย์การศึกษาเขต 11 ประจำอำเภอบัวลาย ยายขับรถซาเล้งมาส่งเพื่อทำกิจกรรม ร่วมกับเพื่อนๆและครูที่ร.ร.ทุกวัน เคยฝึกเดินและเดินได้เองแต่ล้มและมีอาการผิดปกติเพิ่มขึ้น มีอาการตื่น ตกใจกลัว/ผวา จนทำให้ล้มสักระยะหนึ่ง ญาติจึงไม่ยอมให้ยืน เดิน พูดคุยพอรู้เรื่อง ขยับมือ นิ้วได้ เล่น โทรศัพท์เองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ ใส่แพมเพิสตลอดเวลา เปลี่ยน 3-4 ผืน/วัน (size XXL เด็ก) ต้องการรถเข็นนั่งสำหรับเด็กเนื่องจากต้องนั่งทำกิจกรรมบนรถเข็น/ยืน เดินเองไม่ได้	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)
 ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ..........อปท.
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายแก้ว วิเศษดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200818646	ที่อยู่ 58 ม.7 ต.เมืองพะไล อ. บัวลาย จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0870080207	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน พักการทางการเคลื่อนไหว/รับเบี้ยยังชีพแล้ว โรคความดันโลหิตสูง รับยาต่อเนื่องที่รพ.บัวลาย ไม่ขาดยา ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน มีลูกหลานช่วยกิจวัตรประจำวัน เช่น การเตรียมอาหาร การเข้าห้องน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย เคลื่อนไหวบริเวณบ้านใช้การยึดไปตามพื้น เดินได้โดยใช้ walker/มีลูกหลานช่วยเหลือป้องกันล้ม มีข้อติดแข็งที่ข้อนิ้วมือและนิ้วเท้า ฟังได้ยินไม่ชัดเจน หูตึง ตาพร่ามัว พูดคุยพอรู้เรื่อง ต้องพูดเสียงดัง มีอาการสับสน หลงลืมบ่อยครั้ง บางวันถามกินข้าวบ่อย ครั้ง/บอกว่ายังไม่ได้อีก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง แต่ไม่ยอมใส่แพมเพิส มีกระป๋องสำหรับใส่ ปัสสาวะอยู่ใกล้ๆ อุจจาระจะได้เองปกติ	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สําลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)

ลงชื่อ..........อปท.

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุญชู สมอุมจารย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200818174	ที่อยู่ 45 ม. 7 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0982702254	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 08 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2503 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย: ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว/ได้เบี่ยงชีฟแล้ว โรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดในสมองตีบ อัมพฤกษ์ แขนขาอ่อนแรง เดินได้โดยใช้ Walker ช่วยเหลือตนเองได้บางอย่าง มีกรรยาช่วยเหลือนำกิจกรรมต่างๆ เคลื่อนไหว/ออกกำลังกายได้เอง ทำกายภาพบำบัดได้ด้วยตนเอง ผักเคี้ยวได้ มีกรรยาช่วยเตรียมอุปกรณ์/ดูแล มีอาการสับสน หลงลืมง่ายและเวียนศีรษะบ่อยครั้ง ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงเพิ่ม ไม่มีปากเบี้ยวพูดไม่ชัด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ
มีความต้องการ/ควรได้รับ		- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ท้ายอยู่อาศัยเหมาะสม	- การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายชาคริต จันทะเปี้ยว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5301200085301	ที่อยู่ 48 หมู่ที่ 7 ต.เมืองพะไล อ. บัวลาย จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0847301467	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 21 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2525 (อายุ 43 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว/ได้รับเบี้ยยังชีพแล้ว ปี 2554 เกิดอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ล้มเองได้รับกระดูกสะโพกหัก/ผ่าตัดสมอ หลังจากนั้นช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มารดาช่วยเหลือทำกิจกรรมและช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง แขนขาข้างซ้ายขยับ/เคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองได้บ้าง พลิกตะแคงตัว ดึงตัวเองนั่งบนเตียง พุดคุยพอรู้เรื่อง สื่อสารไม่เป็นคำ/พอเข้าใจ กินอาหารเองได้เอง/ญาติช่วยเหลือเตรียม กลืนปัสสาวะได้/ปัสสาวะโดยใช้ถุงรองหรือขวดรองปัสสาวะ อุจจาระได้เอง/กลืนได้/บอกได้ มีอาการท้องผูกได้ใช้ยาระบายบางครั้ง อาบน้ำโดยพ่ออุ้มเข้าไปอาบน้ำในห้องน้ำ คัดข้าว ทำข้าว หลงลืมง่าย ทำตามสั่งได้บางครั้ง อารมณ์ดี ยิ้มง่าย พุดคุยด้วยหัวเราะสนุกสนาน กลางวันดูโทรทัศน์ กดเปิด/ปิด ช่องต่างๆได้เอง รายได้ไม่เพียงพอ เนื่องจากพ่อแม่ไม่ได้ทำงาน น้องสาวทำงานต่างจังหวัด ส่งเงินให้ใช้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบับขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบับขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ฟื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ..........อปท.

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาววรรณ อ่อนละมุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200819111	ที่อยู่ 65 ม.7 ต.เมืองพะไล อ. บัวลาย จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0894274748	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2490 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว/ได้รับเบี้ยยังชีพแล้ว โรคประจำตัว โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Warfarin รับประทานเนื่องจากที่รพ.บัวลาย มักมีอาการเหนื่อยเพลียง่าย ไม่อยากทำอะไร ปวดขา ปวดหลัง หลังค่อม ยืน เดิน นานไม่ได้ รับประทานอาหารได้น้อย แขนขาอ่อนแรง เคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่างๆลำบาก นอนอยู่บ้านเฉยๆ ไม่อยากทำอะไร มีบุตรหลาน/ญาติคอยช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆช่วย หลงลืมง่าย บางครั้งพูดบ่นคนเดียว อยู่ภายในบริเวณบ้านไม่ค่อยได้ออกไปทำอะไรนอกบ้าน เพิ่งลอกตามา/ต่อกระดูก ทำอะไรไม่ค่อยต้องการคนดูแลช่วยเหลือ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/หลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....]
 ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

ลงชื่อ..........อปท.
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหมาราย/ราย/ปี)

ชื่อ นายนพรัตน์ โชติโธสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200819847	ที่อยู่ 77 ม.7 ต.หนองหัว อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0962482592	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2514 (อายุ 54 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน พิกการทางสายตา/ได้รับเบี้ยยังชีพแล้ว โรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาลดความดัน/ยาต้านการแข็งตัวของเลือด มีเนื้องอกในสมองได้รับการผ่าตัดสมองเมื่อปี 2565 ที่รพ.มหาราช หลังผ่าตัดอาการพอทุเลา ไม่ปวดศีรษะเนื่องจากกดทับเส้นประสาทที่ใช้ในการมองเห็นทำให้มีความผิดปกติทางสายตา ตามองไม่เห็นทั้งสองข้าง/ตาบอด มีมารดาและบุตรสาวดูแลการรับประทานยาและการทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง พอช่วยเหลือตนเองได้บ้างบางกิจกรรม ส่วนใหญ่นั่ง/นอนอยู่บริเวณบ้าน หากจะเคลื่อนไหวมารดาคอยช่วยเหลือหรือจดจำสิ่งที่คุ้นเคยเวลาเดิน รับประทานยาโรคประจำตัวที่รพ.บัวลาย มีจนท.ดูแลจะเลือกให้ที่บ้าน ญาติมารยาแทน/รับยาตามนัดไม่ขาดยา	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....]
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าการเงิน
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณะสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมาน แสนปาง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200820683	ที่อยู่ 11 ม.8 ต.เมืองพะไล อ. บัวลาย จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0894261767	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 74 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน พิการทางการเคลื่อนไหว/ได้รับเบี้ยยังชีพแล้ว ขาอ่อนแรง/ปวดขา เดินลำบาก/เสี่ยงต่อการหกล้มเกิดอุบัติเหตุ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาต่อเนื่อง บางครั้งลืมรับประทานยา รับประทานต่อเนื่องขาดยา เนื่องจากไม่มีคนพามารับประทานยา ไม่มีคนดูแล บุตรไปทำงานต่างจังหวัด ไม่ค่อยส่งเงินมาให้ใช้ ใช้เบี้ยยังชีพผู้พิการและผู้สูงอายุ/รายได้ไม่เพียงพอ ญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือส่งข้าว/อาหารบ้าง ถ้าหากมีเงิน/ลูกส่งเงินมาให้ มักดื่มสุรากับเพื่อนบ้านเป็นประจำ สภาพบ้านเรือนไม่สะอาด มีกลิ่นเหม็นปัสสาวะ กลั้นปัสสาวะไม่ได้แต่ไม่ยอมใส่แพมเพิส ไม่มีอาการอ่อนแรง ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับปรุงสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/หลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ มีรายได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางสาวหนูน้อย จันทะสา ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)

(.....)

.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเก็บค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางดา ดีโสภามา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200605600	ที่อยู่ 39 หมู่ที่ 8 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 062-197092	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2482 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคประจำตัวโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ***ไม่ต้องการฟอกไต/ขอรักษาตามอาการ รับประทานยารักษาโรคเบาหวาน มีอาการเหนื่อยเพลียง่าย ไม่ค่อยมีแรง/ทำงานหนักไม่ได้/เดินบริเวณรอบบ้านก็มีอาการเหนื่อย นั่ง/นอน/เดินอยู่บริเวณรอบๆบ้าน ตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัด มีบุตรหลานคอยช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันให้ เตรียมอาหารให้ พาเดินเข้าห้องน้ำ ช่วยเหลืออาบน้ำ มีอาการสับสน หลงลืมบ่อย พูดคนเดียวบางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 7 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 7 วัน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอเพิ่มขึ้น - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ		
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร		
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นางสาวหนูน้อย จันทะสา.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุญมี ervaad เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200820942	ที่อยู่ 25 หมู่ 8 ถ.- ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0943580795	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 04 เดือน เมษายน พ.ศ. 2489 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง รับประทานต่อเนื่อง หลังเกิดอุบัติเหตุล้ม มีอาการปวดขาทั้ง 2 ข้าง เดิน/เคลื่อนไหวลำบาก ไม่มีแรงเดิน/ก้มลง ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน ส่วนใหญ่อยู่บ้านไม่ค่อยออกไปที่อื่น รวบรวมกิจกรรมที่ศาลากลางบ้านนานๆครั้ง/เมื่อจำเป็น ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาฟ้ามัว ไม่มีปากเบี้ยว ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่เจ็บแน่นหน้าอกหายใจอึด ไม่บวม ไม่หอบ นอนราบได้ ไม่ติดกาแฟ ไม่ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ได้ออกกำลังกาย ทำงานเล็กน้อย ปฏิเสธยาชุด/ ยาลูกกลอน ไม่ซื้อยากินเอง นอนหลับดี ขับถ่ายปกติ สืบบุหรี่ประจำ ช่วงนี้3-4มวณ/วัน แต่ก่อนสูบบุหรี่ มีลูกหลานคอยช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การผลิตตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 สัปดาห์ ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อม จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นางสาวหนูน้อม จันทะสา
 (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)
 ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายทองคำ บุญทันเสน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3301200820527	ที่อยู่ 20 ม.8 ต.เมืองพะไล อ. บัวลาย จ. นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0621970926	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน โรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาที่รพ.บัวลาย มีอาการตาพร่ามัว หูตึง หลงลืมบ่อยครั้ง ปวดขา เดินลำบาก ให้ลูกหลานพยุง เสี่ยงต่อการหกล้ม กลืนปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง/เคลื่อนไหวลำบาก ไม่ต้องการใส่แพมเพิส อุจจาระได้เอง ไม่มีอาการท้องผูก ทำกิจวัตรประจำวันได้เองบ้าง แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ ช่วยเตรียมให้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อม จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(นางสาวหนูน้อม จันทะสา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายนาค ศรีภักดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3570100996205	ที่อยู่ 3 หมู่ที่ 8 ต.เมืองพะไล อ.บัวลาย จ.นครราชสีมา หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0875756782	วันที่จัดทำ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 20 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2481 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน โรคความดันโลหิตสูงรับยาไม่ต่อเนื่อง ขาดยาเนื่องจากไม่มีคนพามา รับยา /เดินทางลำบาก ไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ทำกิจวัตรประจำ วันได้เอง มีบุตรหลานคอยช่วยเหลือเตรียมให้ในการทำกิจกรรมต่างๆ คัดข้าว ทำข้าว ล้างสับสับสับบางครั้ง ตาพร่ามัว เดินไม่คล่อง เสี่ยงต่อการหกล้ม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.หนูน้อย จันทะสา	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

(นางสาวหนูน้อย จันทะสา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)