



1. Средства массовой информации
 2. Средства массовой информации
 3. Средства массовой информации
 4. Средства массовой информации
 5. Средства массовой информации
 6. Средства массовой информации
 7. Средства массовой информации
 8. Средства массовой информации
 9. Средства массовой информации
 10. Средства массовой информации

ឯកសារប្រតិបត្តិការប្រចាំថ្ងៃ
ឈ្មោះ លុះណា

ចក្ខុវិស័យ បណ្តុះបណ្តាល

[illegible]

ឆ្នាំ ២០២២	កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលបេក្ខជនសមាជិកគណៈកម្មាធិការប្រជាជន	១០
ឆ្នាំ ២០២៣	កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលបេក្ខជនសមាជិកគណៈកម្មាធិការប្រជាជន	១០
ឆ្នាំ ២០២៤	កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលបេក្ខជនសមាជិកគណៈកម្មាធិការប្រជាជន	១០
ឆ្នាំ ២០២៥	កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលបេក្ខជនសមាជិកគណៈកម្មាធិការប្រជាជន	១០
ឆ្នាំ ២០២៦	កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលបេក្ខជនសមាជិកគណៈកម្មាធិការប្រជាជន	១០
ឆ្នាំ ២០២៧	កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលបេក្ខជនសមាជិកគណៈកម្មាធិការប្រជាជន	១០
ឆ្នាំ ២០២៨	កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលបេក្ខជនសមាជិកគណៈកម្មាធិការប្រជាជន	១០
ឆ្នាំ ២០២៩	កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលបេក្ខជនសមាជិកគណៈកម្មាធិការប្រជាជន	១០
ឆ្នាំ ២០៣០	កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលបេក្ខជនសមាជិកគណៈកម្មាធិការប្រជាជន	១០

ខណ្ឌទី ២ រ.ម. ក្រុងភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ២ ខែ កក្កដា
 ២០២២ ឈ្មោះ ឧបនាយករដ្ឋមន្ត្រី ហ៊ុន សែន
 ក្រសួងកសិកម្ម រុក្ខាប្រមាញ់ និងនេសាទ

ම/ප්‍ර.ඥානරං.ප්‍ර.ප්‍ර.ප්‍ර.



1098
7
2564

ក្រសួងពាណិជ្ជកម្ម

(ଖଣ୍ଡ ୨ / ମାତ୍ରା ୭)

[illegible][illegible][illegible][illegible]

(រងេ ៣១ ៤ នៃក្របខណ្ឌ ១) ប្រ/រណ ០៣១/៤៧ រដ្ឋាភិបាល រណ ៣៣៧/៤ រដ្ឋាភិបាល រណ... រដ្ឋាភិបាល x រដ្ឋាភិបាល
៤២ x រដ្ឋាភិបាល/រណ ១ ២៣៧/រណ ៣៣១ ២៣ រដ្ឋាភិបាល/រណ ១ រដ្ឋាភិបាល/រណ ១២៣៧/រណ ១២៣៧

ក្នុង ឋាននៃបុគ្គលនីមួយៗដែលបានបញ្ជាក់នាម

[illegible]

ក្រសួងកសិកម្ម រុក្ខាប្រមាញ់ និងនេសាទ

[illegible]

အမည်အားဖြင့်

[illegible]

ឧបនាយករដ្ឋមន្ត្រី . ល.

កម្រិតបេតាអាល់កុលូសែនខ្ពស់ជាងមធ្យមរបស់អ្នកដទៃ។ កម្រិតបេតាអាល់កុលូសែន ៩,៦-១២,៨ ១ ជ្រុង

ឧបករណ៍ស្រោចស្រូវ ១

ក្រុមប្រឹក្សាភិបាលក្រុមហ៊ុន

[illegible]

ក្នុងឆ្នាំ២០១៥នេះមានការប្រកួតប្រជែង

ព្រះសង្ឃ ឈ្មោះ កុមារ វណ្ណៈ ប្រើប្រាស់ប្រាសាទ ១១ ឈ្មោះ រាងកាយក្មេង ១១ ឈ្មោះ ១១ (២)

មេធាវីស្រីស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះ ឈ. ឆ្លាត

ក្រសួងស្រូវ និង រុក្ខាប្រមាញ់

[illegible][illegible]

(ଅନୁସନ୍ଧାନ)

ព្រះបាទសម្តេចនរោត្តមក្សត្រិយវរ្ម័នទី១
ឥសានវរ្ម័ន

(အလယ်၊ အောက်)

កិច្ចសន្យាសហប្រតិបត្តិការរវាងរដ្ឋបាលស្រុកស្រែចម្រើន និង ក្រុមហ៊ុន ភ្នំពេញ ក្រសួងកសិកម្ម រុក្ខាប្រមាញ់ និងនេសាទ

(មេឡង់ ឥណ្ឌូនេស៊ី)

2004 160420

២១៦៤៤៧៨៩០១២៣៤៥៦៧៨៩

(មហាបាលី ក្នុងឆ្នាំ២០២០)

12 ~ 10

ප්‍රජාතන්ත්‍රවාදය

ឧទេស្ច ២២ ដូច្នេះយើងមិនអាចបោះបង់បង្គោលទៅក្នុងទឹកបានទេ ព្រោះបង្គោលទាំងនេះត្រូវបានដាក់ទៅក្នុងទឹកដោយប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទឹក។

ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ ។

២២២ ២ ឧបករណ៍នេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីសម្រេចបាននូវលទ្ធផល

[illegible]

(គម្រោងការងារស្រាវជ្រាវ) ឆ្នាំ ០០០២ ២០០២ ២០០២ ២០០២ ២០០២

๒.๕ ค่าเบี่ยงเบนต้นทุน ADL ผู้ป่วย จำนวน ๕๕ ราย ๗๐๐ บาท เงิน ๑๖๐๐ บาท

[illegible]

ឆ្នាំ ០០០'៩៦ រដ្ឋបាល ឆ្នាំ ០០៩'៧ ស្រុក នៃស្រុក ១ របស់ខេត្ត មេគង្គដែលមានលេខសំណួរ ២២

លេខ ០៣៧,៤១ ផ្លូវជាតិលេខ ២ ភូមិព្រែកទាប សង្កាត់ព្រែកទាប ខណ្ឌដូនពេញ រាជធានីភ្នំពេញ

[illegible][illegible]

៧៧. ទំព័រ ២២០ (ក្នុង ០១ ទំព័រ) ថា ១១១ ក្រសួង W ឧបករណ៍អ៊ីនធឺណិតនៃមេរោគ

នាទីចុងក្រោយនៃការបោះឆ្នោតក្នុងខណ្ឌនេះបានបង្ហាញឱ្យឃើញថា លោក ប៊ុនហ៊ុន ឈន់ គឺជាអ្នកឈរឈ្មោះ លេខ ០៤៣ ក្នុងចំណោមអ្នកប្រឈមប្រកួតប្រជែងគ្នាដើម្បីឈរឈ្មោះក្នុងសភាខេត្តកំពង់ចាម។

မူဝါဒ ၁၃၁၈ နမူနာ (၂၆၆ ၀၁ နမူနာ) ဝန်ဆောင်မှု ၇ နှစ်အတွင်းအသုံးပြုခွင့်ရရှိရန်အတွက် ၁၃၁၈

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลพยาบาลบริการ เหมากว่า/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวสิงห์ นกแพน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5270800013041	ที่อยู่ 229 ม.1 ต.โนนหมากมุ่น อ. โคกสูง จ. สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2474 (อายุ 89 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผู้ป่วยต้องใช้อุปกรณ์ L วันละ 4 ชิ้น เดือนละ 120 ชิ้น การดูแล (1 เดือน/ 2 ครั้ง ๆ ละ 1.5 ชม.) โดย นางรุ่งริยา ภูรับ (CG)	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 6 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....]

ลงชื่อ..... อบท.

[.....]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

Handwritten signature/initials at the bottom right corner.

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทิพย์ คำภา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251100459785	ที่อยู่ 50 ม.4 ต.โนนหมากมุ่น อ.โคกสูง จ. สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 23 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2487 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=11 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือไม่ได้ มีแผลที่ก้น และเท้า	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผู้ป่วยต้องใช้ แพนเทสเบอร์ L วันละ 4 ชิ้น เตือนละ 120 ชิ้น การดูแล (1 เดือน/ 8 ครั้ง) ละ 2 ชม.] โดยนางสัมพันธ์ พรหมมี (CG)	- กลืนบัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การผลิตตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - แผลหาย ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ เกิดผลกดทับ	11 ๗๔ ๑๐ ๗๑ ๒๙ ๗๔ ๑๐ ๗๑ ๒๙ ๗๔

๑๐ ๗๑ ๒๙ ๗๔

[1990mhz plus]

[.....]

[.....]

291001. with J. Smith

36. 29

12

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการช่วยเหลือค่าบริการ เหมจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางหล้า กัมนิยม ✓ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251100138750 ✓	ที่อยู่ 142 ม.1 ต.โนนหมากมุ่น อ.โคกสูง จ. สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ (ให้ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2466 (อายุ 97 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ✓ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท ✓ โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน/2 ครั้ง ละ 1.5 ชม.) โดย นางอำนวยการ กัมนิยม (CG) ✓	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยความช่วยเหลือตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง -ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ อ.ว. ส.ล. ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[นางดารารัตน์ สีนวล]
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

4572 ✓

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลพยาบาลค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองน้อย อ่อนนอก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251100140452	ที่อยู่ 174 ม.1 ต.โนนหมากมูน อ.โคกสูง จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี)	วันที่จัดทำ 21 เดือน เมษายน พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2492 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยตัวดี ปวดขา 2 ข้าง เดินไม่ไหว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน / 2 ครั้งๆ ละ 1.5 ชม.) โดย นางรณณ จันทกลอน (CG)	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - บ่อยเกินภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ปฏิบัติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอายุเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติงาน Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

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

ส่งต่อ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการบริการจัดการและพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลพยาบาลค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองมา ธรรมจินดา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251100551991	ที่อยู่ 113 ม.1 อ. โคกสูง จ. สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อดี)	วันที่จัดทำ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2483 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี แขนขาไม่ค่อยมีแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน / 2 ครั้ง ละ 1.5 ชม.) โดย นางรมณ จันทรสอน (CG)	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สัถิอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ตัวตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอายุเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....
[.....] อปท.

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

นิว

ไม่พบ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายบุญ จันดาผล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251100127898	ที่อยู่ 78 ม.1 อ. โคกสูง จ. สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ (ให้ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 21 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 23 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2507 (อายุ 56 ปี)	วินิจฉัย: ADL=0, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้ป่วย รู้ตัว ไม่รู้เรื่อง on silver Tube มีเสมหะ On NG tube แขนขวา อ่อนแรง ข้างขวา มีแรง ขา 2 ข้าง มีแรง On condom ต่อลง Urine bag ไว้ มีผลกดทับที่กัน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน / 8 ครั้งๆ ละ 2 ชม.) โดย นางรณงันกสอน (CG)	- กลืนบัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบับขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบับขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดหาสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ข้อติดขัด/ข้อเฝ้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - พบพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับการดูแลทางถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ผลหาย ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 7 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ถึงเวลา ไม่อย่างสงบ	

สงวน

ไม่ขอรับ

*

✓ copy

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

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

202

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลรายคน/รายปี)

ชื่อ นางแพง เสมาทอง	ที่อยู่ 86 ม.1 อ. โคกสูง จ. สระแก้ว	วันที่จัดทำ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2564
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251100136048	หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อ)	
เกิดวันที่ 01 เดือน กันยายน พ.ศ. 2466 (อายุ 97 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, IAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1	- กลืนบดสลายไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแอของกำลังมือแขน ฯลฯ	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน / 2 ครั้งๆ ละ 1.5 ชม.) โดย นางทองสวย กันหนู (CG)	เป้าหมายการดูแล	
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การหลงทาง	ระยะเวลา - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้าย่างกายเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [วรรณสินธุ์ นิลนุช]
 ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

อนุมัติ
 อนุมัติ

Yadav Mohan

งบบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุที่มี (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมจ่าย/ราย/ปี)

Done ✓

ลงชื่อ.....อปท.

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางเปี่ยม เพ็ชรสมบัติ ✓ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251100131844	ที่อยู่ 10 ม.1 ต.โนนหมากมูน อ. โคลกสูง จ. สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2476 (อายุ 87 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ✓ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน / 2 ครั้ง ๆ ละ 1.5 ชม.) โดย นางทองสว ย กันหนู (CG)	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การฝึกติดก้นกลิ้ง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ท้ายอาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติงาน Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

45610 ✓

cell 38

 Springer

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลราย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแฉ่ม เกียรติระโทก ✓ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3302200403498	ที่อยู่ 74 ม.2 ต.โนนหมากมุ่น อ. โศภสูง จ. สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน/ 2 ครั้ง ๆ ละ 1.5 ชม.) โดย นางสมร เมธมิตร (CG) ✓	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตกหล่น - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....
[.....]
อปท.

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

หม่อมหลวง

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการบริการจัดดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าช่วยเหลือค่าบริการ เหนือจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวบุรณี ธีโรธร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251100454180	ที่อยู่ 37 ม.2 อ. โคกสูง จ. สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี)	วันที่จัดทำ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2486 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน / 2 ครั้ง ละ 1.5 ชม.) โดย นางสาวสมร เจริญมิตร (CG)	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ขาดเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานอาหาร/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ช่วยถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM).....
[นางสาวบุรณี ธีโรธร]
[.....]
ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

ศส.อ.อ. ✓

งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นามต้น เพ็ชรสมบัติ	ที่อยู่ 15 ม.2, โคกสูง จ. สระแก้ว	วันที่จัดทำ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2564
เลขบัตรประชาชน 3251100452748	หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อก)	
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2473 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย: ADL=6, TAI=C2	
สถานที่สุขภาพ/งบประมาณหน่วยงานจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หลงลืม	
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน / 4 ครั้ง ละครึ่ง ชม.) โดย นางบุญทัน อินทพิงษ์ (CG)	- กลืนบัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	- การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบับขับถ่าย(บัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/ล้าล้าอาหาร - การพักผ่อนหลับ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยา/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อับติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - บาดิสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

✓ check

ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

အသံကွဲများ

ସମ୍ପାଦ

..อปท.

.....

.....เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อการสนับสนุนการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองดี เพ็ชรสิน	ที่อยู่ 58 ม.2 ต.โนนหมากมุ่น อ. โคกสูง จ. สระแก้ว	วันที่จัดทำ 14 เดือน มกราคม พ.ศ. 2564
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251100454759	หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479 (อายุ 84 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ✓ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน / 2 ครั้ง ละ 1.5 ชม.) โดย นางบุญทัน อันพิษ (CG) ✓	- ความสามารถในการเคลื่อนไหว - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การจัดหาพาหนะเคลื่อนและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การผลิตตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ช่วยเองได้ -ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท่อเยื่อจมูกจะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางศรารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM).....ลงชื่อ.....อปท.
[นางสาว.....] [.....]
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

นางทองดี

Handwritten: 2000.

7545

ลงชื่อ.....
[นวตกรภัทร จันดา]

ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....
[.....]

อปท.

เลขชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลพยาบาลบริการ เหมจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นามหวาน กันหา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 325110049739	ที่อยู่ 10 ม.3 ต.โนนหมากมุ่น อ.โคกสูง จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี)	วันที่จัดทำ 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 23 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2517 (อายุ 46 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองบนเตียง	
สถานที่สุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ต้องใช้ แพทย์พิเศษ เบอร์ด M วัน ละ 4 ชั่วโมง (เดือนละ 120 ชั่วโมง) การดูแล (1 เดือน / 2 ครั้ง) และ 1.5 ชม.) โดยนางพวง สูงหังหวั (CG)	- กลืนบดสภาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	- การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย (ปัสสาวะ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การจัดหาพาหนะเคลื่อนและการปรับสภาพบ้าน - ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การทำรายการตนเองและผู้อื่น/ญาติด้วย - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	- ระยะสั้น - ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติงาน Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

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

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

๑๘๖๖

งานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วย (อัตราค่าเช่าเตียง/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองรัต จันทะมา	ที่อยู่ 22 ม.3 อ. โคกสูง จ. สระแก้ว	วันที่จัดทำ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2564
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 325110041380	หมายเลขโทรศัพท์(ใช้ติดต่อ) 0983590078	
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย: ADL=11, TAI=B3	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย นั่งรถเข็น เดินเองไม่ได้	
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ ✓	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน / 2 ครั้งๆ ละ 1.5 ชม.) โดย นางพวง สูงหังหงว้า (CG)	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	- การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน - ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การฟลัดตกทกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	- ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน	
ผู้จัดทำ Care plan นางศรารัตน์ สีนวล	ระยะยาว	
	- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

monotonous lines

[.....]

[.....]

✓ correct

Feb 10 2

ลงชื่อ..... อ. พล
[นางสาวสโรจน์ สันนา] ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

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

ลงชื่อ..... อบท.
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลสุขภาพและการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลพยาบาลบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นามบุญมี ดิงงาม ✓ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3259700045288	ที่อยู่ 60 ม.3 อ. โคนสูง จ. สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แขนขาอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ✓ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน / 2 ครั้งๆ ละ 1.5 ชม.) โดย นางพวง สูงท้าวหัว (CG) ✓	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลสุขภาพทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลสุขภาพเฉพาะ การดูแลสุขภาพเบื้องต้น การดูแลสุขภาพช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตกหล่น - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	- ได้รับความรู้ในการดูแลและสิ่งแวดล้อม - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสิ่งแวดล้อมภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสมรรถนะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ระยะยาว	
	- กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอาศัยเหมาะสม	
	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ลงชื่อ..... อปท.
 [นางดวงใจ ส. ๒๐๒๕]
 [.....]
 ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

๒๕/๒๕๖๔

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลระยะยาวบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายหลุย บุญทัน ✓ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251100459947	ที่อยู่ 66 ม.3 ต.โนนหมากมุ่น อ.โคกสูง จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ให้ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 19 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2472 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ✓ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน/2 ครั้ง ำ ละ 1.5 ชม.) โดย นางสุไพร เนรมิตร (CG) ✓	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งสกปรกตามตัวไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การผลิตตกหล่น	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ช่วยเหลือได้ ภายใน 3 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ท่ออยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ปวย)	

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

ลงชื่อ.....
[.....] อปท.

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

๑๑/๑๑

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลระยะยาวค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นามสกุล โสตาจันทร์ ✓ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 325110044281 เกิดวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2480 (อายุ 83 ปี)	ที่อยู่ 70 ม.3 ต.โนนหมากมุ่น อ. โคกสูง จ. สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	วิธีฉับย : ADL=6, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง แขนขาไม่ค่อยมีแรง	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ✓ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน / 2 ครั้ง ๆ ละ 1.5 ชม.) โดย นางสุไพร เมธมิตร (CG) ✓	ประเมินสภาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)		

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

๒๕๖๔

✓
2 Nov 58

ชื่อ นางเย็น ศรีสุ้ย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3220300259894 เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479 (อายุ 84 ปี)	ที่อยู่ 125 ม.4 ต.โนนหมากมุ่น อ.โคกสูง จ.สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายเหตุจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายเหตุจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน / 4 ครั้ง ๆ ละ 1.5 ชม.) โดย นางสุไพร เจริญมิตร (CG)	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลสุขภาพเฉพาะ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพาลัดดกทกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 6 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (cm)

८२५७

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าผู้การเงิน

[.....]

2018

ลงชื่อ..... นว..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ✓
[มหาวิทยาลัย.....] ๕๗๐

ลงชื่อ..... สปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าที่พักอาศัย/ราย/ปี)

ชื่อ นาม ยศ นุติ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251100441827	ที่อยู่ 31 ม. 3 อ. โคกสูง จ. สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ (โทรศัพท์มือถือ)	วันที่จัดทำ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 04 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2478 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TA=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายเหตุที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณรายจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน / 2 ครั้ง/สัปดาห์ 1.5 ชม.) โดย นางสุพรี เจริญมิตร (CG)	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแอ ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การฝึกตกหกกล้ม - การรับประทานอาหาร/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยความช่วยเหลือตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางสาวรัตน สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	

ลงชื่อ ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ อปท.

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่การเงิน

๒๕/๖๖

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าชดเชยค่าบริการ เหมารจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเลียม บุญทัน ✓	ที่อยู่ 112 ม.4 ต.โนนหมากมุ่น อ.โคกสูง จ.สระแก้ว	วันที่จัดทำ 05 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251100459955	หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อ)	
เกิดวันที่ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2474 (อายุ 89 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TA=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ✓		การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน / 2 ครั้งๆ ละ 1.5 ชม.) โดย นางสุไพร เนรมิตร (CG) ✓		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพาลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	- ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - สามารถดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอายุขัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

ลงชื่อ..... (นางดารารัตน์ สีนวล) ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ลงชื่อ..... (.....) อปท.

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

๑๕/๑๖ ✓

25/12/20

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

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน
[]

ลงชื่อ..... อปท.
[]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลพยาบาลค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพรมมา เสมประเสริฐ ✓ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251100460635	ที่อยู่ 69 ม.4.โนนหมากมุ่น อ. โคกสูง จ. สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 05 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563
เกิดวันที่ 01 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2483 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปวดหลัง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเมมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ✓ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเมมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน / 2 ครั้ง ละ 1.5 ชม.) โดย นางสมฤทัย พรหมมี (CG) ✓	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ ดร. นว ผู้ปฏิบัติงาน (CM) นางดารารัตน์ สีนวล
 [.....]
 ลงชื่อ เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

นางสาว

2019

3

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการให้บริการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงบริการ เหมาราย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมัย นาคนอก	ที่อยู่ 84 ม.4 ต.โนนหมากมุ่น อ. โคกสูง จ. สระแก้ว	วันที่จัดทำ 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564
เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3251100432381	หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	
เกิดวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2483 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3	
สถานที่สุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ การดูแล (1 เดือน / 2 ครั้ง ละ 1.5 ชม.) โดย นางสัมพันธ์ พรหมมี (CG) /	- มีความอ่อนแอ ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดทำสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพาลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท่ออยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....*สม น*.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM) /
 [*นางดารารัตน์ สีนวล*]
 ลงชื่อ.....*สม น*.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

สม น

25m2

ลงชื่อ..... อ. น. ☒

[นางอรุณีพร สีนอง] ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ☒

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

ลงชื่อ..... อ.ท. ☐

[.....]

35

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

✓
2019

ส่งชื่อ.....
[.....]
ส่งชื่อ.....
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าพยาบาล/ราย/ปี)

ชื่อ นาง ชื่อน ลดกระโทก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 325110044176 ✓	ที่อยู่ 196 ม.1 อ. โคกสูง จ. สระแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 20 เดือน มกราคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2495 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย: ADL=11, IAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: แขน ขา ไม่ค่อยมีแรง อยู่บ้านคนเดียว	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมายจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ✓ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมายจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การดูแล (1 เดือน / 2 ครั้งๆ ละ 1.5 ชม.) โดย นาง จรัส คงชัย (นักบริบาล) ✓	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - สามารถปฏิบัติตามพันธบัตรครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซบถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ซบถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นางดารารัตน์ สีนวล	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ Dr. A ผู้ปฏิบัติงาน (CM) ✓
 [นางทองใส สีมา]

ลงชื่อ อ.ปท.
 [.....]

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

36 หน้า ✓

หน้า 12

Asda

176990749

monks the

[.....]

[.....]