

<p>๙ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพ่นติดทากลุ่ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/จับถ้ำเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางลัดดาวัลย์ ยารนยี</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]</p>	

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/64 วันที่ 27/10/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซ่า ตำบลนาซ่า

<p>ชื่อ นางน้อย สายคำดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400366826</p>	<p>ที่อยู่ 351 ม.10 ต.นาซ่า อ.หล่มเก่า จ.เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ 062-792677</p>	<p>จัดทำวันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564 วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไช้หมันในเลือดสูง 20ปีก่อน ปวดขา ขาอ่อนแรง เดินไม่ได้ ต้องใช้ไม้เท้า ก้นปูด สะโพกจะดูจากระไม่ได้บ้างครึ่ง</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากรักษาตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากรู้ว่ามีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากรู้สึกดีใจที่ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากรู้ให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากรู้ให้มีคนช่วยเหลือดูแลรับผิดชอบ - อยากรู้ได้สติการเพิ่มขึ้นมาว่าที่ได้อยู่ - อยากรู้ได้อุปการะทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นเท้าอ้อม</p>	<p>แผนนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ซึบถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนบัสติสภาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p>	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติ 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 3 เดือน - ที่นั่งสุภาพของและเก้าอี้ในห้องน้ำ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซึบถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p>	<p>บริการนอกเหนือรายลับคำ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและInformail) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - เตียง กายอุปกรณ์ - ไม้เท้าช่วยพยุง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน - มารับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้ම්ได้สื่อสารระหว่าง สอ/อปท/อื่นๆ)</p>

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท (formal)

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ผู้พิการเดิน	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การนวด	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
อ่านหนังสือ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ประเมิน TAI 11 - 13 C2 - C4 B3 - B5	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดูแลเชิงจิต

- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหาร และรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ดูแลเตรียมอาหาร และรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดย Caregiver
- รับประทานยา
- กายภาพบำบัดโดย Caregiver
- ออกกำลังกาย
- สวดมนต์
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ นางลัดดาวัลย์ ยานยี่

ผู้รับผิดชอบ นางทองกลาง บุญเยี่ยม ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง นาที/เดือน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) [ผู้ป่วย/ญาติ] วัตถุประสงค์

2) [ผู้ป่วย/ญาติ] วัตถุประสงค์

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลรายคน/รายปี)**

<p>ชื่อ นางบ๋อง แก้วเจิม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400378000</p>	<p>ที่อยู่ 180 ม.2 ต.นาข้าวหอมแก้ง อ.พนาพรบุรี หมายเลขโทรศัพท์(โทรศัพท์) 09227428145</p>	<p>วันที่จัดทำ 04 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2475 [อายุ 88 ปี]</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 3 ปี ก่อน แพทย์ให้หยุดยาและควบคุมอาหาร กลั้น ปัสสาวะ อุจจาระได้บางครั้ง บางครั้งต้องป้อนอาหาร</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 4,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ค่าประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวตัวเงิน 100 บาท 2. ค่าประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบับขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ชื่อการะวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฉมบ่น้ำ 	<p>เป้าหมายการดูแล</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นฟูสภาวะของช่องและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ 	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางลัดดาวัลย์ ยวนยี่</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]</p>	

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/64 วันที่ 04/11/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซ่า ตำบลนาซ่า

<p>ชื่อนางบ่อ แก้วเฉลิม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400378000</p>	<p>ที่อยู่ 180ม.2ต.นาซ่าอ.พหลม.ก่าจ.พชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ 0927428145</p>	<p>จัดทำวันที่ 04 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 รับผิดชอบ : ADL=8, TAI=83 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง3ปี ก่อน แพทย์ให้หยุดยาและควบคุมอาหารกลุ่ม บัณฑิตจะ ดูจากระดับบ้าง ครั้ง บางครั้งต้องป้อนอาหาร</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากรักษาตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากรักษาสุขภาพจิตใจ/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากรักษาสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น <p>ญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากรักษาสุขภาพผู้สูงอายุคนเองได้มากขึ้น - อยากรักษาสุขภาพผู้สูงอายุที่ครอบครัว 	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ต้องอุ้ม - ปฏิบัติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลืนบดสลายไม่ได้ - มีความอ่อนแอของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ 	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน 	<p>บริการนอกเหนือรายชื่อลูกค้า (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และกฟอภท)</p> <p>อุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ที่นอนลม - เตียง <p>กายอุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - รถเข็นนั่ง <p>บริการอื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมที่บ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ดูแลรับ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะเชิงศร่า 2D	เดือนละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวด	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓			✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
อ่านหนังสือ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓						✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SPP PPI)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ประเมิน TAI11 - I3 C2 - C4 B3 - B5	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

<ul style="list-style-type: none"> - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ภายภาพบำบัดโดยญาติ - ภายภาพบำบัดโดย Caregiver - ออกกำลังกาย - สวดมนต์ - นอนหลับ 	<p>ผู้จัดทำ นางลัดดาวัลย์ ยวนยี่</p> <p>ผู้รับผิดชอบ นางพวงกลาง บุญเยี่ยม ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง นาที่/เดือน</p> <p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</p> <p>1) [ผู้ช่วย/ญาติ] รับผิดชอบ</p> <p>2) [ผู้ช่วย/ญาติ] รับผิดชอบ</p>
---	--

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจับใบสั่งการดูแลและระงับอายุสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสันนิษฐาน
งบบริการสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราค่าดูแลรายคน/รายปี]**

<p>ชื่อ นายบุญเลิศ ชะนะจิตร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3610400439947</p>	<p>ที่อยู่ 9 ม.10 ต.นาข่า อ.หล่มเก่า จ.เพชรบูรณ์ 67120 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0872014506</p>	<p>วันที่จัดทำ 04 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 04 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2505 (อายุ 58 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=9, TAI=BS ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ขนาดยา 20 ปีก่อนเศษเหล็กกระเด็นเข้าตา มองไม่เห็น ตาบอด 2ข้าง 2 ปีก่อนเส้นเลือดในสมองตีบ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ล้มแข็ง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,600 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ค่าประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท 2. ค่าประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท</p>	<p>- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลืนปัสสาวะไม่ได้</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งสกปรกที่หลุดไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/ลึกลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>เป้าหมายการดูแล</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	

ผู้จัดทำ Care plan นางสาวลลิตตาวัลย์ ยวงนีย์

ข้าพเจ้าเห็นชอบ กับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/63 วันที่ 04/11/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซ่า ตำบลนาซ่า

<p>ชื่อนายบุญเลิศ ชะนะริศร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3610400439947</p>	<p>ที่อยู่ 9m.10 ต.นาซ่า อ.พหลมเก่า จ.เพชรบูรณ์ 67120 หมายเลขโทรศัพท์ 0872014506</p>	<p>จัดทำวันที่ 04 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ความดันโลหิตสูง ชาวอายุ 20 ปีก่อนเคยหกล้ม กระเด็นเข้าตา มองไม่เห็น ตาบอด 2 ข้าง 2 ปีก่อนล้มเลือดในสมองตีบ แพ้ นชาข้างซ้ายอ่อนแรง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากรักษาตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากรู้สึกอบอุ่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากรู้สึกปลอดภัย/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากรู้สึกได้รับการดูแลเพิ่มมากขึ้น <p>ญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากรู้สึกปลอดภัยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากรู้สึกได้รับการเพิ่มขึ้นกว่าที่รับรู้ 	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฉุนน้ำ
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - กลับบ้านไม่ได้ 	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยความช่วยเหลือของ อาบน้ำเองได้ ทานข้าว - ไปได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน 	<p>บริการนอกเหนือรายลับค่า (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และเพื่อน/ญาติ)</p> <p>อุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เตียง <p>กายอุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - รถเข็นนั่ง <p>บริการอื่น ๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมงานพยาบาลและเภสัชกร - ได้รับการส่งเสริมอาชีพ - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

กิจกรรม การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	ทพ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ประเมิน TAI 1 - 13 C2 - C4 B3 - B5	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
อ่านหนังสือ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- รับประทานยา
- ออกกำลังกาย

ผู้จัดทำ นางลัดดาวัลย์ ยวนยี่
 ผู้รับผิดชอบ นางทองกลาง บุญเยี่ยม ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง นาที/เดือน
 ชาวพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป
 2) [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ใช้โครงการดูแลผู้ป่วยบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

<p>ชื่อนางคำ เชื้อประเสริฐ เลขบัตรประชาชน 3670400421461</p>	<p>ที่อยู่ 159 ม.8 ต.นาซำ อ. หล่มเก่า จ. เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อบุ) 0918748594</p>	<p>วันที่จัดทำ 07 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563</p>
<p>เกิดวันที่ 07 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2479 (อายุ 84 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปอ. ทาลัสซีเมีย 3 ปี ล้มมีเลือดคั่งในสมองไม่ได้ผ่าตัด มีลิ้นสั่น เติบโตองมีคนช่วยพยุง การขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระราบางครั้ง</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 4,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ค่าประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท 2. ค่าประเมินผลกการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การปรับบริการสวัสดิการทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ชื่อกระทรวงในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฉุนน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสมรรถนะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ตัวคนเดียว อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ 	<p>ผู้จัดทำ Care plan นางลัดดาวัลย์ ยานยี่</p> <p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>
---	---	--

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/63 วันที่ 07/12/63
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซ่า ตำบลนาซ่า

<p>ชื่อนางคำ เชื้อประเสริฐ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400421461</p>	<p>ที่อยู่ 159 ม.8 ต.นาซ่า อ.หล่มเก่า จ.เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ 0918748594</p>	<p>จัดทำวันที่ 07 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 รุ่นจួយ : ADL=11, TAI= C2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปอ. ทาลัสซีเมีย 3 ปี ล้มมีเลือดคั่งในสมองไม่ได้ผ่าตัด มีลิ้นสน เต็มต้องมีคนช่วยพยุง การขับถ่าย บัสสาวะ อุจจาระระราด บางครั้ง</p>
<p>แนวทิศของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ในถูกทอดทิ้ง - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตั้งขึ้นจากที่เป็นอยู่ <p>ญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลแต่เปลี่ยน - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากได้อุปกรณ์ทางการแพทย์จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นเท้าอ้อม 	<p>แผนนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ปฏิบัติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฉมบ่า
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถขับถ่ายทางอาหารเองได้ 	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับความสะอาดทางถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาพจะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยความช่วยเหลือ อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน 	<p>บริการนอกเหนือรายลับคำ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และเพื่อน)</p> <p>บริการอื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พท	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ติดต่อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✓				✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✓				✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน TAI I - I3 C2 - C4 B3 - B5	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✓				✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง		✓				✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปวด	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✓				✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฟังธรรม	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✓				✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ
- ดูแลเตรียมให้ยาโดย Caregiver
- กายภาพบำบัดโดยญาติ
- กายภาพบำบัดโดย Caregiver
- ออกกำลังกาย
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ นางลัดดาวัลย์ ยานยี่
 ผู้รับผิดชอบ นางรัตนา ตุ่นงาสี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง นาที/เดือน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) [ผู้ป่วย/ญาติ] วดข
 2) [ผู้ป่วย/ญาติ] วดข

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลและพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลพยาบาล)
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลพยาบาล)

<p>ชื่อ นางเบิ่ง แก้วจ่อม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400388501 เกิดวันที่ 07 เดือน กันยายน พ.ศ. 2471 (อายุ 92 ปี)</p>	<p>ที่อยู่ 104 ม.9 ต.นาซำ อ. หล่มเก่า จ. เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์(โทรศัพท์ต่อ) 0918748594 วินิจฉัย : ADL=4, TAI=3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปอ.เบาหวาน ไม่รักษาต่อเนื่อง 2 ปี ซากอ่อนแรง เดินไม่ได้ ใช้กันถัด มีลิ้นสน บูลสภาวะ อุจจาระใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป</p>	<p>วันที่จัดทำ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564</p>
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ค่าประเมินก่อนให้บริการ และวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวตัวบ้าน สาธารณสุข 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็น เงิน 100 บาท 2. ค่าประเมินผลการดูแลและปรับ แผนการดูแลรายบุคคล 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท</p>	<p>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ส่วนใส่เสื้อตัวเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบงขับถ่าย(บัสสภาวะ) - การช่วยในระบงขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันการะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - อากาหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ นำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 วัน</p> <p>ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางลัดดาวัลย์ ยานยี่</p>		

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/63 วันที่ 27/10/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซ่า ตำบลนาซ่า

ชื่อนางเบิ่ง แก้วจอม
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400388501

ที่อยู่ 104 ม.9 ต.นาซ่า อ. หล่มเก่า จ. เพชรบูรณ์
 หมายเลขโทรศัพท์ 0918745594

จัดทำวันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564
 รับผิดชอบ : ADL=4, TAI=3

ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ป่วยเบาหวาน ไม่รักษาต่อเนื่อง 2 ปี จากอ่อนแรง
 เดินไม่ได้ ใช้ก้นยันตัว มีลิ้นสน มีรสชาวะ อุจจาระใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป

แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต

- ผู้สูงอายุ**
- อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่
 - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง
 - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น
- ญาติ**
- อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
 - อยากให้ผู้มีคุณสมบัติดูแลผลัดเปลี่ยน
 - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่

แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)

- กินอาหารเองได้/ซึบถ่ายเองได้
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์
- ถึงเวลากิจการไปอย่างสงบ

ข้อควรระวังในการให้บริการ

- การกินอาหาร/สำลักอาหาร
- การพลัดตกหกล้ม
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
- บ่อยกั้นภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ
- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ
- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา
- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้
- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้
- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง

เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)

- อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน
- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ตัวคนเดียว อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซึบถ่ายเองได้ ภายใน 3 วัน

บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและInformal)

- บริการอื่นๆ**
- ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล
 - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
 - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มิดวเลือกระหว่าง สร/อปท/อื่นๆ)

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท (otmeal)

กิจกรรม	ความถี่					ผู้รับผิดชอบ
	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	
ล้างหน้า แปรงฟัน						
เตรียมอาหาร	ทำครั้งเดียว	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมิน TAI11 - I3 C2 - C4 B3 - B5	ทำครั้งเดียว	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
การนัดการดูแลสุขภาพ	เดือนละ 1 ครั้ง	✓				พยาบาล
การนัดการดูแลสุขภาพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓		✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ตัดเล็บ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริโภครอาหารและกลัมนเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓		✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฝึกการเดิน	ทำครั้งเดียว	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
อาบน้	ทำครั้งเดียว	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมินภาวะซึมเศร้า ZQ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓		✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวด	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓		✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ฟังธรรม	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓		✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓		✓		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓				พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ออกกำลังกาย
- ภายภาพบำบัดโดยญาติ
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ นางลลิตตาวัลย์ ยานยี่

ผู้รับผิดชอบ นางรัตนา ตุ่นมาลี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง นาน/เดือน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติงาน Care Plan นี้

1] [ผู้ช่วย/ญาติ] วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์

2] [ผู้ช่วย/ญาติ] วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (โครงการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นางพวง ราชนินตา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400425113</p>	<p>ที่อยู่ 200 ม. 8 ต. นาซ้อ อ. หล่มเก่า จ. เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0627926772</p>	<p>วันที่จัดทำ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2458 (อายุ 105 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่มีโรคประจำตัว รับประทานอาหารต้องมีคนช่วย แขนขามีอ่อนแรง เดินโดยใช้ไม้ช่วยเดิน บางครั้งต้องช่วยพยุงและมีคนดูแล มีภาวะสับสนบางครั้ง กลืนบัสสาวะ อุจจาระไม่ได้บางครั้ง</p>	<p>การดูแล</p>
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบอบขับถ่าย(บัสสาวะ) - การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 4,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ค่าประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท 2. ค่าประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท</p>	<p>การสนับสนุน</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลืนบัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง 	<p>เป้าหมายการดูแล</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่มีข้ออุปกรณ์ 	
<p>ผู้จัดทำ (Care plan นางลัดดาวัลย์ ยวนยี่</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/65 วันที่ 27/10/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซ่า ตำบลนาซ่า

ชื่อ นางพวง ราชอินตา
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400425113

ที่อยู่ 200 ม. 8 ต. นาซ่า อ. หล่มเก่า จ. เพชรบูรณ์
 หมายเลขโทรศัพท์ 0627926772

จัดทำวันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564

วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2

ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2
 ช้อมสุขภาพเบื้องต้น : ไม่มีโรคประจำตัว รับประทานอาหารต้องมีคนช่วย
 แขนขวามีอ่อนแรง เดินโดยใช้ไม้ช่วยเดิน บางครั้งต้องช่วยพยุงและมีคน
 ดูแล มีภาวะสับสนบางครั้ง กลืนบัสลภาวะ อุจจาระไม่ได้บางครั้ง

แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่ต่อการดำรงชีวิต

ผู้สูงอายุ

- ออกกำลังกายเพื่อตนเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจาก
 ที่เป็นอยู่

- ออกกำลังกายและเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง

- ออกกำลังกายผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

ญาติ

- ออกกำลังกายเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่

- ออกกำลังกายผู้สูงอายุและลดเปลี่ยนแปลง

- ออกกำลังกายผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น

แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม [รวมถึงเป้าหมายระยะยาว]

- กินอาหารเองได้/ซึบถ่ายเองได้
 - เดินได้โดยไม่ต้องอุปกรณ์

ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต

- กลืนบัสลภาวะไม่ได้

- ความสามารถในการได้ยิน

- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ

- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา

- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้

- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้

- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง

เป้าหมายในการดำรงชีวิต [เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน]

- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ช่วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าว
 เองได้ ซึบถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน

ข้อควรระวังในการให้บริการ

- การกินอาหาร/สำลักอาหาร

- การพลัดตกหกล้ม

- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา

- การหลงทาง

**บริการนอกเหนือรายลับค่าง [รวมการช่วยเหลือของครอบครัว
 และเพื่อน]**

กายอุปกรณ์

- ไม้เท้าช่วยพยุง

บริการอื่นๆ

- ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการ
 เงินในการดูแล

- ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

- รับผิดชอบ-ส่ง ไปสถานบริการ [ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ/อปท/อื่นๆ]

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พท	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ประเมิน TAI 11 - 13 C2 - C4 B3 - B5	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✓					✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✓					✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การปวด	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✓					✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
อ่านหนังสือ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		✓					✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT [มีรหัสใน SP PP]	เดือนละ 1 ครั้ง		✓						พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารกลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ออกกำลังกาย

ผู้จัดทำ นางลลิตดาวัลย์ ยาวัย
 ผู้รับผิดชอบ นางรัตนา ตันมาลี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง นาที/เดือน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1] [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป

2] [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดปฏิบัติการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดศพฝังศพฟรี)

<p>ชื่อ นางใหม่ แก้วเพิ่ม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 367040038358</p>	<p>ที่อยู่ 102 ม.9 ต.นาข้าว หล่มเก่า จ.เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0627926772</p>	<p>วันที่จัดทำ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 12 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2482 (อายุ 81 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปอ.เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไช้มันในเลือดสูง รับประทานยาตามองไม่เห็น เป็นต่อหินมา 10 ปี ขา 2 ข้าง อ่อนแรงกล้ามเนื้อสภาวะ อูจจาจะไม่ได้บางครั้ง มีลิ้นสนหลังลิ้น</p>	<p>การดูแล</p>
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p>
<p>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ค่าประเมินก่อนให้บริการ และวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้าน สาธารณสุข 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็น เงิน 100 บาท 2. ค่าประเมินผลการดูแลและปรับ แผนการดูแลรายบุคคล 100/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท 3. ค่าจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ รายละเอียดดังนี้ 1) เครื่องวัดความดัน จำนวน 1 เครื่อง 2400 บาท เป็นเงิน 2400 และหากมีเหลือสามารถใช้ในการ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องใน งบประมาณถัดไปได้</p>	<p>มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อตัวเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</p>	<p>การดูแลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปการณ - การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การดูแลสุขภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ชื่อคณะกรรมการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพาลัดตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - เดินได้โดยไม่ต้องไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางลัดดาวัลย์ ยวนฮี</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>	

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/63 วันที่ 27/10/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซ่า ตำบลนาซ่า

ชื่อ นางใหม่ แก้วเพิ่ม
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400388358

ที่อยู่ 102 ม.9 ต.นาซ่า อ.หล่มเก่า จ.เพชรบูรณ์
 หมายเลขโทรศัพท์ 0827926772

จัดทำวันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564

รหัสผู้ป่วย : ADL=8, TAI= C2

ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปอ.เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง
 รับยา รพร หล่มเก่า ตามอภ.ไม่เห็นเป็นเดือนนานมา 10 ปี ซ้ำ 2 ซ้ำ อ่อนแรง
 ลึน บัสสาวะ อุจจาระไม่ได้บางครั้ง มีลิ้นส้นเหลือง

<p>แนวคิดของผู้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น <p>ญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้อีก 	<p>แผนนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน 	<p>บริการนอกเหนือจากฉบับนี้ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal)</p> <p>บริการอื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนด การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท formal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
จัดเตรียมยาตามเวลา	วันละ 3 ครั้ง [เช้า กลางวัน เย็น]	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ [CG]
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ [CG]
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ [CG]
ใช้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>				พยาบาล
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ [CG]
การนวด	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ [CG]
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>				พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>				ผู้ดูแลผู้สูงอายุ [CG]
ประเมิน ADL [มีรหัสใน SP PP]	เดือนละ 1 ครั้ง	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>				พยาบาล
การปรับทางเข้าบ้าน ทางลาด พื้นที่ต่างระดับ ธรณีประตู	ทำครั้งเดียว	<input checked="" type="checkbox"/>							ครอบครัว

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ต้นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- รับประทานยา
- ออกกำลังกาย
- สวมหมวก
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ นางลัดดาวัลย์ ยวานยี

ผู้รับผิดชอบ นางรัตนา ตุ่นงาลี ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง นาที/เดือน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) [ผู้ป่วย/ญาติ] วัตถุประสงค์

2) [ผู้ป่วย/ญาติ] วัตถุประสงค์

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการดูแลแยกค่าบริการ เหนงจ่าย/ราย/ปี]**

ชื่อ นายสุน แก้วยม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400397420	ที่อยู่ 82ม.7ต.นาซ้ออ.หล่มเก่าจ.เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์(โทรศัพท์ต่อ) 0627926772	วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2478 (อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่มีโรคประจำตัว 1 ปี สัม ไม่ได้ไปรักษา เติมนมไม่ได้เช่นกัน ทุไม่ได้ยีน กลืนบัสสาวะ/ อุจจาระ ไม่ได้บางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเมินปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ค่าประเมินก่อนให้บริการ และวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้าน สาธารณสุข 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็น เงิน 100 บาท 2. ค่าประเมินผลการดูแลและปรับ แผนการดูแลรายบุคคล 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท	ประเมินปัญหา/ความต้องการ - กลืนบัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการชำระล้าง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบับขับถ่าย(บัสสาวะ) - การช่วยในระบับขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของช่องคอและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน	ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ

ผู้จัดทำ Care plan นางลลิตตาวัลย์ ยานฮี

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/65 วันที่ 02/11/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซ่า ตำบลนาซ่า

<p>ชื่อ นายสุน แก้วอม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400397420</p>	<p>ที่อยู่ 82ม.7ค.นาซ่าอ.หล่มเก่าจ.เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ 0627926772</p>	<p>จัดทำวันที่ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 วินิจฉัย: ADL=7, TAI=C2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ไม่มีโรคประจำตัว 1 ปี ล้ม ไม่ได้ไปรักษา เดินไม่ได้ ใช้ก้นกิ้ง หูไม่ได้ยิน กลืนบัสสภาวะ/อุจจาระ ไม่ได้บางครึ่ง</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากรักษาตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากรู้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากรู้ให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากรู้ได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น - ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี <p>ญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากรู้ให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากรู้ให้สังคมช่วยเหลือดูแลสนับสนุน - อยากรู้ได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น - อยากรู้ได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ 	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฉุนน้ำ
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลืนบัสสภาวะไม่ได้ - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการชำระร่างกาย - มีความอ่อนแรง ของกำลังมีอ่อนเข่น ซา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (ใช้หน่วยระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสมรรถภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยความเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน 	<p>บริการนอกเหนือรายลับค่า (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และ Informal)</p> <p>อุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เตียง - ที่นอนลม <p>กายอุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - รถเข็นนั่ง - เครื่องช่วยฟัง <p>บริการอื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวเลื่อมกระหว่าง สร/อปท/อื่นๆ) - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมงานภาคีและออกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พภ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การนัด	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✓				✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง			✓				✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง			✓				✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง			✓					พยาบาล
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✓				✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			✓				✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

<ul style="list-style-type: none"> - ต้นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - ออกกำลังกาย - นอนหลับ 	<p>ผู้จัดทำ นางลัดดาวัลย์ ยางนยี</p> <p>ผู้รับผิดชอบ นางฉฉลา แก้วขยม</p> <p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</p> <p>1)..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วัตถุประสงค์</p> <p>2)..... [ผู้ป่วย/ญาติ] วัตถุประสงค์</p>
---	---

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการคุ้มครองระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราค่าดูแลรายค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]**

<p>ชื่อ นายนบุญมี แก้ววณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400206900</p>	<p>ที่อยู่ 60ม.7ต.นาข้าวหอม.หล่มเก่าจ.เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0627926772</p>	<p>วันที่จัดทำ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2474 (อายุ 89 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=4, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่มีโรคประจำตัว 1 ปีก่อน ตกเตียงเดินไม่ได้ นอนติดเตียง ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ช่วยเหลือตนเองในการเข้าห้องน้ำไม่ได้ อาบน้ำใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ค่าประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท 2. ค่าประเมินผลดูแลและปรับปรุงแผนการดูแลรายบุคคล 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท</p>	<p>ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ใช้ส้วาจะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ</p> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ชื่อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - บวมก้นภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รูปช่วยเหยื่อต้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ 	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]</p>
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางลัดดาวัลย์ ยวงฮี</p>		

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/65 วันที่ 02/11/84
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซ่า ตำบลนาซ่า

<p>ชื่อ นายบุญมี แก้วขม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400206900</p>	<p>ที่อยู่ 80 ม.7 ต.นาซ่า อ.หล่มเก่า จ.เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ 0627926772</p>	<p>จัดทำวันที่ 02 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 วินิจฉัย : ADL=4, TAI=3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่มีโรคประจำตัว 1 ปีก่อน ตกเตียงเดินไม่ได้ นอนติดเตียง ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ช่วยเหลือตนเองในการเข้าห้องน้ำไม่ได้ อาบน้ำใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากรักษาตัวเองไว้ได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากรักษาคนดูแลเอาไว้ไม่ให้ถูกทอดทิ้ง - อยากรักษาตัวเองไว้ได้ - ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี <p>ญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากรักษาผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากรักษาคนช่วยเหลือดูแลเปลี่ยน - อยากรักษาตัวเองไว้ได้ - อยากรักษาตัวเองไว้ได้ <p>ผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากรักษาตัวเองไว้ได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากรักษาคนดูแลเอาไว้ไม่ให้ถูกทอดทิ้ง - อยากรักษาตัวเองไว้ได้ - ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี 	<p>เป้าหมายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - เดินได้โดยไม่ต้องอุปการณ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ญาติสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง - สิ่งแวดล้อมปลอดภัย 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - บวมก้นภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ตัวเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน 	<p>บริการนอกเหนือรายลับคำที่ [รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและครอบครัว]</p> <p>อุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เตียง - ที่นอนลม <p>บริการอื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ญาติ-ส่ง ไปสถานบริการ [ให้มีตัวเลือกระหว่าง สธ/อปท/อื่นๆ] - ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดหลักการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่					ผู้รับผิดชอบ
	จ.	อ.	พ	พจ	ศ	
ทำความเข้าใจต่อวิถีชีวิตพื้นฐาน			✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เปลี่ยนผ้าอ้อม			✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ			✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
พลิกตะแคงตัว			✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ			✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ			✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การจัดทำนอนป้องกันปลายเท้าตก			✓			พยาบาล
ประเมินภาวะซึ่งแคร์ 2D			✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวด			✓			ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ภาวะสุขภาพบำบัดโดยญาติ
- ออกกำลังกาย
- เปลี่ยนผ้าอ้อม
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ	ผู้รับผิดชอบ	นางลัดดาวัลย์ ยาวานี	นางเฉลลา แก้วยม
ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้	1]..... [ผู้ป่วย/ญาติ] รับผิดชอบ	2]..... [ผู้ป่วย/ญาติ] รับผิดชอบ	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการตัดสินใจบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการชดเชยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี]

<p>ชื่อ นางสาว กาน แก้วนิยม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670701039727</p>	<p>ที่อยู่ 65 ม.7 ต.นาซำ อ.หล่มเก่า จ.เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อ) 0627926772</p>	<p>วันที่จัดทำ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 01 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2479 (อายุ 84 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัวเบาหวาน ความดัน รับประทาน ยา 2 ซ้ำๆ มองไม่เห็น (ต่อกระจกเคยผ่าตัดใส่เลนส์) 1 ปีก่อนขา 2 ซ้ำๆ อ่อนแรงเดินไม่ได้ ใช้เข่าคานในการทำกิจวัตรประจำวัน</p>	<p>การดูแล</p>
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเห่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเห่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 3,600 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ค่าประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านเงิน 100 บาท 2. ค่าประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท 3. ค่าจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น รายละเอียดดังนี้ 1) เครื่องวัดความดันจำนวน 1 เครื่องและ 2400 บาท เป็นเงิน 2400 บาท หมายเหตุดังกล่าวให้จ่ายทุกรายการสามารถถือจ่ายได้ และหากมีเหลือสามารถใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องในปีงบประมาณถัดไปได้</p>	<p>- ความสามารถในการมองเห็น - กลืนบัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</p>	<p>- การช่วยในระบับขับถ่าย [บัสสาวะ] - การช่วยในระบับขับถ่าย [อุจจาระ] - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ชื่อครุธรรม์ในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สําลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - บ่อยเกินภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซักถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ซบถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางลัดดาวัลย์ ยวงฮี</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]</p>

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/64 วันที่ 27/10/64

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาข้าว ตำบลนาข้าว

ที่อยู่ 85ม.7ต.นาข้าว.หล่มเก่าจ.เพชรบูรณ์
หมายเลขโทรศัพท์ 0627926772

<p>ชื่อ นางก้าน แก้วยม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670701039727</p>	<p>จัดทำวันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564 วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัวเบาหวาน ความดัน รับประทานยา รพ. หล่มเก่า ตา 2 ข้างมองไม่เห็น (ต้องกระจกเคยผ่าตัดใส่เลนส์) ปีก่อน ขา 2 ข้างอ่อนแรงเดินไม่ได้ ใช้เขาคานในการทำกิจวัตรประจำวัน</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อยากให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากได้ใช้ชีวิตกับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น - ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้หมีคนช่วยเหลือดูแลผลิตภัณฑ์ - อยากได้ใช้ชีวิตที่เพิ่มขึ้นกว่าที่ได้อยู่ - อยากได้สุขภาพทางกายที่แข็งแรง เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็น ผ้าอ้อม</p>	<p>เป้าหมายในการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ต้องอุปการณ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p>
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการมองเห็น - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</p>	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - รับประทานอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - หินผู้สภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ตัวของตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าว เองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p>
<p>บริการนอกเหนือรายลับตาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และโกโธมอล) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - เตียง กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมงานภาคีรัฐและเอกชน - รับประทานยา/ไปสถานบริการ (ให้มีตัวลือการระหว่าง สร/อปท/อื่นๆ)</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พจ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
ติดต่อ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารซื้อและจัดส่งเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวด	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
อ่านหนังสือ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
จัดเตรียมยาตามเวลา	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						พยาบาล
ประเมิน TAI1 - I3 C2 - C4 B3 - B5	เดือนละ 1 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- รับประทานอาหาร
- ออกกำลังกาย
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ นางลัดดาวัลย์ ยานยี่
 ผู้รับผิดชอบ นางฉลภา แก้วยม ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง นาที/เดือน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1] [ผู้ป่วย/ญาติ] รับผิดชอบ
 2] [ผู้ป่วย/ญาติ] รับผิดชอบ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (โครงการพิเศษพยาบาลบริการ เหมาก้าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นายเปอร่ แก้วพิมพ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400203811</p>	<p>ที่อยู่ 14ม.7ต.นาซ่า อ. หล่มเก่า จ. เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0627926772</p>	<p>วันที่จัดทำ 04 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 03 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2465 (อายุ 98 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=3, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปอดล้มลุกหมากโต ใส่สายสวนปัสสาวะ ความดันโลหิตสูง 5 ปีก่อน มีผลที่ขาหลังรักษาแผลหลายแผลแต่เดินไม่ได้ มีลิ้นสับบางครั้ง ขาข้างขวาขาข้อติด เกร็ง</p>	<p>การดูแล</p>
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ค่าประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท 2. ค่าประเมินผลการดูแลและปรับปรุงแผนการดูแลรายบุคคล 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท</p>	<p>ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการชำระห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</p>	<p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดหาสภาพแวดล้อมและการปรับปรุงสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ชื่อขอความร่วมมือในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลั๊กอาหาร - การฟลัดตกทกกลั้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฉมบ่น้ำ 	<p>เป้าหมายการดูแล</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ตัวตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซึบถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ซึบถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ๆ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 	

ผู้จัดทำ Care plan นางสาววิไลย์ ยานฮี

ข้าพเจ้าเห็นชอบการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)



แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/63 วันที่ 04/11/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซำ ตำบลนาซำ

<p>ชื่อ นายเปอร แก้วพิมพ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400203811</p>	<p>ที่อยู่ 14 ม. 7 ต. นาซำ อ. หล่มเก่า จ. เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ 0627928772</p>	<p>จัดทำวันที่ 04 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 วินิจฉัย : ADL=3, TAI=3 ผู้สูงอายุภาวะสูงถึงกลุ่มที่ 3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปอ.ต้องลุกหมกโคด ใส่สายสวนปัสสาวะ ความดันโลหิตสูง 5 ปี ก่อน มีแผลที่ขาหลังรักษาแผลหลายแต่เดินไม่ได้ มีสับสนบางครั้ง ซ้ำซ้ำข้างขวาข้อติด เข่าแข็ง</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากรช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากรได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น - อยากรให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง <p>ญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากรได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นไฟฟ้า - อยากรได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่ได้รับอยู่ 	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - สิ่งเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากกาการใส่ยา/การแพทย์ - ขู่เอ็กกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้ อ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ช่วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน 	<p>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัว และ Informal)</p> <p>อุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เตียง - ทั่นอนลม - สาย Urine Cath - Urine Bag - รถเข็นนั่ง - รถเข็นนั่ง <p>บริการอื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่					ผู้รับผิดชอบ
	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	
การควบคุมระดับการไหลเวียน						
การบริการข้อและกล้ามเนื้อ						
การนวด						
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา						
วัดความดันโลหิต						
ประเมิน TAI I1 - I3 C2 - C4 B3 - B5						
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q						
อ่านหนังสือ						
วัดสัญญาณชีพ						
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)						
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)						
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม						
ดูแลท่าความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ						
ดูแลท่าความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ						
ดูแลท่าความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ						

ผู้จัดทำ นางลัดดาวัลย์ ยานยี่
 ผู้รับผิดชอบ นางเมตตา แก้วยวม ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง นาที/เดือน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป

2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ต้นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ

ญาติ

- ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ
- รับประทานอาหาร
- ภายภาพบำบัดโดย Caregiver
- ออกกำลังกาย
- เปลี่ยนผ้าอ้อม
- นอนหลับ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลแยกค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นายสง่า แก้วยม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400205067 เกิดวันที่ 10 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2469 (อายุ 94 ปี)</p>	<p>ที่อยู่ 33ม.7ต.นาซำอ. หล่มเก่า จ. เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0627926772 รพ.ฉลุย : ADL=7, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่มีโรคประจำตัว 2 ปีก่อนมีขา 2 ข้าง อ่อนแรง เดินไม่ได้ซบถ่ายบนเตียง รับ ประทานอาหารได้เองบนเตียง</p>	<p>วันที่จัดทำ 28 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564</p>
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ค่าประเมินก่อนให้บริการ และวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้าน สาธารณสุข 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็น เงิน 100 บาท 2. ค่าประเมินผลการดูแลและปรับ แผนการดูแลรายบุคคล 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท</p>	<p>เป็นผู้ใช้สภาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(บิสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ</p> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปการณ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ชื่อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ปัญหาภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>เป้าหมายการดูแล</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซบถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ซบถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ 	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางลัดดาวัลย์ ยวานยี่</p>		

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/64 วันที่ 28/10/64

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซ่า ตำบลนาซ่า

<p>ชื่อ นายสง่า แก้วยม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400205067</p>	<p>ที่อยู่ 33 ม. 7 ต. นาซ่า อ. หล่มเก่า จ. เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ 0627926772</p>	<p>จัดทำวันที่ 28 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564 ผู้จัดพิมพ์ : ADL-7, TAI-13 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่มีโรคประจำตัว 2 ปี ก่อนมีฯ 2 ช้าง อ่อนแรง เดินไม่ได้ ขับถ่ายบนเตียง รับประทานอาหารได้เองบนเตียง</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากรักษาตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตั้งขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากรักษาสุขภาพตัวเองได้/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากรักษาสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ญาติ - อยากรักษาสุขภาพผู้สูงอายุให้ดีขึ้น</p>	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม [รวมถึงเป้าหมาย] - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนบดสลายไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการชำระล้าง - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถถนอมรักษาฟัน ต้องมีคนช่วยพุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</p>	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ตัวคนเดียว อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p>	<p>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ [รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและkotamal] อุปกรณ์ทางการแพทย์ - เตียง - ที่นอนลม กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมงานสาธารณสุขและเอกชน</p>

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การนวด	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
อ่านหนังสือ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
ประเมิน TAI II - 13 C2 - C4 B3 - B5	เดือนละ 1 ครั้ง	✓							พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การจัดทำนอนป้องกันแผลกดทับ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓							ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ออกกำลังกาย
- สวดมนต์
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ นางลลิตดาวัลย์ ยวนยี่
ผู้รับผิดชอบ นางเฉลลา แก้วยม ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง นาที/เดือน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1) [ผู้ป่วย/ญาติ] วัตถุประสงค์

2) [ผู้ช่วย/ญาติ] วัตถุประสงค์

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/64 วันที่ 28/10/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาข้าว ตำบลนาข้าว

<p>ชื่อ นายพริณ แก้วเวียน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400971501</p>	<p>ที่อยู่ 83ม.2 ต.นาข้าว อ.หล่มเก่า จ.เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ 0927428145</p>	<p>จัดทำวันที่ 28 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564 รับผิดชอบ : ADL=8, TAI=C2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัว มีโรคเกาต์รับประทานพร. หลงเมก้า กลืน บัสสภาวะ อัจฉริยะ ไม่ได้ มีลิ้นหนา หลงลืม จำไม่ได้</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี - อพยพช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตั้งขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อพยพให้ตนเองเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า - อพยพให้มีคุณค่าและเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อพยพได้ใช้ชีวิตการผู้สูงอายุที่มั่งคั่ง <p>ญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อพยพให้ตนเองยอมรับสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่ดูแล - อพยพให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อพยพให้มีคนช่วยเหลือดูแลแต่เปลี่ยน - อพยพได้ใช้ชีวิตการเพิ่มขึ้นกว่าที่รับรู้ 	<p>แนวทางในการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ปฏิบัติสามารถดูแลผู้ช่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฉนวน
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลืนบัสสภาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาตามความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำกิจกรรมประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซบถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 3 เดือน - ได้รับความรู้/ถูกดูแลและครอบครัว ภายใน 3 เดือน - อากาศหลังลิ้นดีขึ้น ภายใน 3 เดือน 	<p>บริการนอกเหนือจากที่ปรึกษา (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและแพทย์)</p> <p>กายอุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เข้าช่วยพยุง <p>บริการอื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมงานหน่วยงานภาครัฐและเอกชน - รถรับ-ส่ง ไปสถานบริการ (ให้มีตัวล็อกกระหวาง ล้อ/อปท/อื่นๆ)

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ. อ. พ. พท. ศ. ส. อ					ผู้รับผิดชอบ
		✓	✓	✓	✓	✓	
ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม	เดือนละ 1 ครั้ง	✓					พยาบาล
การบริโภครอาหารช้อและกล้านเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซีดราคา 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การปวด	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓					พยาบาล
ประเมิน TAI 1 - I3 C2 - C4 B3 - B5	เดือนละ 1 ครั้ง	✓					พยาบาล
ทรงกรม	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓					ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓					พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- รับประทานยา
- ภาวะสุขภาพดีโดย Caregiver
- ออกกำลังกาย
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ นางลัดดาวัลย์ ยาวนีย์

ผู้รับผิดชอบ นางวงเดือน แก้วเงิน ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง นาที/เดือน

ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

1] [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป

2] [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการสนับสนุนการจัดการดูแลสุขภาพและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ใช้ประกอบการขอค่าใช้จ่าย/ราย/ปี)

<p>ชื่อ นางบุญสิน แก้วใหญ่ เลขบัตรประชาชน 3670400369001 เกิดวันที่ 10 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2479 (อายุ 84 ปี)</p>	<p>ที่อยู่ 57 ม.2 ต.นาข้าวหลมเก่าจ.เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0927428145 รพ.จรัญ : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัว เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รับประทานยา รพ.หล่มเก่า รพ.สต.นาข้าว, 2 ปีก่อน เคยเป็นเส้นเลือดในสมองตีบมีแขนขาอ่อนแรง</p>	<p>วันที่จัดทำ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564</p>
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,600 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ค่าประเมินก่อนให้บริการ และวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้าน สาธารณสุข 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็น เงิน 100 บาท 2. ค่าประเมินผลการดูแลและปรับ แผนการดูแลรายบุคคล 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท 3. ค่าจัดซื้อครุภัณฑ์การ แพทย์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์ เครื่องช่วยที่จำเป็น รายละเอียดดังนี้ 1) เครื่องวัด ความดันจำนวน 1 เครื่องละ 2400 บาทเป็น เงิน 2400 บาทหมายเหตุ ขออนุมัติค่าใช้จ่ายทุก รายการสามารถใช้จ่ายได้ และหากมีเหลือ สามารถใช้จ่ายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงต่อไป เนื่องในงบประมาณถัดไปได้</p>	<p>- กลืนบดสภาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบอบขับถ่าย[ใช้ส้วางะ] - การช่วยในระบอบขับถ่าย[อุจจาระ] - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ชื่อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การผลิตทุกกลุ่ม - การรับประทานยาคือ/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - พบผู้สภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ช่วยเหลือตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	<p>ผู้จัดทำ Care plan นางลัดดาวัลย์ ยานฮี</p> <p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>
---	--	---

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 2/64 วันที่ 27/10/64

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซำ ตำบลนาซำ

<p>ชื่อนางบุญสิน แก้วใหญ่ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400369001</p>	<p>ที่อยู่ 57 ม.2 ต.นาซำ อ.หล่มเก่า จ.เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ 0927428145</p>	<p>จัดทำวันที่ 27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564 วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัว เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รับประทาน หล่มเก่า รพ.สต.นาซำ, 2 ปี ก่อน เคยเป็นเส้นเลือดในสมองตีบมีเขินชาอ่อนแรง</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่ต้องการชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี - อยากได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลลดภาระ - อยากได้สวัสดิการเพิ่มขึ้นกว่าที่รับอยู่</p>	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า</p>	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p>
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลืนบัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</p>	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ได้รับประทานอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อต่อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p>	<p>บริการนอกเหนือการส่งต่อ (รายการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - เตียง กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูแลจากทีมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน</p>

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลราย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นางสาวสิสุข กุลเกลี้ยง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670800617451</p>	<p>ที่อยู่ 33 ม. 3 ต. นาข้าว อ. หล่มเก่า จ. เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0636214478</p>	<p>วันที่จัดทำ 04 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 03 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2483 (อายุ 80 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่มีโรคประจำตัว 1 ปีล้ม ก้นกระแทกพื้น ปวดสะโพก ปวดขา เดินไม่ได้ ไม่สามารถ มีผลตกทับเป็นขหายาๆเคลือบย้วยโดยญาติผู้ม มีล้มส่นบางครั้ง ก้นปีสสวจะ อุจจาระไม่ได้บางครั้ง</p>	<p>การดูแล</p>
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย [บัสสวจะ] - การช่วยในระบบขับถ่าย [อุจจาระ] - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สะโพก [hip] <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน - ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ค่าประเมินก่อนให้บริการ และวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้าน สาธารณสุข 100 บาท/cd/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็น เงิน 100 บาท 2. ค่าประเมินผลการดูแลและปรับ แผนการดูแลรายบุคคล 100 บาท/cd/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท</p>	<p>ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>
<p>ชื่อศรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลัดอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลตกทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 3 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทักษะชีวิตประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซึบถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - กินอาหารเองได้/ซึบถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางลัดดาวัลย์ ยวนยี่</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 3/63 วันที่ 04/11/64
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาซ่า ตำบลนาซ่า

<p>ชื่อ นางสิลุช กุลเกลี้ยง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670800617451</p>	<p>ที่อยู่ 33ม.3ต.นาซ่า อ.หล่มเก่า จ.เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ 0636214478</p>	<p>จัดทำวันที่ 04 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่มีโรคประจำตัว 1 ปีล้ม ก้นกระแทกพื้น ปวดสะโพก ปวดขา เดินไม่ได้ ไม่ได้ผ่าตัด มีแผลกดทับเป็นๆหายๆเคลื่อนย้ายโดยญาติผู้ม มีสับสนบางครั้ง กลับปีสภาวะ อุจจาระไม่ได้บางครั้ง</p>
<p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต</p> <p>ผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากรักษาตัวเองได้หรือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - อยากรให้มีคนดูแลเอาใจใส่/ไม่ถูกทอดทิ้ง - อยากรได้สวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น <p>ญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อยากรให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากรได้สวัสดิการที่มากกว่าที่ได้รับอยู่ - อยากรได้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน รถเข็นไฟฟ้า 	<p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> <ul style="list-style-type: none"> - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - กินอาหารเองได้/จับถ้วยเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ 	<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฆมน้ำ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา
<p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีอ่อนแอแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	<p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 3 เดือน - อากาศหลังลิ้มดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ จับถ้วยเองได้ ภายใน 3 เดือน 	<p>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)</p> <p>อุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ที่นอนลม - เตียง - อุปกรณ์ทำแผล <p>กายอุปกรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - รถเข็นนั่ง <p>บริการอื่นๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล - ได้รับการเยี่ยมบ้าน/ดูผลจากที่หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

กำหนดการช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การบริการข้อและกล้ามเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การลดท่านอนป้องกันแผลกดทับ	ทุกๆ 2 ชั่วโมง		<input checked="" type="checkbox"/>						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						พยาบาล
ประเมิน TAI 1 - I3 C2 - C4 B3 - B5	เดือนละ 1 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						พยาบาล
ทำแผลกดทับ	วันละ 1 ครั้ง (เช้า)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
การนวด	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
กิจกรรม	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
อ่านหนังสือ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						พยาบาล
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง		<input checked="" type="checkbox"/>						พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ต้นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- อาบน้ำล้างหน้าโดยญาติ
- ออกกำลังกาย
- สวดมนต์

ผู้จัดทำ นางลัดดาวัลย์ ยวนฮี
 ผู้รับผิดชอบ น.ส.สุภาพ เพชรประทุม ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง นาที/เดือน
 ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติงาน Care Plan นี้

1] [ผู้ป่วย/ญาติ] รับผิดชอบ

2] [ผู้ป่วย/ญาติ] รับผิดชอบ

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการผลิตพยาบาลบริการ เหมะจ่าย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นางทอง แก้วเดือน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400330023</p>	<p>ที่อยู่ 51ม.3ต.นาข้าว.หล่มเก่าจ.เพชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0627926772</p>	<p>วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2473 (อายุ 90 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัว มีความดันโลหิตสูง เบาหวาน รับประทาน รพร.หล่มเก่า/ รพ.สต.นาข้าว</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ค่าประกันก่อนให้บริการ และวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวที่บ้าน สาธารณสุข 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็น เงิน 100 บาท 2.ค่าประเมินผลการดูแลและปรับ แผนการดูแลรายบุคคล 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท 3.ค่าจัดซื้อครุภัณฑ์ ทางการแพทย์และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์, ราย ละเอียดดังนี้ 1)เครื่องวัดความดัน จำนวน 1 เครื่อง ละ 2400 บาท และหากมีเหลือสามารถให้เพื่อการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องใน ปีงบประมาณถัดไปได้</p>	<p>- กลืนลำบากไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าไม่ได้</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปีสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การผลิตตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและตนเองเสื่อมภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ซับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - สิ่งเวลาดำเนินไปอย่างสงบ 	<p>ผู้จัดทำ Care plan นางลัดดาวัลย์ ยวงนีย์</p> <p>ผู้จัดทำเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]</p>
---	--	---

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	ผู้รับผิดชอบ						
		จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ
การบริหารซื้อและกลั่นเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง	✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดความดันโลหิต	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง	✓						พยาบาล
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SPP P)	เดือนละ 1 ครั้ง	✓						พยาบาล
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SPP P)	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนัด	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง	✓						ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต	ผู้จัดทำ นางลัดดาวัลย์ ยานยี่ ผู้รับผิดชอบ น.ส.สุภาว พงษ์ประทุม ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง นาที/เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - ตื่นนอน - แต่งหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - กายภาพบำบัดโดย Caregiver - กายภาพบำบัดโดยญาติ - รับประทานยา - นอนหลับ 	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</p> <p>1) [ผู้ป่วย/ญาติ] วัตถุประสงค์</p> <p>2) [ผู้ป่วย/ญาติ] วัตถุประสงค์</p>

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลราย/ราย/ปี)
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลราย/ราย/ปี)**

<p>ชื่อ นายทองดี ทองชนน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3670400328762</p>	<p>ที่อยู่ 2ม.3ค.นาข้าว หล่มเก่าจ.พชรบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0627926772</p>	<p>วันที่จัดทำ 01 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564</p>
<p>เกิดวันที่ 07 เดือน กันยายน พ.ศ. 2472 (อายุ 91 ปี)</p>	<p>วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัว มีโรคหอบหืด ฉุกเฉินไปส่งพอง ตามองไม่ชัด หูไม่ได้ยิน 5 เดือน ก่อนล้ม ในท้องถิ่นไม่ได้</p>	
<p>สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p>	<p>การดูแล</p>
<p>เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,600 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1. ค่าประเมินก่อนให้บริการ และวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้าน สาธารณสุข 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็น เงิน 100 บาท 2. ค่าประเมินผลการดูแลและปรับ แผนการดูแลรายบุคคล 100 บาท/cp/ปี จำนวน 1 ฉบับ เป็นเงิน 100 บาท</p>	<p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลืนบัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง <p>เป้าหมายการดูแล</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบงขับถ่าย[บัสสาวะ] - การช่วยในระบงขับถ่าย[อุจจาระ] - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<p>ชื่อควรระวังในการให้บริการ</p>	<p>เป้าหมายการดูแล</p>	

<p>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</p> <p>- การผลิตตกหล่น</p> <p>- การรับประทานอาหาร/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</p> <p>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</p> <p>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p>	<p>ระยะสั้น</p> <p>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</p> <p>- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน</p> <p>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</p> <p>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 3 เดือน</p> <p>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ตัวตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซึบถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</p> <p>ระยะยาว</p> <p>- กินอาหารเองได้/ซึบถ่ายเองได้</p> <p>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p> <p>- เดินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์</p> <p>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</p> <p>- ไม่เกิดแผลกดทับ</p> <p>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</p>
<p>ผู้จัดทำ Care plan นางลลิตตาวิไลย์ ยวงนัย</p>	<p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)</p>

กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal

กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พฤ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การบริหารซื้อและกลั่นเนื้อ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q	เดือนละ 2 ครั้ง			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
การนวด	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินความถูกต้องในการใช้ยา	เดือนละ 1 ครั้ง			<input checked="" type="checkbox"/>					พยาบาล
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 2 ครั้ง			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
ประเมินภาวะสมองเสื่อม AMT (มีรหัสใน SP PP)	เดือนละ 1 ครั้ง			<input checked="" type="checkbox"/>					พยาบาล

กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต

- ตื่นนอน
- ล้างหน้า
- ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ
- ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ
- รับประทานอาหาร
- ภายภาพบำบัดโดยญาติ
- ภายภาพบำบัดโดย Caregiver
- ออกกำลังกาย
- นอนหลับ

ผู้จัดทำ นางลัดดาวัลย์ ยานยี
 ผู้รับผิดชอบ น.ส.สุภาพ เพชรประทุม

ชาวเข้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้

- 1) [ผู้ป่วย/ญาติ] วัตถุประสงค์
 2) [ผู้ป่วย/ญาติ] วัตถุประสงค์
 [ผู้ป่วย/ญาติ] วัตถุประสงค์