



การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)  
ครั้งที่ ๒ / ๒๕๖๘

---

วันพุธ ที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๘

ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ



## ระเบียบวาระการประชุม

การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)  
ครั้งที่ ๒/๒๕๖๘ วันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๓๐ น. ณ ห้องประชุม อบต.ลำปำ

- 
- |                  |                                                                                     |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ระเบียบวาระที่ ๑ | เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ                                                 |
|                  | - ชี้แจงการดำเนินงานการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ (LTC) จำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘ |
| ระเบียบวาระที่ ๒ | เรื่องการรับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว                                          |
|                  | - รับรองรายงานการประชุม ฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘                                           |
| ระเบียบวาระที่ ๓ | เรื่องเสนอเพื่อทราบ                                                                 |
|                  | - ไม่มี -                                                                           |
| ระเบียบวาระที่ ๔ | เรื่องเสนอให้ที่ประชุมพิจารณา                                                       |
|                  | ๔.๑ การพิจารณาแผน (Care Plan) ของ รพ.สต.ลำปำ จำนวน ๑๑ ราย                           |
|                  | ๔.๒ การพิจารณาแผน (Care Plan) ของ รพ.สต.บ้านประ จำนวน ๒๓ ราย                        |
| ระเบียบวาระที่ ๕ | เรื่องอื่น ๆ (ถ้ามี)                                                                |

ที่ พท ๗๖๙๐๑.๒/ว ๑๐



ที่ทำการกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลลำป่า  
อำเภอเมืองพืทลุง จังหวัตพืทลุง ๙๓๐๐๐

๙๑ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญประชุม

เรียน คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

|                  |                                          |       |    |      |
|------------------|------------------------------------------|-------|----|------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑) ระเบียบวาระการประชุม ฯ                | จำนวน | ๑  | แผ่น |
|                  | ๒) สำเนารายงานการประชุมฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ | จำนวน | ๑  | ชุด  |
|                  | ๒) สำเนาแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ฯ    | จำนวน | ๓๔ | ชุด  |

ตามที่ สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ได้จัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถป้องกันและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และเพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้น ได้รับการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ควรจะได้รับอย่างเหมาะสม นั้น

ในการนี้ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลลำป่า จึงขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เพื่อพิจารณาแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Plan) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำลำป่า จำนวน ๑๑ ราย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากประ จำนวน ๒๓ ราย รวม ๓๓ ราย ในวันพุธ ที่ ๒ เมษายน พ.ศ.๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๓๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำป่า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอเชิญเข้าร่วมประชุมตามวันและเวลาดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

(นายสิทธิชาติ บุญปล้อง)

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลลำป่า

งานธุรการกองทุนฯ

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๗๔๘๒ ๙๘๒๕ ต่อ ๑๓

เว็บไซต์ [www.lampam.go.th](http://www.lampam.go.th)

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ [Saraban@lampam.go.th](mailto:Saraban@lampam.go.th)



**ระเบียบวาระการประชุม**  
**คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)**  
**ครั้งที่ ๒/๒๕๖๘**

วันพุธ ที่ ๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๓๐ น.  
ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

---

- |                  |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ระเบียบวาระที่ ๑ | เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ<br>๑.๑ ชี้แจงการดำเนินงานการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘                                                                                            |
| ระเบียบวาระที่ ๒ | เรื่องการรับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว<br>๒.๑ รับรองรายงานการประชุม ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘                                                                                                                                                               |
| ระเบียบวาระที่ ๓ | เรื่องเสนอเพื่อทราบ<br>- ไม่มี                                                                                                                                                                                                                        |
| ระเบียบวาระที่ ๔ | เรื่องเสนอให้ที่ประชุมพิจารณา<br>๔.๑ การพิจารณาแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Plan) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำปำ จำนวน ๑๑ ราย<br>๔.๒ การพิจารณาแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Plan) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากประ จำนวน ๒๓ ราย |
| ระเบียบวาระที่ ๕ | เรื่องอื่น ๆ<br>- (ถ้ามี)                                                                                                                                                                                                                             |



### บันทึกการประชุม

คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

ครั้งที่ ๑ / ๒๕๖๘

เมื่อวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๓๐ น. เป็นต้นไป

ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

#### ผู้มาประชุม

| ที่ | ชื่อ - สกุล            | ตำแหน่ง                        | ลายมือชื่อ         | หมายเหตุ         |
|-----|------------------------|--------------------------------|--------------------|------------------|
| ๑   | นายสิทธิชาติ บุญปล้อง  | ประธานอนุกรรมการ               | สิทธิชาติ บุญปล้อง |                  |
| ๒   | นายบุญยืน สิริสม       | อนุกรรมการ                     | บุญยืน สิริสม      |                  |
| ๓   | นางสรวส เขมะวนิช       | อนุกรรมการ                     | สรวส เขมะวนิช      | แทน ผอ.รพ.พัทลุง |
| ๔   | นายสุรพล ทองบุญ        | อนุกรรมการ                     | สุรพล ทองบุญ       |                  |
| ๕   | นางสาวประทีป หมดจันทร์ | อนุกรรมการ                     | ประทีป หมดจันทร์   |                  |
| ๖   | นายวิทยา หมื่นผ่อง     | อนุกรรมการและเลขานุการฯ        | วิทยา หมื่นผ่อง    |                  |
| ๗   | นางสาวจิรารัฐ เล้งสุ้น | อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการฯ | จิรารัฐ เล้งสุ้น   |                  |

#### ผู้เข้าร่วมประชุม

| ที่ | ชื่อ - สกุล         | ตำแหน่ง                      | ลายมือชื่อ       | หมายเหตุ                     |
|-----|---------------------|------------------------------|------------------|------------------------------|
| ๑   | นายกมล เกตุพันธ์    | นักประชาสัมพันธ์ชำนาญการ     | กมล เกตุพันธ์    | คณะทำงาน                     |
| ๒   | นายไชยา สุวรรณลิขิต | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนฯ    | ไชยา สุวรรณลิขิต | คณะทำงาน                     |
| ๓   | นางยุพิน อางทอง     | นักวิชาการคลังชำนาญการ       | ยุพิน อางทอง     | คณะทำงาน                     |
| ๔   | นางจรรยา ชุมคง      | นักวิชาการพัสดุชำนาญการ      | จรรยา ชุมคง      | คณะทำงาน                     |
| ๕   | นายวัชรินทร์ ประเทพ | เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน | วัชรินทร์ ประเทพ | รักษาการ ผอ.รพสต. บ้านปากประ |

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น....

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๓๐ น.

เมื่อครบองค์ประชุมแล้ว ที่ประชุมมีมติแต่งตั้ง นายสิทธิชาติ บุญปล้อง ประธานอนุกรรมการฯ กล่าวเปิดประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ ตามระเบียบวาระการประชุมดังนี้

นายสิทธิชาติ บุญปล้อง  
(ประธานอนุกรรมการฯ)

สวัสดีและขอต้อนรับคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในวันนี้เป็นการประชุมคณะอนุกรรมการกองทุนฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ ในวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๗ สำหรับการประชุมในวันนี้ มีระเบียบวาระที่สำคัญเกี่ยวกับการบริหารงานสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องร่วมกันหารือกับคณะอนุกรรมการทุก ๆ ท่าน ลำดับต่อไป กระผมขอดำเนินการประชุมตามระเบียบวาระดังต่อไปนี้

ระเบียบวาระที่ ๑

เรื่องประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

นายสิทธิชาติ บุญปล้อง  
(ประธานอนุกรรมการฯ)

๑.๑ ชี้แจงการดำเนินงานการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ ข้อ ๗๔ การจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ให้ สปสช.สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับหน่วยบริการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามเป้าหมายจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในท้องถิ่นที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคลแบบเหมาจ่ายจำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท ต่อคนต่อปี ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ สปสช.กำหนด ครับ

๑.๒ การขอลาออกของอนุกรรมการฯ

ตามหนังสือรับ ลงวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๗ นางจิราพร มณีนิล ขอลาออกจากการเป็นคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากย้ายภูมิลำเนาครับ

ระเบียบวาระที่ ๒

การรับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว

นายสิทธิชาติ บุญปล้อง  
(ประธานอนุกรรมการฯ)

จากเอกสารรายงานการประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๗ กระผมขอมติที่ประชุมในการรับรองรายงานการประชุมครั้งดังกล่าวด้วยครับ

ที่ประชุม...

## ที่ประชุม

ที่ประชุมมีมติรับรอง รายงานการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๗ (มติเป็นเอกฉันท์)

## ระเบียบวาระที่ ๓

เรื่องเสนอเพื่อทราบ

- ไม่มี -

## ระเบียบวาระที่ ๔

เรื่องเสนอให้ที่ประชุมพิจารณา

นายสิทธิชาติ บุญปล้อง  
(ประธานอนุกรรมการฯ)

สำหรับเรื่องที่ขอเสนอให้ที่ประชุมพิจารณา ลำดับแรกคือ การพิจารณาแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง(Care Plan) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลลำปำ จำนวน ๒๙ ราย ขอเชิญตัวแทนนำเสนอแผนการดูแล (Care Plan) เรียงเชิญครับ

นางสาวประทีป หมดจันทร์  
(ผู้นำเสนอ Care plan)

เรียนประธานคณะกรรมการฯ และผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน ตามเอกสาร การประชุมเสนอแผนการดูแล (Care Plan) จำนวน ๓๐ ราย ขอเริ่มนำเสนอต่อไปนี้  
๑. นางอารีย์ เอี่ยมเสถียร ที่อยู่ ๘๕/๒ หมู่ที่ ๙ ตำบลลำปำ อายุ ๗๑ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๔ กลุ่มที่ ๓ ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ อ่อนแรง มีภาวะสับสนด้านสมอง โรคประจำตัวพาคินสัน

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบสวม เบอร์ L

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒. นางกัจจิต หลีเห่ง ที่อยู่ ๑๐ หมู่ที่ ๙ ตำบลลำปำ อายุ ๘๔ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๙ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน เป็นผู้พิการ ด้านการเคลื่อนไหว

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบสวม เบอร์ L

๒. นม

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๓. นางเล็ก สมุทเสนโต ที่อยู่ ๒๘ หมู่ที่ ๑ ตำบลลำปำ อายุ ๗๘ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๐ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติความดัน/เบาหวาน อ่อนแรงกลั้นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบสวม เบอร์ M

๒. นม

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๔.นางพูนผล เสริมแก้ว ที่อยู่ ๑๒ หมู่ที่ ๔ ตำบลลำปำ อายุ ๘๒ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๐ กลุ่มที่ ๔ ผู้ป่วยติดเตียง อัมพาต ให้อาหารทางสายยาง เจาะคอ โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง

นางสาวประทีป...

นางสาวประทีป หมวดจันทร์  
(ผู้นำเสนอ Care plan)

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบเทป เบอร์ L

๒. แผ่นรองซับ

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๘ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๕. นางกัมมิต นิลสุวรรณ ที่อยู่ ๒๗ หมู่ที่ ๔ ตำบลลำปำ อายุ ๙๓ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๗ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๘,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นม

๒. ถังดำ

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๖. นางยุพา พันธริยะ ที่อยู่ ๘ หมู่ที่ ๕ ตำบลลำปำ อายุ ๗๕ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๘ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้านช่วยเหลือตนเองได้น้อย เดินไม่ได้ ขาอ่อนแรง ๒ ข้าง โรคประจำตัวความดัน

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบสวม

๒. นม

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๗. นายเกลื้อม ปินทะโก ที่อยู่ ๖๖ หมู่ที่ ๗ ตำบลลำปำ อายุ ๘๖ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๙ กลุ่มที่ ๒ ผู้ป่วยติดบ้าน มีภาวะสับสนหลงลืม

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบสวม เบอร์ L

๒. นม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๘. นายสมคิด นามสวัสดิ์ ที่อยู่ ๙๙ หมู่ที่ ๗ ตำบลลำปำ อายุ ๗๖ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๑ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยพิการด้านการเคลื่อนไหว โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบสวม เบอร์ L

๒. นม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๙. นางคลาด คงเหนียง ที่อยู่ ๗๒/๑ หมู่ที่ ๗ ตำบลลำปำ อายุ ๘๖ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๖ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ห้างผ้าตัดทกล้มข้อสะโพก

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๑,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เบอร์ M

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

นางสาวประทีป...

นางสาวประทีป หมวดจันทร์  
(ผู้นำเสนอ Care plan)

๑๐.นายชอบ ขุนไกร ที่อยู่ ๗๙/๑ หมู่ที่ ๙ ตำบลลำปำ อายุ ๗๕ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๖ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบสวม เบอร์ L

๒. นม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๑.นายวิชัย สุตาธรรมศักดิ์ ที่อยู่ ๔๘ หมู่ที่ ๕ ตำบลลำปำ อายุ ๘๕ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๒ กลุ่มที่ ๔ ผู้ป่วยติดเตียง โรคเรื้อรังความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๑,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เบอร์ L

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๘ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๒.นายเคียง ภาวงศ์สวัสดิ์ ที่อยู่ ๓๒ หมู่ที่ ๕ ตำบลลำปำ อายุ ๙๒ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๔ กลุ่มที่ ๓ ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติความดันโลหิตสูง Stroke หอบหืด ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบสวม เบอร์ L

๒. นม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๓.นางอัมพันธ์ ราชชะยะ ที่อยู่ ๕๕ หมู่ที่ ๑ ตำบลลำปำ อายุ ๗๓ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๗ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ความดันโลหิตสูง แขนขาอ่อนแรง กินได้น้อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบสวม เบอร์ L

๒. แผ่นรองขับ

๓. นม

๔. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๔.นางหนูขาว ฉางทอง ที่อยู่ ๒๔ หมู่ที่ ๑ ตำบลลำปำ อายุ ๘๖ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๖ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน มองไม่เห็น เดินไม่ได้ โรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลั้นปัสสาวะไม่ได้

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๒,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบสวม เบอร์ L

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๕.นางขาว พูลแก้ว ที่อยู่ ๔๙ หมู่ที่ ๕ ตำบลลำปำ อายุ ๙๑ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๐ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ช่วยเหลือตนเองได้ โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง อาศัยที่บ้านคนเดียว

นางสาวประทีป...

นางสาวประทีป หมวดจันทร์  
(ผู้นำเสนอ Care plan)

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๘,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๖.นายนิรันดร์ นิลมาก ที่อยู่ ๙๙ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๖๓ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๐ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง และหอบหืด ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๘,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๗.นายขาว อาจทอง ที่อยู่ ..... หมู่ที่ ๑ ตำบลลำปำ อายุ ๗๖ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๑ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติตรศความกันโลหิตสูง ปวดเข้าทั้งขาข้าง ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบเทป เบอร์ L

๒. นม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๘.นายสุพล กฤตกรชนันต์ ที่อยู่ ๖/๑ หมู่ที่ ๙ ตำบลลำปำ อายุ ๖๖ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๘ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดเตียง อ่อนแรงซีกซ้าย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๘,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. นม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๑๙.นายสุวรรณ อ้าลอย ที่อยู่ ๓๐ หมู่ที่ ๙ ตำบลลำปำ อายุ ๕๑ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๗ กลุ่มที่ ๒ ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติได้รับอุบัติเหตุรถชน ผ่าตัดสมองปี๒๕๖๑ ช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย ถามตอบไม่รู้เรื่อง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบสวม เบอร์ L

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒๐.นายบพิตร รongรัตน์ ที่อยู่ ๙๕/๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๗๔ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๐ กลุ่มที่ ๔ ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ภาวะสมองเสื่อม

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๑,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบเทป เบอร์ L

๒. แผ่นรองขับ

๓. นม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๘ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒๑.นางพร้อม ภวรงค์สวัสดิ์ ที่อยู่.... หมู่ที่ ๕ ตำบลลำปำ อายุ ๙๒ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๔ กลุ่มที่ ๓ ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติความดันโลหิตสูง มีภาวะหลงลืม ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้

นางสาวประทีป...

**นางสาวประทีป หมวดจันทร์**  
(ผู้นำเสนอ Care plan)

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบสวม เบอร์ M

๒. นม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

**๒๒.นางเคลื่อน แทนหนู** ที่อยู่ ๓๓ หมู่ที่ ๕ ตำบลลำปำ อายุ ๙๐ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๘ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยพิการทางการเคลื่อนไหว เดินไม่ได้ ความดันโลหิตสูง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เบอร์ L

๒. นม

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

**๒๓.นางเลื่อน อินนุ่น** ที่อยู่ ๘๙ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๘๙ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๐ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติความดันโลหิตสูง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้บางครั้ง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบสวม เบอร์ L

๒. นม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

**๒๔.นางจวน แข่งฮั่ว** ที่อยู่ ๑๐๑/๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๘๘ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๑ กลุ่มที่ ๔ ผู้ป่วยติดเตียง โดนรถชน เมื่อธันวาคม ๒๕๖๗ ช้อะโพกหักทั้ง ๒ ข้าง โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบเทป เบอร์ M

๒. แผ่นรองซับ

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๘ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

**๒๕.นางดำ เอียดอ่อน** ที่อยู่ ๑๙๐ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๑๐๑ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๔ กลุ่มที่ ๓ ผู้ป่วยติดบ้าน ขยับภายในโรง รอดุงดำ ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง เดินไม่ได้ ไม่มีโรคประจำตัว

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๒,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบเทป เบอร์ L

๒. ดุงดำ

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

**๒๖.นางสาวหิด คงเล็ก** ที่อยู่ ๑๒๖ หมู่ที่ ๑๐ ตำบลลำปำ อายุ ๗๖ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๗ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ประวัติไขมันในเลือด มีภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ อ่อนแรงด้านซ้าย

นางสาวประทีป หมวดจันทร์  
(ผู้นำเสนอ Care plan)

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๑,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เบอร์ L

๒. นม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒๗.นายประสิทธิ์ สังขวงศ์ ที่อยู่ ๑๔๗ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๘๕ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๑ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แขนขาอ่อนแรง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบสวม เบอร์ L

๒. นม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒๘.นายพร้อม เลี่ยมหาญ ที่อยู่ ๑๗๑ หมู่ที่ ๖ ตำบลลำปำ อายุ ๘๕ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๗ กลุ่มที่ ๒ ผู้ป่วยติดบ้าน มีภาวะสมองเสื่อม หลงลืม กลืนปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ เป็นบางครั้ง

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบสวม เบอร์ L

๒. นม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๔ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒๙.นางพลัน หมื่นผ่อง ที่อยู่ ๑๑๘ หมู่ที่ ๙ ตำบลลำปำ อายุ ๘๖ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๑๐ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รูมาตอยด์ พิกัดด้านความเคลื่อนไหว หลังหักมุม ผ่าตัดข้อสะโพกมา ๒ ปี มีอาการหลงลืม

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แบบสวม เบอร์ M

๒. ถูขยะ

๓. นม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

รวมทั้งสิ้น ๒๙ ราย งบประมาณที่ขอรับการสนับสนุนจำนวน ๓๐๒,๘๑๘ บาท

(สามแสนสองพันแปดร้อยสิบแปดบาทถ้วน) ขอให้ที่ประชุมฯ โปรดพิจารณา รายละเอียดด้วยค่ะ

นายสิทธิชาติ บุญปลั่ง  
(ประธานอนุกรรมการฯ)

ขอบคุณครับ หากที่ประชุมไม่มีข้อเสนอแนะหรือข้อซักถามใด ๆ ขอมติที่ประชุมด้วยครับ

ที่ประชุม

ที่ประชุมมีมติเห็นชอบ (มติเป็นเอกฉันท์)

นายสิทธิชาติ บุญปลั่ง  
(ประธานอนุกรรมการฯ)

การพิจารณาแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Care Plan)ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากประ จำนวน ๓ รายครับ ขอเชิญตัวแทนนำเสนอแผนการดูแล (Care Plan) เรียงเชิญครับ

นายวัชรินทร์...

นายวัชรินทร์ ประเทพ  
(ผู้นำเสนอ Care plan)

เรียนประธานคณะกรรมการฯ และผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน ตามเอกสารการประชุมเสนอแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Plan) จำนวน ๓ ราย ขอเริ่มนำเสนอต่อไปนี้

๑. นายเกษม ทิพย์ศรี ที่อยู่ ๒๘๘ หมู่ที่ ๘ ตำบลลำปำ อายุ ๖๕ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๗ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดบ้าน อ่อนแรงซีกขวา ประวัติโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน กลั้นปัสสาวะไม่ได้

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เบอร์ XL

๑. นม

๒. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๒. นายยศพัทธ์ ปือชา ที่อยู่ ๙๗ หมู่ที่ ๓ ตำบลลำปำ อายุ ๓๖ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๙ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุตกจากที่สูง(นั่งร้าน) มีภาวะพิการท่อนล่าง ขาทั้งสองข้างไม่มีแรง ขาจากสะเอวถึงเท้า

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. แผ่นรองขับ

๒. นม

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

๓. นางยุพา นุ่นคง ที่อยู่ ๗๔/๒ หมู่ที่ ๘ ตำบลลำปำ อายุ ๗๖ ปี ประเมิน ADL เท่ากับ ๕ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลั้นปัสสาวะไม่ได้

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่าย จำนวน ๑๐,๔๔๒ บาท มีรายละเอียดดังนี้

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เบอร์ S

๒. นม

๓. ค่าผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) เดือนละ ๒ ชั่วโมงๆ ละ ๕๐ บาท

รวมทั้งสิ้น ๓ ราย งบประมาณที่ขอรับการสนับสนุนจำนวน ๓๑,๓๒๖ บาท

(สามหมื่นหนึ่งพันสามร้อยยี่สิบหกบาทถ้วน) ขอให้ที่ประชุมฯ โปรดพิจารณา รายละเอียดด้วยค่ะ

นายสิทธิชาติ บุญปลั่ง  
(ประธานอนุกรรมการฯ)

หากที่ประชุมไม่มีข้อเสนอแนะหรือข้อซักถามใด ๆ ขอมติที่ประชุมด้วยครับ

ที่ประชุม

ที่ประชุมมีมติเห็นชอบ (มติเป็นเอกฉันท์)

นายสิทธิชาติ บุญปลั่ง  
(ประธานอนุกรรมการฯ)

สำหรับการพิจารณาแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Plan) ในวันนี้ จำนวน ๓๒ ราย อนุมัติงบประมาณรวมทั้งสิ้น ๓๓๔,๑๔๔ บาท (สามแสนสี่หมื่นสี่พันหนึ่งร้อยสี่สิบสี่บาทถ้วน) ได้ลงมติเสร็จสิ้นแล้ว ขอขอบคุณคณะกรรมการทุกท่านที่เข้าร่วมการพิจารณาแผนฯ ในวันนี้ครับ

ระเบียบวาระที่ ๕ ...

ระเบียบวาระที่ ๕

เรื่องอื่นๆ

ไม่มี

นายสิทธิชาติ บุญปล้อง  
(ประธานอนุกรรมการฯ)

ขอขอบคุณคณะอนุกรรมการฯ และผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านในวันนี้ ที่ได้เห็น  
ความสำคัญและช่วยกันขับเคลื่อนให้การดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลลำปำเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะ  
พึ่งพิงเป็นไปอย่างราบรื่นและพัฒนาขึ้นทุกปี ขอให้ทุกท่านได้เชื่อมั่นว่าการบริหาร  
จัดการงบประมาณภายในกองทุนจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า  
อย่างแน่นอน ไม่ทราบว่าอนุกรรมการท่านใดต้องการเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นใด อีก  
บ้าง หากไม่มีกระผมขอขอบคุณคณะอนุกรรมการทุกท่านและขอเลิกประชุมครับ

เลิกประชุมเวลา ๑๑.๕๐ น.

ลงชื่อ

จ. วิชา

ผู้บันทึกรายงานการประชุม

(นายวิชา หมั่นผ่อง)

อนุกรรมการและเลขานุการฯ

ลงชื่อ

ค. วิชา

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

(นายสิทธิชาติ บุญปล้อง)

ประธานอนุกรรมการฯ



## ลงทะเบียน

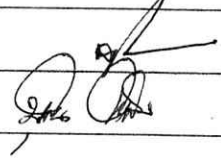
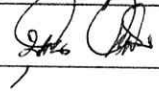
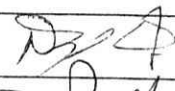
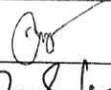
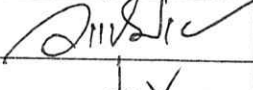
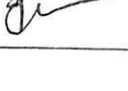
การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘

เมื่อวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๓๐ น. เป็นต้นไป

ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

| ที่ | ชื่อ - สกุล                                      | ลายมือชื่อ                                                                            | หมายเหตุ          |
|-----|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ๑.  | นายสิทธิชาติ บุญปลั่ง                            |     | นายก อบต. ลำปำ    |
| ๒.  | นายบุญยืน สิริสม                                 |     |                   |
| ๓.  | นายเจริญ ชุมคง                                   | -                                                                                     |                   |
| ๔.  | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง                       | สม                                                                                    | ทพ. นว. น. พัทลุง |
| ๕.  | สาธารณสุขอำเภอเมืองพัทลุง                        | -                                                                                     |                   |
| ๖.  | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำปำ       |    |                   |
| ๗.  | นางสาวประทีป หมวดจันทร์                          |   |                   |
| ๘.  | นางจิราพร มณีนิล                                 | -                                                                                     |                   |
| ๙.  | ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล                        | จ. ชาติ                                                                               |                   |
| ๑๐. | นางสาวจิราธิปไตย เส่งสุน                         |  |                   |
| ๑๑. | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากประ |   | ผู้เข้าร่วม       |
| ๑๒. | นายไชยา สุวรรณลิขิต                              |  | คณะทำงาน          |
| ๑๓. | นายกมล เกตุพันธ์                                 |  | คณะทำงาน          |
| ๑๔. | นางยุพิน อางทอง                                  |  | คณะทำงาน          |
| ๑๕. | นางจรรยา ชุมคง                                   |  | คณะทำงาน          |
| ๑๖. |                                                  |                                                                                       |                   |
| ๑๗. |                                                  |                                                                                       |                   |
| ๑๘. |                                                  |                                                                                       |                   |
| ๑๙. |                                                  |                                                                                       |                   |
| ๒๐. |                                                  |                                                                                       |                   |

กองทุนหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ  
เลขที่ 3  
วันที่ ๒๕/๑/๖๘  
เวลา



ที่ พท.๕๑๐๐๖.๐๐๔/๘๓

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำปำ  
ตำบลลำปำ อำเภอเมือง  
จังหวัดพัทลุง ๙๓๐๐๐

๕ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเสนอแผนการดูแลผู้ป่วย (care plan)

เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนการดูแลผู้ป่วย (care plan) จำนวน ๑๑ ราย

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพได้จัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (LTC) ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ จำนวน ๑๑ ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำปำ ขอส่งแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เพื่อพิจารณาตามเอกสารที่แนบมา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เรียน ประธานกองทุนฯ.

รพ. ส่งเสริมสุขภาพตำบลลำปำ  
ขอส่งแผนการดูแลผู้สูงอายุ (care plan)

จำนวน ๑๑ ราย

- เพื่อโปรดพิจารณา

อนันต์  
พ. มี.ค. ๖๘

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรพล ทองบุญ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำปำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำปำ

๐-๗๔๘๒-๔๕๒๓

ที่ต้นทอระกำน้ำที่ใต้สะพานคลอง

ศรเพชรธรรมพร ส.ป.ก.ค.

(นายวิทยา หมีนพ้อง)

องค์การบริหารส่วนตำบล

ที่ ๑๐  
ที่ถนนในเขตเทศบาลเมือง

(นายสิทธิชาติ บุญปลั่ง)  
ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
องค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหมจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายวิน มีปัด<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100692482                                                                                                                                                     | ที่อยู่ 61 หมู่ที่ 7 ต.ลำบัว อ.เมือง จ.พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                                                                     | วันที่จัดทำ 04 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2482<br>(อายุ 86 ปี)                                                                                                                                                          | วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C4<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติ STROKE มีภาวะสมองเสื่อม สับสน รับยา ต่อเนื่อง ร.พ.<br>พัทลุง                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                       | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                        | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 4 ครั้งๆละ<br>50 บาท ค่า นม ถูดำ ผ้าอนามัยแบบสวม NO L | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- ปวดเข่า</li> </ul>                                                                                                                          | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> </ul> การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- สมอง (Brain)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                     | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                 | การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</li> </ul>                                           | ระยะสั้น<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> </ul> ระยะยาว<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> </ul> | การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> </ul> การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>                  |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ประทีป วรรณจันทร์                                                                                                                                                                      | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณะสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ ค.ญ.เกวลิณ เฒะศิริ<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1969800173862                                                                                                                                                  | ที่อยู่ 61 หมู่ที่ 6 ต.ลำปำ อ. เมือง จ. พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                  | วันที่จัดทำ 04 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                              |
| เกิดวันที่ 17 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2539<br>(อายุ 29 ปี)                                                                                                                                                         | วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยพิการ ด้านการเคลื่อนไหว พิจารณาสมอง สติปัญญา ช่วยเหลือตนเองไม่ได้                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                        | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                      | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                            |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 8 ครั้งๆละ<br>50 บาท ค่า ผ่าอ้อมผู้ใหญ่แบบเห็บแปะ NO M | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul> | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแนวล้อมทั่วไป<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>- ช่องปาก (oral)<br>- อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                        | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/หลักอาหาร</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> </ul>                                                                          | ระยะสั้น<br>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน<br><br>ระยะยาว<br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง<br>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ประทีป หมวคจันทร์                                                                                                                                                                         | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                    |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณะสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นางสมบูรณ์ เลี่ยมคำ<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100694248                                                                                                                       | ที่อยู่ 111 หมู่ที่ 7 ต.ลำปาว อ.เมือง จ. พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                                                             | วันที่จัดทำ 04 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| เกิดวันที่ 06 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2484<br>(อายุ 84 ปี)                                                                                                                               | วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติ HT หัวใจ รับประทาน ต่อเนื่อง ร.พ พัทลุง ปวดเข่าทั้ง 2 ข้าง                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                              | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                  | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 2 ครั้งๆ ละ<br>50 บาท ค่า นม | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ปวดเข่า เดินได้ใช้ Walker 4 ขา ช่วยเดิน</li> <li>- หลงลืม</li> </ul>                                                                                                                             | <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- รับการรักษาคือต่อเนื่อง</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br/>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                              | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                    | <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ท้ายอาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่เกินภาวะแทรกซ้อนจากโรค</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ประทีป หมดจดจันทร์                                                                                                                                              | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสถาบันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสำหรับผู้ที่ภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดสรรค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นางหนูสัด นวลพล<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100712599                                                                                                                                                  | ที่อยู่ 88 หมู่ที่ 9 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                   | วันที่จัดทำ C4 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                              |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2489<br>(อายุ 79 ปี)                                                                                                                                                          | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยกลืนเสียงดัง ออกเสียงไม่ได้ แพทย์รักษา เจาะคอ ให้ อาหารทางสายยาง<br>ช่วยเหลือตนเองได้ กลืนปัสสาวะไม่ได้ บางครั้ง |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                     | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                     | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ<br>50 บาท ค่า ผ่าอ้อมผู้ใหญ่แบบแปะ NO. L | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ON NG TUBE ให้อาหารทาง สาย</li> <li>- กลืนไม่ได้</li> <li>- เจาะคอ</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> </ul>       | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>- คอ (throat)<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม<br>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                     | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำคัญอาหาร</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                                                                                                | ระยะสั้น<br>- ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง<br>เลื่อนหายใจ ภายใน 1 เดือน<br><br>ระยะยาว<br>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้<br>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ประทีป หมวดจันทร์                                                                                                                                                                      | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายอัมม เนียมวงศ์<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100712882                                                                                                                                                   | ที่อยู่ 92 หมู่ที่ ๘ ตำบลลำปำ อ. เมือง จ. พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                | วันที่จัดทำ 06 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479<br>(อายุ 89 ปี)                                                                                                                                                             | วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน ช่วยเหลือตนเองได้น้อย กล้ามเนื้อน้อย เดินลำบาก                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                         | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                      | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ<br>50 บาท นม ชุบน้ำร้อนพร้อมผ้าปู 3.5 ชุด | - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา<br>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง                                                                                                                            | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>- โภชนาการ<br>- การเคลื่อนย้าย<br>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>- การบริการด้านอุปกรณ์<br>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม<br>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม<br>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม<br>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ<br>- การพลัดตกหกล้ม<br>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ<br>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ                                                                                         | เป้าหมายการดูแล<br><br>ระยะสั้น<br>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน<br><br>ระยะยาว<br>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม<br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง<br>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ผู้จัดทำ Care plan บ.ส.ประทีป หมวดจันทร์                                                                                                                                                                         | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการกึ่งอิสระในการจัดการดูแลและพยาบาลสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบประมาณสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิง (อัตราการจัดเตรียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นางสาว นพชัชวาล<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100205832                                                                                                                                                      | ที่อยู่ 16 หมู่ที่ 10 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                | วันที่จัดทำ 04 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                 |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2490<br>(อายุ 78 ปี)                                                                                                                                                              | วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C2<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติ มีภาวะสมองเสื่อม สับสน หูดควย ไม่รู้เรื่อง รับการรักษาต่อเนื่อง รพ พัทลุง                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                          | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                   | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 11,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 4 ครั้งๆละ<br>50 บาท ค่า ผ่าตัดผู้ใหญ่แบบทางทวาร NO L นม | - กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้<br>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่<br>หลับ                                                                                                           | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)<br>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)<br>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป<br>- โภชนาการ<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ<br><br>- การพลัดตกหกล้ม<br>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ<br>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ                                                                                      | เป้าหมายการดูแล<br><br>ระยะสั้น<br>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรืออุบัติเหตุ จากภาวะสมอง<br>เสื่อม ภายใน 3 เดือน<br><br>ระยะยาว<br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง<br>- ท้ายอายุขัยเหมาะสม |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ประทีป หมวดจันทร์                                                                                                                                                                          | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคาะค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายภู พุทธิพิทักษ์<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100205514                                                                                                                                                  | ที่อยู่ 123/1 หมู่ที่ 10 ต.ลำปำ อ. เมือง จ. พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | วันที่จัดทำ 04 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| เกิดวันที่ 07 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2481<br>(อายุ 87 ปี)                                                                                                                                                         | วินิจฉัย : ADL=3, TAI=1<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง ประวัติ HT DM stroke รับยา ต่อเนื่อง ร.พ พัทลุง ช่วยเหลือตนเอง<br>ไม่ได้ แขน ขา อ่อนแรง ทำกายภาพต่อเนื่อง                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                         | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 11,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 8 ครั้ง ไร่ละ<br>50 บาท ค่า ผ่าตัดผู้ใหญ่แบบแบบ NO L มม | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนอาหารบดสภาวะไม่ได้</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา</li> <li>- รับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ลูกนั่งเองไม่ได้ต้องมีคนช่วย</li> </ul>                                                                                                                                                                                          | <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br/>ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                        | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้<br/>ยา/การแพทย์</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> </ul>             | <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> <li>- ข้อ กล้ามเนื้อ แข็งแรงขึ้น</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ประทีป หมายจันทร์                                                                                                                                                                         | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหมาราย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นางจำ ปิ่นทะโก<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100693446                                                                                                                                                      | ที่อยู่ 252 หมู่ที่ 7 ต. ลำปำ อ. เมือง จ. พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                                                                               | วันที่จัดทำ 04 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480<br>(อายุ 88 ปี)                                                                                                                                                             | วินิจฉัย : ADL=4, TAI=3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย ประวัติ HT รับยา ต่อเนื่อง ร.พ สด. ลำปำ ทกล้ม ป่วย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้<br>กลืนปัสสาวะ อุจจาระ ไม่ได้ เป็นบางครั้ง                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                         | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                                     | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 4 ครั้งๆละ<br>50 บาท ค่า ผ่าตัดผู้ใหญ่แบบเทปแปะ NO L มม | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> </ul>                   | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> </ul> การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- สะโพก (hip)</li> </ul>                                                          |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                        | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                              | การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                                                                               | ระยะสั้น<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> </ul> ระยะยาว<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย</li> </ul> |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส. ประทีป นมอดจันทร์                                                                                                                                                                        | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นางกลิ่น นวลพล<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100715687                                                                                                                                                     | ที่อยู่ 138 หมู่ที่ 9 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                         | วันที่จัดทำ 04 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2491<br>(อายุ 77 ปี)                                                                                                                                                            | วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติ HT DM รับยา ต่อเนื่อง ร.พ.สต. ลำปำ ช่วยเหลือตนเองได้<br>น้อย กลั้นปัสสาวะ อุจจาระ ไม่ได้ เป็นบางครั้ง                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่รอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                       | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                            | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ<br>50 บาท ค่า ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แบบสวม NO L นม | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- เคลื่อนไหวลำบากเสี่ยงต่อหกล้ม</li> </ul>                                                     | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>- โภชนาการ<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม<br>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว<br>- การบริการด้านอุปกรณ์<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม<br>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                | เป้าหมายการดูแล<br><br>ระยะสั้น<br>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน<br><br>ระยะยาว<br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง<br>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้<br>- ทิ้งขยะเหมาะสม |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ประทีป หมวดจันทร์                                                                                                                                                                        | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายทอง รักบุรี<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3939900237052                                                                                                                         | ที่อยู่ 137/2 หมู่ที่ 10 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                                                                                                                              | วันที่จัดทำ 04 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| เกิดวันที่ 02 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2472<br>(อายุ 96 ปี)                                                                                                                                | วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดบ้าน พิจารณาการเคลื่อนไหว ข้อศอกเคลื่อนไหว ประวัติ HT ต่อมน้ำนม<br>หมากโต รับประทาน คอเนือง ร.พ.พัทลุง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่จะรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                            | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 9,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ<br>50 บาท ค่า นม | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม</li> <li>- เดินลำบากข้อศอกเคลื่อนไหว</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                 | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- สะโพก (hip)</li> </ul> การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br/>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                                             | เป้าหมายการดูแล<br><br>ระยะสั้น<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> </ul> ระยะยาว<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ทิ้งยาอาศัยเหมาะสม</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ประทีป หมวดจันทร์                                                                                                                                            | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระบบบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายสุทัศน์ เขียวอ่อน<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100206863                                                                                                                                           | ที่อยู่ 145 หมู่ที่ 6 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่คิดต่อ)                                                                                                                                                                                                                                | วันที่จัดทำ 04 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                               |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488<br>(อายุ 80 ปี)                                                                                                                                                        | <b>วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3</b><br><b>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :</b> ผู้ป่วยติดบ้าน ประวัติ HT stroke, มีภาวะเสี่ยง เบาหวาน รับประทาน ร.พ.พัทลุง ขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง เดินได้ใช้ walker                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ได้รับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                   | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                                   | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 9,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ<br>50 บาท ค่า อาหารเสริมนมหวานน้อย ถุงดำ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>                                                                                                                                                                 | <b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b><br>- การเคลื่อนย้าย<br><b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b><br>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด<br><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b><br>- การบริการด้านอุปกรณ์<br><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b><br>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| <b>ข้อควรระวังในการให้บริการ</b><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                                                              | <b>เป้าหมายการดูแล</b><br><br><b>ระยะสั้น</b><br>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน<br><br><b>ระยะยาว</b><br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง<br>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์<br>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า<br>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ประทีป นพวงจันทร์                                                                                                                                                                    | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



|                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ลำปำ<br>เลขที่.....<br>วันที่ ๑๕ มี.ค. ๖๘<br>เวลา..... |
|-----------------------------------------------------------------------------------|

ที่ พท ๐๑๓๓.๑/๐๔.๒/ ๕๙

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากประ  
 หมู่ที่ ๘ ตำบลลำปำ อำเภอเมืองพัทลุง  
 จังหวัดพัทลุง ๙๓๐๐๐

มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเสนอแผนการดูแลผู้ป่วย (care plan)

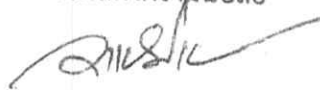
เรียน ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนการดูแลผู้ป่วย (care plan) จำนวน ๒๕ ราย

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพได้จัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (LTC) ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ จำนวน ๒๕ ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากประ ขอส่งแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เพื่อพิจารณาตามเอกสารที่แนบมา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(นายวิชรินทร์ ประเทพ)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน รักษาการในตำแหน่ง  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากประ

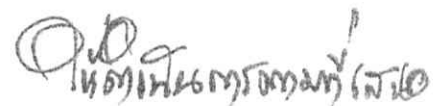
เห็นชอบ

น.ส.สุวิมล คุ้มขันเพ่ง  
 ขอเสนอแผนการดูแลผู้ป่วย (care plan)  
 จำนวน ๒๕ ราย

- เพื่อโปรดพิจารณา  
 วันที่ ๑๕ มี.ค. ๖๘

- เห็นชอบให้ดำเนินการต่อไป





(นายวิชา นิ่มน่อง)

ผู้อำนวยการส่วนตำบล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากประ  
 โทร. - เพื่อโปรดพิจารณา



(นายวิชา สุวรรณลิขิต)

ปรึกษาระหว่างนโยบายและแผนชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

หัวหน้าสำนักงานปลัด อบต. ทุบบริษัทส่วน ตำบล

(นายสิทธิชาติ บุญปล้อง)  
 ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
 องค์การบริหารส่วนตำบลลำปำ

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายสวาท โรจยะยะ<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100192811                                                                                                                                        | ที่อยู่ 129 ม.3 ต.ลำปำ อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                                                                                                             | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| เกิดวันที่ 28 เดือน กันยายน พ.ศ. 2501<br>(อายุ 67 ปี)                                                                                                                                               | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : อัมพฤกษ์ ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างเล็กน้อย ต้องมีคนดูแล                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                           | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน CG เดือนละ 2<br>ครั้งๆละ 1 ชม.ๆละ 50 บาท คำนวณ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> </ul>                                                                                                                 | <b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br/>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                           | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตลก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                                                                 | <b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                              | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลระยะยาว/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายอัม งามชื่น<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100700388                                                                                                                                          | ที่อยู่ 150 ม.11 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                                                 | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485<br>(อายุ 83 ปี)                                                                                                                                                 | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วย เรื้อรัง HT CVA เป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ได้รับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                            | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                               | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าCG เดือนละ2ครั้งๆละ1<br>ชม.ๆละ50 บาท,ผ้าอ้อมผู้ใหญ่, นม | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> </ul>                                                                                                            | <b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br/>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                            | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                                                             | <b>ระยะสั้น</b><br>-<br><br><b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวิชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                               | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นางหนูนิล กนทะรัตน์<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5930100033442                                                                                                                                | ที่อยู่ 72 ม.2 ต.ลำปำ อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                                                                                                                      | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494<br>(อายุ 74 ปี)                                                                                                                                            | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเป็นโรคกระดูกพรุน ต้องใช้ไม้เท้า และมีคนช่วยพยุง                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                        | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน CG เดือนละ 2<br>ครั้งๆละ 1 ชม.ๆละ 50 บาท นม | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> </ul>                                                                                                                                                                                                               | <b>การดูแลสุขภาพทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การอาบน้ำ</li> </ul> <b>การดูแลสุขภาพเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br/>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                       | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                                                              | <b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน</li> <li>- สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                          | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระบบบริการ เหมะจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายเลี่ยน ขอมทอง<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100185777                                                                                                                                                | ที่อยู่ 35 หมู่ที่ 2 ตำบลลำปำ อำเภอเมือง จังหวัด<br>พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                               | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2498<br>(อายุ 70 ปี)                                                                                                                                                         | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=83<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : แขนขาข้างซ้าย อ่อนแรง ขาปลายเท้า สามารถเดินได้ แต่ต้องมีคนประคอง ไข้<br>สามขา                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| สถานภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ได้รับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                        | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                               | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,402 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า Care Giver เดือนละ 2<br>ชั่วโมงๆละ 50 บาท ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ นม | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> </ul> | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> </ul> การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)</li> </ul> การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br/>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ<br><br>- การพลัดตกหกล้ม<br>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ                                                                                                                              | เป้าหมายการดูแล<br><br>ระยะสั้น<br>-<br><br>ระยะยาว<br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง<br>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เกินขึ้น<br>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                                       | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการการสนับสนุนการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ น.ส.อรรณ ชัยสิงห์<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3830100112281                                                                                                                                                     | ที่อยู่ 115 ม.2 ต.ลำปำ อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                                     | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| เกิดวันที่ 23 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2516<br>(อายุ 52 ปี)                                                                                                                                                              | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้ออ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ต้องมีคนช่วยพยุง                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                          | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                          | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,402 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน CG เดือนละ 2<br>ครั้งๆละ 1 ชม.ๆละ 50 บาท ค่านม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>                                                                                                                     | <b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br/>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                          | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อคิด/ข้อเห้าคง</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                                                                                 | <b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เดินได้โดยไม่ต้องอุปกรณ์</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                                             | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ น.ส.ละอียด มะธุระ<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100186544                                                                                                                                     | ที่อยู่ 34 ม.2 ต.ลำปำ อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2492<br>(อายุ 76 ปี)                                                                                                                                               | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยตาบอด ทั้ง 2ข้าง มองไม่เห็น ขาปลายเท้าชา มีโรค ความดันโลหิตสูง ไขมัน<br>ในเลือดสูง                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                          | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,402 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 2 ชม.ๆละ<br>50 บาท ค่า นม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความสามารถในการมองเห็น</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- เดินไม่ได้</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> </ul>                                                                                                                                                                                               | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> </ul> การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> </ul> การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br/>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                          | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ</li> </ul>                                                                              | ระยะสั้น<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ<br/>ตัวเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> ระยะยาว<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                             | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหมจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายสมศักดิ์ ตัวแสน<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3939900269804                                                                                                                        | ที่อยู่ 96 ม.2 ต. ลำปำ อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                                                                         | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                           |
| เกิดวันที่ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2512<br>(อายุ 56 ปี)                                                                                                                                   | วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ติดนิ้วเท้า เดินได้ไม่ดี การทรงตัวลำบาก เส้นเลือดคืบ มีโรคประจำตัว เป็นเบาหวาน                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                 |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน                                                                                                                                   | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                              | การดูแล                                                                                                                                                                                                                         |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,422 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ 1 ช.ม.ๆละ 50 บาท ค่าชม | <ul style="list-style-type: none"><li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li><li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li></ul>                                                                                                                                                                          | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>- โภชนาการ<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม<br>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                              | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- การพลัดตกหกล้ม</li><li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li><li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li></ul>                        | <b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li></ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li><li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li></ul> |                                                                                                                                                                                                                                 |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                 | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                 |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นางเป็อน แก้วคำ<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100707366                                                                                                                                                        | ที่อยู่ 88/1 ม.8 ต.ลำปำ อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0836378722                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2478<br>(อายุ 90 ปี)                                                                                                                                                                | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุใจไม่เท่าในการเดิน ทรงตัวไม่ได้ อยู่ลำพังคนเดียว                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                           | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,422 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน CG เดือนละ 2<br>ครั้งๆละ 1 ชม. 7ละ 50 บาท ค่านม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- กลืนบิสสาวะไม่ได้</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(บิสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                           | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                                                                           | <b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 2 สัปดาห์</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 2 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ที่อยู่อาศัยเหมาะสม</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> </ul> | <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul>                                                                                                                                                            |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวิจิตร ประเทพ                                                                                                                                                                                 | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหน่วยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายเนียน วงศ์ตันหัน<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100623618                                                                                                                                              | ที่อยู่ หมู่ที่ 08 ต.ลำปำ อ.เมืองพัทลุง จ.พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                      | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| เกิดวันที่ 05 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2499<br>(อายุ 69 ปี)                                                                                                                                                       | วินิจฉัย : ADL=9, TAI=83<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยผ่าตัดอาการกระดูกทับเส้น ปี2552/2554 เดินไม่ได้ ใช้รถเข็นนั่ง                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                     | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                            | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,422 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ 1<br>ชั่วโมง 50 บาท ค่านม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ | - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ                                                                                                                                                                              | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>- การเคลื่อนย้าย<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>- การบริการด้านอุปกรณ์<br>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม<br>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม<br>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                     | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| - การพลัดตกหกล้ม<br>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ                                                                                                                                                                | ระยะสั้น<br>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี<br>ขึ้น ภายใน 1 เดือน<br>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์<br>ภายใน 3 เดือน<br><br>ระยะยาว<br>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า<br>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                                        | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ น.ส.ร่าจวน พญพอง<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100703531                                                                                                                                      | ที่อยู่ 201 ม.8 ต.ลำปำ อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                    | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| เกิดวันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2506<br>(อายุ 62 ปี)                                                                                                                                              | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พักการแตก่าเน็ด ต้องคลานตลอดเวลาในการใช้ชีวิตประจำวัน                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                          | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                         | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน CG เดือนละ 2<br>ครั้งละ 1 ชม.ๆละ 50 บาท ค่านม | <ul style="list-style-type: none"> <li>- รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> </ul>                                                                             | <b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br/>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                          | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเหวี่ยง</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                                                                | <b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- null ภายใน 6 null</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                             | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสหวิชาชีพในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ น.ส.สุณิศา นุ้ยจินดา<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3102002822810                                                                                                                                                                              | ที่อยู่ 102 ม.3 ต.ลำปำ อ.เมือง จ. พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| เกิดวันที่ 05 เดือน เมษายน พ.ศ. 2501<br>(อายุ 67 ปี)                                                                                                                                                                                           | วินิจฉัย : ADL=0, TA=I2<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง มากกว่า 10 ปี ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ใส่สายให้อาหาร กลั้ว<br>ปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ไม่มีแผลกดทับ ไม่รู้สึกตัว                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                                                      | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า cg เดือนละ 8 ครั้ง ๆ ละ<br>1 ชั่วโมง ๆ ละ 50 บาท ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ อาหาร<br>ทางการแพทย์ แผ่นรองซับ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- ให้อาหารทางสายยาง</li> <li>- ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง</li> </ul>                                                                                                                                                                                                       | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การอาบน้ำ</li> </ul> การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)</li> </ul> การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพ</li> </ul> ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                                             | เป้าหมายการดูแล<br>ระยะสั้น<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</li> </ul> ระยะยาว<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                                                                         | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการการสนับสนุนการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซตค่าบริการ เหมจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายพิน ชุมพราหม<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100119758                                                                                                                                             | ที่อยู่ 124 ม.8 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                                          | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2488<br>(อายุ 80 ปี)                                                                                                                                                     | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : อัมพฤกษ์ แขนขาอ่อนแรง ไขว้กร่นช่วยเหลือในการเดิน                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                 | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                       | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ 1<br>ชม.ๆ ละ 50 บาท ค่านม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> </ul>                                                | <b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> <li>- ช่องปาก (oral)</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สลักอาหาร</li> <li>- การหัดดกหกกลืน</li> <li>- ข้อคิด/ข้อห้าม</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                                        | <b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- null ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                                   | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดระเบียบค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายสอง กัมเกื้อ<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100187001                                                                                                                                                      | ที่อยู่ 40 หมู่ที่ 2 อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| เกิดวันที่ 16 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2486<br>(อายุ 82 ปี)                                                                                                                                                             | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผป ตาบอดทั้ง 2 ข้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ไม่มีโรคประจำตัว กลั้นปัสสาวะ ไม่ได้<br>เป็น บางครั้ง                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                         | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                   | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ 1<br>ชม.ๆ ละ 50 บาท ค่านม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรอง | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มองภาพไม่ชัด</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul>                        | การดูแลสุขภาพทั่วไป<br>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป<br>การดูแลสุขภาพเฉพาะ<br>- ตา (eyes)<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม<br>- การบริการด้านอุปกรณ์<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม<br>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                         | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การหลงทาง</li> <li>- บิองกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                                                                                       | ระยะสั้น<br>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน<br>ระยะยาว<br>- สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง<br>- ทิอยู่อาศัยเหมาะสม<br>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                                            | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดสรรค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายนันท ชูบัวขาว<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100196051                                                                                                                                                           | ที่อยู่ 199 ม. 2 ต. ลำปำ<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                         | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2482<br>(อายุ 76 ปี)                                                                                                                                                                    | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ใส่สายสวนปัสสาวะตลอด                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                               | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                       | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน cg เดือนละ 4<br>ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ๆ ละ 50 บาท ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ นม | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> </ul> | <b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> <li>- อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                               | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> </ul>                         | <b>ระยะสั้น</b><br>-<br><br><b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ช่วยตัวเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> </ul>        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                                                  | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายประสิทธิ์ วุ่นทอง<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100187281                                                                                                                                                                      | ที่อยู่ 223 ม. 2 ต. ลำปำ<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | วันที่จัดทำ 01 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| เกิดวันที่ 27 เดือน กันยายน พ.ศ. 2517<br>(อายุ 51 ปี)                                                                                                                                                                                  | วินิจฉัย : ADL=2, TAI=12<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเส้นเลือดสมองตีบ นอนติดเตียง ยกแขนขาข้างขวาไม่ได้ กลืนปัสสาวะ<br>อุจจาระไม่ได้                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                                              | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน cg เดือนละ 4<br>ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ๆ ละ 50 บาท ค่าอ้อมผู้ใหญ่ นม                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลืนลำบาก</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> </ul> <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> <li>- อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br/>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                                              | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้<br/>ยา/การแพทย์</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul> | <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน</li> <li>- ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1<br/>สัปดาห์</li> <li>- ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ<br/>น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                                                                 | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มีการพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหมจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายสายันท์ สมมาตร<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100708371                                                                                                                                                    | ที่อยู่ 96/2 ม. 8 ต.ลำปำ อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                               | วันที่จัดทำ 18 เดือน เมษายน พ.ศ. 2558                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| เกิดวันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2517<br>[อายุ 51 ปี]                                                                                                                                                             | วินิจฉัย : ADL=9, TAI=83<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ประสบอุบัติเหตุ เดินไม่ได้ ต้องใช้รถเข็นนั่ง ขาทั้งสองข้าง กลั้นปัสสาวะไม่ได้                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                           | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                      | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 2 ครั้ง ๆ ละ<br>1 ช.ม.ๆ ละ 50 บาท ค่าาม ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา</li> <li>- ขาทั้งสองข้าง</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> </ul>  | <b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b><br><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br/>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                         | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- ข้อติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                                                                                | <b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- null ภายใน 6 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อยากเดินได้ โดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือ</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                                            | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลพยาบาล/การ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                   |                                                                          |                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายลบ ปล้องไหม<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100194458                                                       | ที่อยู่ 163 ม.3 ต.ลำป่า อ.เมือง จ.พิจิตร<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) - | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                     |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494<br>(อายุ 74 ปี)                                                              | วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -                   |                                                                                                           |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                          | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                 | การดูแล                                                                                                   |
| เป็น ผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ -<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท |                                                                          | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                         | เป้าหมายการดูแล                                                          |                                                                                                           |
|                                                                                                                   | ระยะสั้น<br>-<br>ระยะยาว                                                 |                                                                                                           |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                            | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)             |                                                                                                           |

31

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการรับบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงสำหรับบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)

|                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายเอี่ยม ณ มณี<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100189934                                                                                                                       | ที่อยู่ 75 ม.3 ต.ลำปำ อ. เมืองพัทลุง จ. พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                   | วันที่จัดทำ 02 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2474<br>(อายุ 94 ปี)                                                                                                                               | วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีปัญหาทางสมอง สับสน                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                          | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                       | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 4<br>ชม.ๆละ50 บาท ค่า นม | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต</li> </ul>                                                                        | <b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> <li>- สมอง (Brain)</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม</li> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                          | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> </ul>                                                    | <b>ระยะสั้น</b><br>-<br><br><b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ท้ายอายุเหมาะสม</li> <li>- มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวิชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                             | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการการสนับสนุนการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นางสาว ชัยเกล้า<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100188679                                                                                                                                                            | ที่อยู่ 54 ม.2 ต. ลำปำ<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | วันที่จัดทำ 01 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480<br>(อายุ 88 ปี)                                                                                                                                                                    | วินิจฉัย : ADL=1, TAI=13<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                               | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่าตอบแทน cg เดือนละ 4<br>ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ๆ ละ 50 บาท ผ่าอ้อมผู้ใหญ่ นม | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ช่องปากไม่สะอาด</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                               | <b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่องปาก (oral)</li> <li>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</li> <li>- อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs)</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม</li> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br/>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                               | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สาลักอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                   | <b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน</li> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 3 เดือน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                                                  | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

33  
แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดสรรค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายนิม สงไชย<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100184304                                                                                                                                                                   | ที่อยู่ 14/1 หมู่ที่ 2 ตำบลลำปำ อำเภอเมืองพัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                                                                                                    | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                               |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477<br>(อายุ 91 ปี)                                                                                                                                                                        | วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด แครีคและต่อมลูกหมากโต แขน<br>ขาอ่อนแรง                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                     |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                                   | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                          | การดูแล                                                                                                                                                             |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ฝ่ายอ้อมผู้ใหญ่ นม ไข่ แผ่น<br>รองขับ ค่าตอบแทน cg เดือนละ 2 ครั้ง ๆละ 50<br>บาท | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนบิสสวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่<br/>หลับ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> </ul> | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br>- โภชนาการ<br>การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                                   | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การกินอาหาร/สำลักอาหาร</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                                                                                    | ระยะสั้น<br>-<br>ระยะยาว<br>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง<br>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                                                      | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                     |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
 ระบบการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหนาย้าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นางเล็ก สลิ่งสุขคล้าย<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100191173                                                                                                                                                        | ที่อยู่ 86 หมู่ที่ 3 ตำบลลำปำ อำเภอเมืองพัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)                                                                                                                      | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481<br>(อายุ 87 ปี)                                                                                                                                                                      | วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C2<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคเรื้อรังความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่จะรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                                  | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                          | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ฝ่ายอ้อมผู้ใหญ่ นม แผ่นรอง<br>ขับ และผ้าอ้อมแทน cg เดือนละ 2 ครั้งๆละ 50<br>บาท | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> </ul> | การดูแลพยาบาลทั่วไป<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul> การดูแลพยาบาลเฉพาะ<br>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br/>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                                 | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> </ul>                                                                                                                                                        | ระยะสั้น<br>-<br>ระยะยาว<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> </ul>      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                                                    | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

35

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/รายปี)

|                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายเฟื่อง ทองศิริ<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100700892                                                                                                                                                           | ที่อยู่ 25 ม.8 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0836378722                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | วันที่จัดทำ 02 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                           |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477<br>(อายุ 91 ปี)                                                                                                                                                                     | วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุและผู้พิการ แขนขา อ่อนแรง กลืนปัสสาวะไม่ได้                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                                | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                         |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ 1<br>ชั่วโมง 50 บาท นมคั้นน้ำ ผ่าอ้อมผู้ใหญ่ ไซค์ M | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- กลืนปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ)</li> <li>- การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)</li> <li>- การอาบน้ำ</li> <li>- การเคลื่อนย้าย</li> <li>- โภชนาการ</li> </ul>                                        |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                                | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | การดูแลพยาบาลเฉพาะ                                                                                                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สลักอาหาร</li> <li>- การพลัดตกหกล้ม</li> <li>- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                     | <b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 เดือน</li> <li>- พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 20 วัน</li> <li>- ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 15 วัน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</li> <li>- ไม่มีภาวะซึมเศร้า</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> </ul> | <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริการด้านอุปกรณ์</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวิชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                                                   | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                 |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน  
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)

|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ นายเปี่ยม ฤทธิ์รัตน์<br>เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3930100194181                                                                                                                                                      | ที่อยู่ 158 ม.2 ต.ลำปำ อ.เมือง จ.พัทลุง<br>หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0866378722                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2482<br>(อายุ 86 ปี)                                                                                                                                                                   | วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C3<br>ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลั้นปัสสาวะ อุจจาระ ไม่ได้                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ<br>การสนับสนุน                                                                                                                                                               | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | การดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2<br><br>ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น<br>จำนวนเงิน 10,442 บาท<br>โดยมีรายละเอียดดังนี้ ค่า CG เดือนละ 2 ครั้งๆละ 1<br>ชั่วโมง 50 บาท นมดีป่า ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ไซส์ XL | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</li> <li>- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</li> <li>- สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้</li> <li>- ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้</li> <li>- ไม่สามารถอาบน้ำเองได้</li> <li>- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง</li> <li>- กลั้นปัสสาวะไม่ได้</li> <li>- กลั้นอุจจาระไม่ได้</li> </ul>                                          | <b>การดูแลพยาบาลทั่วไป</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</li> <li>- โภชนาการ</li> <li>- การอาบน้ำ</li> </ul> <b>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</b><br><b>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้บริการสวัสดิการทางสังคม</li> </ul> <b>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน<br/>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</li> </ul> |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ                                                                                                                                                                                              | เป้าหมายการดูแล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- การกินอาหาร/สาลักอาหาร</li> <li>- การพลิกตะกุกตะกุ่ม</li> <li>- ซ้อนติด/ข้อเท้าตก</li> <li>- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</li> </ul>                                              | <b>ระยะสั้น</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 15 วัน</li> <li>- ปรับปรุงสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 7 วัน</li> </ul> <b>ระยะยาว</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ</li> <li>- ไม่เกิดแผลกดทับ</li> <li>- ท้ายอาศัยเหมาะสม</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ผู้จัดทำ Care plan นายวัชรินทร์ ประเทพ                                                                                                                                                                                 | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |