

ฐานข้อมูลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิง

ประจำปีงบประมาณ

พ.ศ.๒๕๖๔

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/รายปี)

ชื่อ นางขุนทอง ชลันธร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3102200152802	ที่อยู่ อ. บางเลน จ. นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0897746391	วันที่จัดทำ 09 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 23 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2470 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดเตียง เดินไม่ได้ ข้อสะโพกขวาหลุด ข้อเข่าหลุด ไม่มีโรคประจำตัว ทานอาหารได้เองแต่ส่วนใหญ่ต้องป้อนเนื่องจาก แขนไม่ค่อยมีแรง ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้เอง ลูกนั่งต้องพยุง ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ ✓ รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ✓ การแพ้ยา - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ภัทร์ โชติฤทธิกุลธรณ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหนือจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสมพงษ์ ดอกไม้จันทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730500391431	ที่อยู่ 33 ม.5 ต.คลองนกรกระทุง อ.บางเลน จ.นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0926694413	วันที่จัดทำ 09 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเดินได้โดยใช้walker ทานอาหารได้เอง แต่ต้องเตรียมไว้ มีแผลผ่าตัดช่องท้องเพื่อระบายอุจจาระ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ โรคประจำตัว Colon malignant neoplasm รักษาโรค.นครปฐม	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ท้อง (stomach) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ 1. พลัดตกหกล้ม 2. ออกรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พินณภัทร์ โชติฤทธิกุลธรณ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายวิชัย หงษ์มัจฉา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730500390191	ที่อยู่ 14 ม.5 ต.คลองนกกระทุง อ.บางเลน จ.นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0814367595	วันที่จัดทำ 11 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2491 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=I2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ประวัติโรคไตวาย ตั้งแต่ปี2561 รักษาพ.ศ.นครปฐม มีอาการแขนขาอ่อนแรง เดิน ไม่ได้ ทานอาหารได้เอง ลูกนั่งต้องมีคนพยุง ใส่สายสวนปัสสาวะ กลั้นอุจจาระได้บางครั้ง ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ไม่มีผู้ดูแลหลัก ญาติจะวน มาดูแลช่วงเวลาว่างหรือต้องการความช่วยเหลือ	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
ระวังภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
Care plan น.ส.พิมณภัทร์ โชติรุติกุลธรรณ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/รายปี)

ชื่อ นางไผ่ ศรีแดงเกิด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730500390701	ที่อยู่ 25/2 ม.5 ต.คลองนกกระทุง อ.บางเลน จ.นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 09 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2482 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย: ADL=5, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคความดันโลหิตสูง สะโพกขวาหลุด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ สะโพกขวาหลุด เดินไม่ได้ ไม่กล้าเดิน ปวดสะโพก กลัวล้ม พยายามช่วยเหลือตัว เองคนเดียวได้ ลูกนั่งต้องพยุง ทานอาหารได้เอง กลืนปัสสาวะได้บางครั้ง กลืนอุจจาระได้ ใส่ผ้าอ้อม	- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแอ ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
วัตถุประสงค์ในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
การกินอาหาร/สำคัญอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ใน Care plan น.ส.พินณภัทร์ โชติรุติกุลธรรม	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางกิมลีย์ มลภิรมย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730500035642	ที่อยู่ 91 ม.7 อ. บางเลน จ. นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0898267994	วันที่จัดทำ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2475 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง เดินไม่ได้ หลงลืม ทานอาหารได้เอง ต้องเตรียมไว้ให้ การกลืนปกติ กลืนปัสสาวะ อุจจาระได้บางครั้ง ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,000 บาท	- อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
รับประทานอาหาร/สําลักอาหาร ารรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 2 สัปดาห์ - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ภัทรา โชติศิริกุลธรณ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจิต ศรีอนันต์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730500531640	ที่อยู่ ม.10 ต.คลองนกระทุ่ง หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0930316156	วันที่จัดทำ 09 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=0, TAI=1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดเตียง ประวัติหลอดเลือดสมอง ปี2561 พุดไม่ได้แขนขาอ่อนแรง ทานอาหารทางสายให้อาหาร แผลกดทับที่ก้นกบ หลงลืม กลืนปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลักผู้ เดียว ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังคนเดียวในเวลาทำงาน	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ การแพทย์ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - แผลหาย ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ภัทร์ โพธิ์ฤทธิกุลธรณ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าดูแลช่วยเหลือค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสิทธิพร แซ่อึ้ง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730500386038	ที่อยู่ 16/3 ม.2 ต.คลองนกกระทุง อ.บางเลน จ.นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 09 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 31 เดือน มกราคม พ.ศ. 2504 (อายุ 59 ปี)	วินิจฉัย: ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: ผู้ป่วยติดบ้าน เป็นอัมพาตครึ่งซีกจากอุบัติเหตุ ลูกนั่งข้างเตียงได้เอง แขนขาข้าง ซ้ายอ่อนแรง เดินโดยใช้walker ทานอาหารได้เองแต่ต้องเตรียมไว้ กลืนอาหารจะ ปัสสาวะได้เอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ไม่มีผู้ดูแลในช่วงเวลากลาง วัน มีญาติข้างบ้านดูแลเป็นบางครั้ง	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ เองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดผลกดทับ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ทำ Care plan น.ส.พิมพ์ภัทรา โชติธุติกุลธรณ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว ศรีบุญชู เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730500680874	ที่อยู่ 2/1 ม.2 ต.คลองนกรทะเล อ.บางเลน จ.นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 09 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2510 (อายุ 53 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ประวัติหลอดเลือดสมอง 1 ปี ผ่าตัดสมองที่รพ.ศ.นครปฐม มีอาการอัมพาตซีกซ้าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ อัมพาตซีกซ้าย ทานอาหาร ได้เอง โดยต้องเตรียมไว้ให้ ลุกนั่งเองได้ พูดคุยรู้ เรื่อง กลับไปสภาวะ อัจฉริยะเองได้ เดินเองไม่ได้	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
✓ รพ.ลดตกล้ม ร้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ซึบถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมณภัทร์ โชติฤทธิกุลธรณ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางผาด เพ็งลัม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730500398915	ที่อยู่ 72 ม.7 ต.คลองนกกระทุง อ.บางเลน จ.นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0897466565	วันที่จัดทำ 11 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2472 (อายุ 91 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เดินไม่ได้ ทานอาหารต้องป้อน ลูกนั่งต้องพยุง ขาองคืดทั้งสองข้าง กลั้นปัสสาวะได้ บางครั้ง กลั้นอุจจาระได้เอง ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ไร้ประจำตัว โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ไร้ประธานญาติ/ผลข้างเคียงจากการใช้ - การแพทย์ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 3 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดผลกดทับ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พินณภัทร์ โชติฤทธิกุลธรณ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว โปวีเชียร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730500530678	ที่อยู่ 93 ม.9 ต.คลองนกกระทุง อ.บางเลน จ.นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 15 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2468 (อายุ 95 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ประวัติล้ม กระดูกสะโพกซ้ายร้าว ตั้งแต่ 21 ม.ค.64 ไม่ได้ผ่าตัด แพทย์ให้ถ่วงถุง ทราย เดินไม่ได้ ขยับตัวบนเตียง ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ทานอาหารได้เอง กลืนอาหารได้เอง ปัสสาวะได้เอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ โรคประจำตัว ความดัน โลหิตสูง	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สะโพก (hip) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
รพลดตกหักล้ม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พินณภัทร์ โชติฤทธิกุลธรรม์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางยุพิน ศรีพัฒน์อินทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730500384400	ที่อยู่ 38 ม.2 ต.คลองนกระทุ อ.บางเลน จ.นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 11 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 17 เดือน เมษายน พ.ศ. 2477 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=4, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เดินไม่ได้ นั่งรถเข็น ทานอาหารต้องป้อน การกลืนปกติ มีอาการหลงลืม กลั้น อุจจาระ ปัสสาวะเองไม่ได้ ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ประวัติล้มสะโพกหัก ผ่าตัด แล้วจากพร.ศิริราช	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การให้บริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
จรรยาวัถในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้ระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.พิมพ์ภัทร์ โชติฤทธิกุลธรณ์	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	