



ข้อตกลงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
ระหว่าง

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม กับ รพ.สต.หนองขาม หมู่ ๗ ตำบลหนองขาม

ข้อตกลงเลขที่ ๐๑ /๒๕๖๕

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม ตั้งอยู่ที่ ๕๙ หมู่ ๑๑ ตำบลหนองขาม อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๕ ระหว่าง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม โดย นางสาวสมาสี ผิวพิมพ์ดี ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม รักษาการแทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ฝ่ายหนึ่ง กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม โดย นางวรรณมาศ บุญนาค ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “หน่วยจัดบริการ” อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ การดำเนินงาน

ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ข้อ ๒ การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้

ข้อ ๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง) จำนวนทั้งสิ้นไม่เกิน ๗๘,๐๐๐ บาท (เจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน) โดยแบ่งจ่ายเป็น ๒ งวด ดังนี้

งวดที่ ๑ จำนวนเงิน ๓๙,๐๐๐ บาท (สามหมื่นเก้าพันบาทถ้วน)

งวดที่ ๒ จำนวนเงิน ๓๙,๐๐๐ บาท (สามหมื่นเก้าพันบาทถ้วน)

ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

ข้อ ๔ หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงานตามข้อตกลงตั้งแต่วันที่ ๑๔ เดือน มกราคม พ.ศ.๒๕๖๕ สิ้นสุดในวันที่ ๑๓ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๖ โดยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามข้อตกลงให้หน่วยจัดบริการรายงานผลการดำเนินในโปรแกรม LTC

ข้อ ๕ กรณีหน่วยจัดบริการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหาย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีสิทธิยกเลิกข้อตกลงและระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

(นางสาวสุมาลี ผิวพิมพ์ดี)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม รักษาการแทน

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม

ลงชื่อ หน่วยจัดบริการ

(นางวรรณมาศ บุญนาค)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม

ลงชื่อ พยาน

(นางชวนชม เข้มเพชร)

คณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

ลงชื่อ พยาน

(นางสาวกัญทิมา มีพงษ์เภา)

คณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม

ที่ ๑ / ๒๕๖๕

วันที่ ๑๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินตามโครงการเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม

ตามที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม อำเภอหนองห้วยไข่ จังหวัดสุพรรณบุรี มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศกรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๖๓ (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี) จำนวน ๑๓ คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๗๘,๐๐๐ บาท (เจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน) ทั้งนี้ โครงการดังกล่าวคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ได้อนุมัติแล้วในการประชุม ครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

ในการนี้ เพื่อให้การจัดทำโครงการดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ จึงขออนุมัติเบิกเงินตามโครงการเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม จำนวนเงิน ๗๘,๐๐๐ บาท (เจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน) และตามบันทึกข้อตกลงที่ ๑/๒๕๖๕ จึงขอเบิกเงินงวดที่ ๑ จำนวนเงิน ๓๙,๐๐๐ บาท (สามหมื่นเก้าพันบาทถ้วน) รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....

(นางสาวกัญทิมา มีพงษ์เภา)

นักจัดการงานทั่วไป ปฏิบัติการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวสุมาลี ผิวพิมพ์ดี)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม รักษาราชการแทน

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

-เสนอนายก

(ลงชื่อ).....

(นางสาวสุมาลี ผิวพิมพ์ดี)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม

พิจารณาแล้ว

☒) อนุมัติ

() ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวสุมาลี ผิวพิมพ์ดี)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม รักษาการแทน

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม



กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

เลขที่ ๔๐

วันที่ 13 / 8 / 64

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม

อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี

ที่ สพ ๑๐๓๒.๑/๕.๑/๒๘๖

๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอสับสนุนเงิน การจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ส่วนที่ ๑. โครงการฯ

จำนวน ๑ ฉบับ

ส่วนที่ ๒. สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ

จำนวน ๑๓ ฉบับ

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม ได้ทำการสำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม จากการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดี้แอล จำนวน ๑๓ ราย เพื่อขอรับการสนับสนุนเงินในการจัดการดูแลบุคคลดังกล่าว จากคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

ทั้งนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม ขอส่งเอกสารเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณเป็นจำนวนทั้งสิ้น ๑๓ ราย เป็นเงินจำนวน ๗๘,๐๐๐ บาท (เจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน) ดังกล่าวดังมีรายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมหนังสือ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

- เงินพัฒนากองทุน
- พด.พ. คต. แยกตามประเภทในกองทุนเงิน
LTC จำนวน 13 ราย เงิน 78,000 บาท

ขอแสดงความนับถือ

(นางวรรณมาศ บุญนาค)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม

นางสาวสุมาลี ผิวพิมพ์ดี
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม

(นางสาวสุมาลี ผิวพิมพ์ดี)
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม รักษาการแทน
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม

โทร.๐๘๑-๙๔๑๒๔๑

นางสาวสุมาลี ผิวพิมพ์ดี

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม

นางสาวสุมาลี ผิวพิมพ์ดี

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม รักษาการแทน
กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

โครงการเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

(ฉบับ ๒) พ.ศ.๒๕๖๒

ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี

๑. หลักการและเหตุผล

โดยที่ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ข้อ ๖ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่นองค์กรหรือกลุ่มประชาชน เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ในประกาศนี้และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ ข้อ ๗ (๓) รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนหลักประกันสุขภาพนอกจากเงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตาม (๑) แล้ว ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม ความเหมาะสม ซึ่งได้แสดงความจำนงเข้าร่วมและสำนักงานเห็นชอบได้รับเงินเพิ่มจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ต้องสมทบเงิน หรือค่าบริการอื่นตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และข้อ ๑๑ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามข้อ ๗ วรรคสอง ให้สนับสนุนแก่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหน่วยบริการหรือสถานบริการ เพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในลักษณะเหมาจ่ายต่อปี และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๒ เพิ่มเติมการให้บริการแก่บุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นประชาชนไทยทุกสิทธิ ตามชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้ โดยจะต้องขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อน จึงจำเป็นต้องเสนอโครงการเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงดังกล่าว เพื่อให้คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอนุมัติต่อไป

๒. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง โดยหน่วยบริการ สถานบริการ โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care giver)

๓.กลุ่มเป้าหมาย

เขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ๔ กลุ่ม จำนวน ๑๓ คน)

กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน	จำนวน ๗ คน
กลุ่มที่ ๒ เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน การขับถ่ายแต่มีภาวะสับสน	จำนวน ๒ คน
กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวไม่ได้อาจมีปัญหาการกิน การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง	จำนวน ๐ คน
กลุ่มที่ ๔ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต	จำนวน ๔ คน

๔.วิธีดำเนินการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม

- ๑.จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายแยกตามประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
- ๒.ร่วมกับ Care giver ในการสำรวจภาวะสุขภาพและความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อการวางแผนการดูแลเฉพาะรายบุคคล
- ๓.ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่วางแผนการดูแลเฉพาะราย
- ๔.สรุปแผนการดูแลเฉพาะรายบุคคล
- ๕.รวบรวมสรุปความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
- ๖.จัดท้าวัด/อุปกรณ์ตามความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ระบุตามแผนการดูแล (Care plan) ให้กับ Care giver ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตาม care plan
- ๗.เป็นพี่เลี้ยงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ให้กับ Care giver
- ๘.สรุปวิเคราะห์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และปรับแผนการดูแลตามความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
- ๙.สรุปผลการดำเนินงานเสนอแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

- ๑.ศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อจัดทำแผนการดูแล
- ๒.สำรวจภาวะสุขภาพและความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อการวางแผนการดูแลเฉพาะรายบุคคล
- ๓.ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่วางแผนการดูแลเฉพาะราย
- ๔.สรุปแผนการดูแลรายบุคคล
- ๕.รวบรวมสรุปความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
- ๖.จัดท้าวัด/อุปกรณ์ตามความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ระบุตามแผนการดูแล (care plan)
- ๗.ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตาม care plan
- ๘.สรุปผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
- ๙.รายงานผลการดูแลแก่ รพ.สต.

๕.ระยะเวลาดำเนินการ

๑ มกราคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

๖.งบประมาณ

๖.๑ งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นจำนวนเงิน ๗๘,๐๐๐ บาท (เจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณ ดังนี้

ค่าจ้างเหมาบริการ(หรือค่าตอบแทน) CG จำนวน ๒ คน ไปบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๓๖,๐๐๐ บาท ทั้งนี้เฉลี่ยไม่เกินค่าแรงขั้นต่ำที่รัฐบาล กำหนด โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ดูแลผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น กลุ่ม ๑-๔ เหม่าจ่ายดูแลตาม CP: CG ๒ ราย/เดือน × ๑๒ เดือน × ๑,๕๐๐ บาท ผู้สูงอายุ ๑๓ คน เป็นเงิน ๓๖,๐๐๐ บาท

๒. ค่าจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น เป็นเงิน ๔๒,๐๐๐ บาท เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น เป็นเงิน ๗๘,๐๐๐ บาท (เจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน)

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยจ่ายได้

๗.หน่วยงานที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม

๘.การประเมินผลโครงการ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ ๑๐๐

๙.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ได้รับการบริการดูแลระยะยาว ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๑๐.ผู้จัดทำโครงการ โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ลงชื่อ.....

(นางสาวณัฐวรรณ นุสิกาวัน)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

๑๑.ผู้เห็นชอบโครงการ โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ลงชื่อ.....

(นางวรรณมาศ บุญนาค)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม

๑๒.ผู้อนุมัติโครงการ โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ลงชื่อ

(นางสาวสมาลี ผิวพิมพ์ดี)

ประธานคณะกรรมการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
 สรุปรูปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกัน
 สุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ
 ท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม

**ส่วนที่ ๑ โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มี
 ภาวะพึ่งพิง ปีงบประมาณ ๒๕๖๕**

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคล
 อื่นที่มีภาวะพึ่งพิง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี

ด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี มีความประสงค์
 จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่
 องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
 สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการ
 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหาร
 จัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๖๓
 (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/ราย/ปี) จำนวน ๑๓ คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๗๘,๐๐๐ บาท
 (เจ็ดหมื่นแปดพันบาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑. เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่ ๒. กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓. กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่าย หรือ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔. กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต			
จำนวน (คน)	งบประมาณ (บาท)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บาท)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บาท)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บาท)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บาท)
๗	๔๒,๐๐๐	๒	๑๒,๐๐๐	-	-	๔	๒๔,๐๐๐	๑๓	๗๘,๐๐๐

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปรูปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปีเพื่อ
 เสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มี
 ภาวะพึ่งพิง พิจารณาสันนิษฐานค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

ลงชื่อ  ผู้จัดทำโครงการ
 (นางวรรณมาศ บุญนาค)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม
 วันที่ ๑๓ เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔

การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ชื่อหน่วยงานบริการหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ รพ.สต.หนองขาม
องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี

จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น ๔ กลุ่ม ตามความต้องการของการบริการด้านสาธารณสุข			
ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	เลขบัตรประชาชน
กลุ่มที่๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และ อาจมีปัญหาดการกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทาง สมอง	๑	นายเทิ้ม กล้าหาญ	๓-๗๒๐๓-๐๐๒๒๔-๗๗-๘
	๒	นายสวัสดิ์ เกตุทอง	๓-๗๒๑๐-๐๐๐๙๕-๔๘๕
	๓	นายจำปี กลิ้งอยู่	๓-๗๒๐๖-๐๐๑๐๑-๖๗๑
	๔	นายประเทือง ขาวสะอาด	๓-๗๒๑๐-๐๐๐๗๙-๙๒๗
	๕	นายทวี บุญมี	๓-๗๒๑๐-๐๐๑๑๘-๖๙๘
	๖	นายสุรินทร์ อัมพร	๓-๗๒๑๐-๐๐๒๓๓-๑๑๐
	๗	นายฉัตร หอมไม่หาย	๓-๗๒๑๐-๐๐๑๒๐-๗๖๕
กลุ่มที่๒ เหมือนกลุ่มที่๑ แต่มี ภาวะสับสนทางสมอง	๑	นางสาวหัสตง อีเพชร (รายใหม่)	๓-๗๒๑๐-๐๐๒๑๕-๔๗-๒
	๒	นายจันทา พิมพ์พันธ์ (รายใหม่)	๓-๗๒๑๐-๐๐๑๐๐-๗๓-๐
กลุ่มที่๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และ อาจมีปัญหาดการกิน หรือการ ขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	-	-	-
กลุ่มที่๔ เหมือนกลุ่มที่๓ และมี อาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต	๑	นางชิต วงษ์สุวรรณ	๓-๗๒๑๐-๐๐๐๘๓-๙๕๔
	๒	นางลำไย อ่าเถื่อน	๓-๗๔๐๒-๐๐๔๑๑-๗๓-๘
	๓	นางสาวสมจิตต์ สุขศิริ(รายใหม่)	๓-๗๒๐๓-๐๐๑๕๐-๗๖-๖
	๔	นายส่วน อิ่มสะอาด (รายใหม่)	๓-๗๒๐๖-๐๐๒๑๐-๓๕-๗

การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 ชื่อหน่วยงานบริการหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ รพ.สต.หนองขาม
 องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี

ลำดับ ที่	เลขบัตรประชาชน	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ADL	กลุ่ม	บ้านเลขที่	หมู่
๑	๓-๗๒๐๓-๐๐๒๒๔-๗๗-๘	นายเทิ้ม กล้าหาญ	๗๖	๙	๑	๘๒	๗
๒	๓-๗๒๑๐-๐๐๐๙๕-๔๘๕	นายสวัสดิ์ เกตุทอง	๘๒	๑๑	๑	๑๔๙	๕
๓	๓-๗๒๐๖-๐๐๑๐๑-๖๗๑	นายจำปี กลิ้งอยู่	๗๐	๙	๑	๒๕๔	๕
๔	๓-๗๒๑๐-๐๐๐๗๙-๙๒๗	นายประเทือง ขาวสะอาด	๖๓	๗	๑	๑๑	๑๑
๕	๓-๗๒๑๐-๐๐๑๑๘-๖๙๘	นายทวี บุญมี	๖๖๘	๙	๑	๑๕๐	๑
๖	๓-๗๒๑๐-๐๐๒๓๓-๑๑๐	นายสุรินทร์ อัมพร	๔๘	๘	๑	๒๑๒	๒
๗	๓-๗๒๑๐-๐๐๑๒๐-๗๖๕	นายฉัตร หอมไม้หาย	๗๓	๗	๑	๑๘๗	๑
๘	๓-๗๒๑๐-๐๐๑๐๐-๗๓-๐	นายจันทา พิมพ์พันธ์			๒	๑๘๑	๕
๙	๓-๗๒๑๐-๐๐๒๑๕-๔๗-๒	นางสาวหัตถ์ อีเพชร			๒	๘๓	๔
๑๐	๓-๗๔๐๒-๐๐๔๑๑-๗๓-๘	นางลำไย อำเถื่อน	๘๒	๒	๔	๙๑/๔	๑
๑๑	๓-๗๒๑๐-๐๐๐๘๓-๙๕๙	นางชิต วงษ์สุวรรณ	๘๖	๕	๔	๙๒	๗
๑๒	๓-๗๒๐๓-๐๐๑๕๐-๗๖-๖	นางสาวสมจิตต์ สุขศิริ			๔	๖๘/๖	๗
๑๓.	๓-๗๒๐๖-๐๐๒๑๐-๓๕-๗	นายส่วน อิมสะอาด			๔	๗๗	๑๑

ปฏิทินการเยี่ยมรวมของ CG

ลำดับ	รายชื่อ แคกฟเวอร์ (CG)	รายชื่อผู้สูงอายุที่ดูแล	บ้านเลขที่	หมู่	กลุ่ม
1	นางสุลี จันทร์สุวรรณ	นายสวัสดิ์ เกตุทอง	149	5	1
		นายทวี บุญมี	150	1	1
		นายเทิ้ม กล้าหาญ	82	7	1
		นายจำปี กลิ่งอยู่	254	5	1
		นายประเทือง ขาวสอาด	11	11	1
		นางชิด วงษ์สุวรรณ	92	7	4
		นายสุรินทร์ อัมพร	212	2	1
2	นางประทวน พลายมี	น.ส.หัสดง อีเพชร	83	4	2
		นายฉัตร หอมไม้หาย	187	1	1
		นางลำไย อ่าเถื่อน	91/4	1	4
		นายจันทา พิมพจันทร์	181	5	2
		น.ส.สมจิตต์ สุขศิริ	68/6	7	4
		นายส่วน อิ่มสอาด	77	11	4

กิจกรรม	ไตรมาส 1				ไตรมาส2			ไตรมาส3				ไตรมาส4			ผู้รับผิดชอบงาน
	ด.ค.	พ.ย.	ธ.ค.		ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.		
1.จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย แยกตามประเภทผู้สูงอายุและ บุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงและ หมู่บ้าน	↕													นางประทวน พลายมี นางสาลี จันทร์สุวรรณ	
2.ร่วมกับ care giver ในการ สำรวจภาวะสุขภาพและความ ต้องการขั้นพื้นฐานในการ ดำรงชีวิตประจำวันเพื่อการ วางแผนการดูแลเฉพาะ รายบุคคล	↕														
3.ร่วมกับสถานสาขาวิชาชีพและ ภาคีเครือข่ายในพื้นที่วางแผนการดูแลเฉพาะราย	↕														
4.สรุปแผนการดูแลเฉพาะราย	←												→		

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหายค่าบริการ เหมาราย/ราย/ปี)

ชื่อ นายเทิ้ม กล้าหาญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3720300224778	ที่อยู่ 82 ม.7 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 098-902955	วันที่จัดทำ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยเป็นอัมพาตข้างขวาและ ครึ่งท่อนล่าง ไม่สามารถพูดคุยได้ แต่สามารถรับรู้ ได้พยักหน้าได้ สามารถรับประทานอาหารเองได้เมื่อวางไว้ต่อหน้าโดยใช้มือข้างซ้ายบางครั้งอาหารหก หล่นญาติต้องป้อนอาหารให้ ใส่สายสวนปัสสาวะสีปัสสาวะเป็นสีม่วง มีตะกอนเล็กน้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
การระงับในการให้บริการ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวิน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายสวัสดิ์ เกตุทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3721000095485	ที่อยู่ 149 หมู่ 5 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย: ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: รู้สึกตัวดี สีหน้าแจ่มใส ถ้ามองดูเรื่อง เดินไม่ได้ นั่งเองได้ในรถเข็น ขา 2 ข้างอ่อนแรง รับประทานอาหารได้เองเมื่ออยู่ตรงหน้า ปวดถ่ายรู้ตัวแต่ต้องมีญาติช่วยทำความสะอาดให้ใส่สายสวนปัสสาวะ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 14 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 1 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 วัน - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 7 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวิน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายจำปี กลิ่งอยู่ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3720600101671	ที่อยู่ 254 หมู่ 5 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 21 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2493 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยส้นน้ำอึ้มแย้มแจ่มใส ไม่สามารถลุกนั่งเองได้ ขาไม่มีแรง 2 ข้าง เดินไม่ได้ เคลื่อนไหวร่างกายด้วยการใช้มือ 2 ข้างมัด สามารถตัดอาหารรับประทานเองได้ กลืนปัสสาวะ อูจจระได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ต้องการที่นอนลมยาง ผ้า อ้อมอนามัย	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - กลืนลำบาก - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อตัวเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 สัปดาห์ - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ เองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวาน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายประเทือง ขาวสอาด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3721000079927	ที่อยู่ 11 หมู่ 11 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 26 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2500 (อายุ 63 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี ถ้ามองดูเรื่องมีสับสนบางครั้ง นั่งได้เอง สามารถนั่งถัดในแนวราบได้ รับ ประทานอาหารที่อยู่ตรงหน้าได้เองไม่สับสน แขนขางขวาอ่อนแรงมีข้อยึดติด ขยับ่ายรู้ตัวทำความสะอาด ได้เองบางส่วนมีญาติคอยช่วยเหลือบ้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - รับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 2 วัน - ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 1 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขยับ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขยับ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวาน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายทวี บุญมี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3721000118698	ที่อยู่ 150 หมู่ 1 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2495 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย: ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี ทานตอบรู้อาการมีสับสนบางครั้ง นั่งได้เอง สามารถนั่งก้มในแนวราบได้ รับประทานอาหารที่อยูตรงหน้าได้เองไม่สำลัก แขนข้างขวาอ่อนแรงมีข้อยึดติด ขับถ่ายรู้อาการมีความสะอาดได้เองบางส่วนมีญาติคอยช่วยเหลือบ้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะสมรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะสมรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวาน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[illegible]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายสุรินทร์ อัมพร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3721000233110	ที่อยู่ 212 หมู่ 2 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0871624323	วันที่จัดทำ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 06 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2514 (อายุ 48 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี ถ้ามองดูเรื่องมีสับสนบางครั้ง นั่งได้เอง สามารถนั่งก้นในแนวราบได้ รับประทานอาหารที่อยู่ตรงหน้าได้เองไม่ลำบาก แขนข้างขวาอ่อนแรงมีข้อยึดติด ขยับ่ายรู้ตัวทำความสะอาได้เองบางส่วนมีญาติคอยช่วยเหลือบ้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ผ่าอ้อมอนามัย	- ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ข่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ภายใน 20 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขยับ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวาน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายฉัตร หอมไม้ห่าย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3721000120765	ที่อยู่ 187 ม.1 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ. สุพรรณบุรี 72240 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2490 (อายุ 73 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 7 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 7 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 7 วัน - ทารได้รับช่วยเหลือขั้นอุปการณทางกายภาพ ภายใน 7 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวาน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลง.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [นางสาวณัฐวรรณ มุสิกาวาน]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหมาะจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวไย อ้าเถื่อน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3740200411738	ที่อยู่ 91/4 ม.1 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ. สุพรรณบุรี 72240 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=II ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยนอนอยู่กับเตียงไม่สามารถขยับตัวเองได้ ขยับมือข้างซ้ายได้เล็กน้อย สิ้นสุด กระพริบตาได้ ไม่สามารถพูดโต้ตอบได้ พักหน้ารับรู้ เคยมีแผลกดทับที่ก้นกบแต่ตอนนี้หายแล้ว ใส่สาย อาหาร ไม่สามารถกลืนปัสสาวะและอุจจาระได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ต้องการที่นอนลมยาง ผ้า อ้อมอนามัย	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา = กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป = ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - การช่วยในระบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบขับถ่าย(อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ข้อควรระวังในการให้บริการ - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะข้อข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวาน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ ท. ฝ. ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(ทนายความโจทก์ ผู้ร้อง)

ลงชื่อ.....อปท.
{.....}

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

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

ชื่อ นางชิต วงษ์สุวรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3721000083959	ที่อยู่ 92 ม.7 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ. สุพรรณบุรี 72240 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 13 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยนอนกับเตียงแคร่หน้าบ้านไม่มีกำลังขาในการยืนหรือเดิน สามารถ เคลื่อนไหวแขนทั้งสองข้างได้แต่มือและแขนจะสั่นมาก พลิกตะแคงตัวเองได้ ฟันหมดปากเคี้ยวอาหาร ลำบากชอบอมข้าวญาติต้องบอกให้กลืน มีอาการหลงลืม หูตึงมาก พูดได้ตอบไม่รู้เรื่อง กลืนปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้บอกไม่ได้เวลาปวด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ เดียง รถเข็น ผ้าอ้อมอนามัย	= ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ความสามารถในการได้ยิน - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/หลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกวัน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 [.....]
 [.....]

ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....]

ลงชื่อ.....
 [.....]
 [.....]

[.....]
 [.....]

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

**แผนการดูแลส่วนบุคคลเพื่อเสนอส่งคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลและพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดจ่ายค่าบริการ เหนือจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นางสาวจิตต์ สุขศิริ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3720300150766	ที่อยู่ 68/6 ม.7 ต.หนองขาม อ. หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีอาการแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง หยิบจับอะไรไม่ได้ ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ แต่ถนัดไปด้านข้างได้โดยใช้ก้นกดไป พูดคุยโต้ตอบได้รู้เรื่อง กลับปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้เป็นบางครั้ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1		
ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้ ต้องการรถเข็น และผ้าอ้อม อนามัย	- ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - กลับปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- รินอาหาร/สาลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสถานะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ทิ้งขยะเหมาะสม - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ นุสสิกาวัน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

นางชื่อ.....
 (นางสาวกนกวรรณ นุสสิกาวัน)
 นางชื่อ.....
 (.....)
 นางชื่อ.....
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายส่วน อิ่มสะอาด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3720600210357	ที่อยู่ 77 ม.11 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0984053755	วันที่จัดทำ 24 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2479 อายุ 85 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI= ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
ขอความร่วมมือในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ ง่ายเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 6 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 7 วัน ระยะยาว	
จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวาน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

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

ชื่อ นางหัสตง อีเพชร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3721000215472	ที่อยู่ 83 ม.5 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485 อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ได้รับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	
จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวิน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

งชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

งชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดซื้อค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ชื่อ นายจันทา พิมพ์พันธ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3721000100730	ที่อยู่ 181 ม.5 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 24 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2471 อายุ 93 ปี]	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่องปากไม่สะอาด - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการได้ยิน - ความสามารถในการมองเห็น	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
	ระยะสั้น - ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	- ช่องปาก (oral) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกวัน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ingsชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ingsชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

$\left(\begin{array}{c} 1 \\ 2 \\ 3 \end{array} \right)$ 1

[illegible]



ข้อตกลงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
ระหว่าง

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม กับ รพ.สต.บ้านหนองเสือเต็น หมู่ ๑๐ ตำบลหนองขาม

ข้อตกลงเลขที่ ๐๒ /๒๕๖๕

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม ตั้งอยู่ที่ ๕๙ หมู่ ๑๑ ตำบลหนองขาม อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๕ ระหว่าง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม โดย นางสาวสมาลี ผิวพิมพ์ดี ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม รักษาการแทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ฝ่ายหนึ่ง กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือเต็น โดยนางรัตติกาล แซ่ตัน ผู้อำนวยการส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือเต็นซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “หน่วยจัดบริการ” อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ การดำเนินงาน

ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ข้อ ๒ การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้

ข้อ ๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง) จำนวนทั้งสิ้นไม่เกิน ๘๔,๐๐๐ บาท (แปดหมื่นสี่พันบาทถ้วน) โดยแบ่งจ่ายเป็น ๒ งวด ดังนี้

งวดที่ ๑ เป็นเงินจำนวน ๔๒,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นสองพันบาทถ้วน)

งวดที่ ๒ เป็นเงินจำนวน ๔๒,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นสองพันบาทถ้วน)

ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

ข้อ ๔ หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงานตามข้อตกลงตั้งแต่วันที่ ๑๔ เดือน มกราคม พ.ศ.๒๕๖๕ สิ้นสุดในวันที่ ๑๓ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๖ โดยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามข้อตกลงให้หน่วยจัดบริการรายงานผลการดำเนินในโปรแกรม LTC

ข้อ ๕ กรณีหน่วยจัดบริการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหาย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีสิทธิยกเลิกข้อตกลงและระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

(นางสาวสุมาลี ผิวพิมพ์ดี)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม รักษาการแทน

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม

ลงชื่อ หน่วยจัดบริการ

(นางรัตติกาล แซ่ตัน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือเต็น

ลงชื่อ พยาน

(นางชวนชม เข้มเพชร)

คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

ลงชื่อ พยาน

(นางสาวกัญทิมา มีพงษ์ภา)

คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง



กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

เลขที่ 31

วันที่ 16 / 8.0. / 64

ว.....น.

ที่ สพ ๑๐๓๒.๑/๕.๒/๓๑๕

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านหนองเสือเต็น ตำบลหนองขาม
อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี
๗๒๒๔๐

๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอสันับสนุนเงิน การจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
แบบบูรณาการ ปี ๒๕๖๕
เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ
บุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ส่วนที่ ๑. โครงการฯ จำนวน ๑ ฉบับ
ส่วนที่ ๒. แผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ จำนวน ๑๔ ฉบับ

ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือเต็น ขอสันับสนุนเงิน เพื่อ
การจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ประธาน
คณะกรรมการสนับสนุนการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะ
พึ่งพิง เพื่อโอนเข้าเงินบำรุงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือเต็น และดำเนินการจัดการบริการดูแล
ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ ตามระเบียบเงินบำรุงของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือเต็นนั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือเต็น ขอสันสนับสนุนเงิน เป็นจำนวนเงิน
ทั้งสิ้น ๘๔,๐๐๐ บาท (แปดหมื่นสี่พันบาทถ้วน) ดังกล่าว โดยได้ส่งหลักฐานประกอบการขอสันสนับสนุนเงิน มา
พร้อมหนังสือนี้ จำนวน ๑ ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

แผนผังแผนกสุขภาพ
- แผนก.กต.สนับสนุนงานที่
ดูแลคนพิการ LTC ๗๖๕๖
จำนวน ๑๔ ๗๖๕๖ ๘๔,๐๐๐ บาท

ขอแสดงความนับถือ

(นางรัตติกาล แซ่ตัน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือเต็น

(นางสาวสุมาลี ผิวพิมพ์ดี)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม รักษาการแทน
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

โทร ๐๖ ๑๖๔๔ ๕๓๕๖

นางสาวสุมาลี ผิวพิมพ์ดี

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม

นางสาวสุมาลี ผิวพิมพ์ดี

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม
นางสาวสุมาลี ผิวพิมพ์ดี

โครงการเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับ ๒) พ.ศ.๒๕๖๒

ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือเต็น อำเภอนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี

๑. หลักการและเหตุผล

โดยที่ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ข้อ ๖ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่นองค์กรหรือกลุ่มประชาชน เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ในประกาศนี้และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ ข้อ ๗ (๓) รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนหลักประกันสุขภาพนอกจากเงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตาม (๑) แล้ว ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม ความเหมาะสม ซึ่งได้แสดงความจำนงเข้าร่วมและสำนักงานเห็นชอบได้รับเงินเพิ่มจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ต้องสมทบเงิน หรือค่าบริการอื่นตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และข้อ ๑๑ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามข้อ ๗ วรรคสอง ให้สนับสนุนแก่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหน่วยบริการหรือสถานบริการ เพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในลักษณะเหมาจ่ายต่อปี และประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๒ เพิ่มเติมการให้บริการแก่บุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นประชาชนไทยทุกสิทธิ ตามขุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้ โดยจะต้องขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อน จึงจำเป็นต้องเสนอโครงการเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงดังกล่าว เพื่อให้คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอนุมัติต่อไป

๒. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง โดยหน่วยบริการ สถานบริการ โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care giver)

๓. กลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือเต็น (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ๔ กลุ่ม จำนวน ๑๔ คน)

กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน	จำนวน	๗	คน
กลุ่มที่ ๒ เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน การขับถ่ายแต่มีภาวะสับสน	จำนวน	๔	คน
กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวไม่ได้อาจมีปัญหาการกิน การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง	จำนวน	๒	คน
กลุ่มที่ ๔ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต	จำนวน	๑	คน

๔. วิธีดำเนินการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือเต็น

๑. จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายแยกตามประเภทผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงรายหมู่บ้าน
๒. ร่วมกับ Care giver ในการสำรวจภาวะสุขภาพและความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อการวางแผนการดูแลเฉพาะรายบุคคล
๓. ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่วางแผนการดูแลเฉพาะราย
๔. สรุปแผนการดูแลเฉพาะรายบุคคล
๕. รวบรวมสรุปความต้องการของผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
๖. จัดทำวัสดุ/อุปกรณ์ตามความต้องการของผู้สูงอายุที่ระบุตามแผนการดูแล (care plan) ให้กับ Care giver ในการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตาม care plan
๗. เป็นพี่เลี้ยงการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงให้กับ Care giver
๘. สรุปวิเคราะห์การดูแลผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และปรับแผนการดูแลตามความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
๙. สรุปผลการดำเนินงานเสนอแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG)

๑. ศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อจัดทำแผนการดูแล
๒. สำรวจภาวะสุขภาพและความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อการวางแผนการดูแลเฉพาะรายบุคคล
๓. ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่วางแผนการดูแลเฉพาะราย
๔. สรุปแผนการดูแลรายบุคคล
๕. รวบรวมสรุปความต้องการของผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
๖. จัดทำวัสดุ/อุปกรณ์ตามความต้องการของผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงที่ระบุตามแผนการดูแล (care plan)
๗. ให้การดูแลผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตาม care plan
๘. สรุปผลการดูแลผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
๙. รายงานผลการดูแลแก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือเต็น

๕. ระยะเวลาดำเนินการ

๑ มกราคม ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

๖. งบประมาณ

๖.๑ งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านหนองขาม เป็นจำนวนเงิน ๘๔,๐๐๐ บาท (แปดหมื่นสี่พันบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณ ดังนี้

ค่าจ้างเหมาบริการ(หรือค่าตอบแทน) CG จำนวน ๒ คน ไปบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๓๖,๐๐๐ บาท ทั้งนี้เฉลี่ยไม่เกินกำหนด โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ดูแลผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น กลุ่ม ๑ - ๔ เหมาจ่ายดูแลตาม CP: CG ๒ ราย/เดือน x ๑๒ เดือน x ๑,๕๐๐ บาท ผู้สูงอายุ ๑๔ คน เป็นเงิน ๓๖,๐๐๐ บาท

๒. ค่าจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น เป็นเงิน ๔๘,๐๐๐ บาท เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น เป็นเงิน ๘๔,๐๐๐ บาท (แปดหมื่นสี่พันบาทถ้วน)

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยจ่ายได้

๗. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือเต็น

๘. การประเมินผลโครงการ

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ ๙๐

๙. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ได้รับการบริการดูแลระยะยาวแบบ บูรณาการ ส่งผลให้ผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงและญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ลงชื่อ..... (นางสาว เกศสุตา ภูผา) ผู้รับผิดชอบโครงการ

(นางสาว เกศสุตา ภูผา)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ..... (นางรัตติกาล แซ่ตัน) ผู้เสนอโครงการ

(นางรัตติกาล แซ่ตัน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือเต็น

ลงชื่อ..... (นางสาวสุมาลี ผิวพิมพ์ดี) ผู้อนุมัติโครงการ

(นางสาวสุมาลี ผิวพิมพ์ดี)

ประธานอนุกรรมการ

คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี

โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการ
 สรุปรูปแบบการดูแลรายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการ
 หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
 ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม

ส่วนที่ ๑ โครงการ

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคล
 อื่นที่มีภาวะพึ่งพิง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี

ด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือเต็น อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี
 มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะ
 พึ่งพิงแบบบูรณาการ ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อ
 จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณา
 การ ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อ
 สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
 หรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ และแก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๖๓ (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)
 จำนวน ๑๔ คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ๘๔,๐๐๐ บาท (แปดหมื่นสี่พันบาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑. เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหา การกิน/การขับถ่ายแต่ไม่ มีภาวะสับสน		กลุ่มที่ ๒. กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมี ภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓. กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย หรือเจ็บป่วย รุนแรง		กลุ่มที่ ๔. กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	งบประมาณ (บ.)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บ.)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บ.)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บ.)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บ.)
๗	๔๒,๐๐๐	๔	๒๔,๐๐๐	๒	๑๒,๐๐๐	๑	๖,๐๐๐	๑๔	๘๔,๐๐๐

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ(เหม่าจ่าย)ต่อคนต่อปี
 เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่น
 ที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสันนิษฐานค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ
 ระยะเวลาดำเนินการ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

ลงชื่อ ผู้จัดทำโครงการ

(นางรัตติกาล แซ่ตัน)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเสือเต็น

วันที่ ๑๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔

รายชื่อCG ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงแยกตามกลุ่ม ปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ADL	กลุ่ม	บ้านเลขที่	หมู่
1	3-7203-00066-45-5	\ นายสนม คำดีป	83	10	1	96	9
2	3-7210-00062-07-2	นางทองคำ เปรมปรีดา	78	11	1	541	10
3	3-7210-00066-72-8	\ นายชาติ ัญญเจริญ ✓	65	11	1	707/1	9
4	3-4115-00136-68-0	\ นางเนาวรัตน์ เห่งแก้ว ✓	53	9	1	41/2	6
5	3-7210-00095-00-1	\ นายฉื่อน พลยระหาร /	46	11	1	18/1	6
6	3-7110-00407-98-3	\ นางทองสุข มีชนะ	86	10	1	70/2	9
	3-7105-00131-81-1	\ นางแก่น วงษ์สุวรรณ	78	7	1	15/1	6
8	3-7210-00020-85-0	\ นายบุญทัน คำปาน	97	7	2	121	9
9	3-7210-00022-59-3	\ นางไฉ่ มะกรุดอินทร์ ✓	89	6 /	2 /	52	9
10	3-7210-00024-46-4	นางสิว ภูมาลา	82	5	2	196	10
11	3-7210-00411-79-4	\ นางสาวจิต พิมพันธ์ ✓	68	6 /	2 /	25	9
12	3-7210-00061-57-2	\ นางสุนีย์ วงษ์สุวรรณ ✓	86	3	3	42	8
13	3-7203-00149-02-4	\ นางทองจันทร์ จลาดโสง /	77	2	3	80/9	10
14	3-7203-00228-87-1	\ นายนิคม ภูมั่ง ✓	76	1	4	686	9

ปฏิทินการเยี่ยมรวมของ CG

ลำดับ	รายชื่อ แคลิฟเวอร์ (CG)	รายชื่อผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง	บ้านเลขที่	หมู่	กลุ่ม
1	น.ส.เสาวณีย์ อยู่วงษ์อื่น	นายสนม คำดีป	96	9	1
		นายชาติ รัชญูเจริญ	707/1	9	1
		นายบุญทัน คำปาน	121	9	2
		นางไฉ่ มะกรุดอินทร์	52	9	2
		นางสวิต พิมพ์จันทร์	25	9	2
		นางสุณีษ์ วงษ์สุวรรณ	42	8	3
	(ดงไผ่)	นายนิคม ภูมั่ง	686	9	4
2	น.ส.ประภาวรรณ ปทุมสูตร	นางทองคำ เปรมปรีดา	541	10	1
		นางเนาวรัตน์ เหง้าแก้ว	41/2	6	1
		นายฉื่อน พลายระหาร	18/1	6	1
		นางทองหุบ มีชนะ	70/2	9	1
		นางแก่น วงษ์สุวรรณ	15	6	1
		นางพิว ภูมาลา	196	10	2
		นางทองจันทร์ ฉลาดไชสง	80/9	10	3

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเวชค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

นายนสนม คำดีป เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3720300086455	ที่อยู่ 96 ม.9 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี 72240 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
ในวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องมีสับสนบางครั้ง นั่งได้เอง สามารถนั่งก้มในแนวราบได้ รับ ประทานอาหารที่อยู่ตรงหน้าได้เองไม่สับสน แขนข้างขวาอ่อนแรงมีข้อยึดติด ขยับ่ายรู้ตัวทำความสะอา ได้เองบางส่วนมีญาติคอยช่วยเหลือบ้าง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ได้รับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
วันผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,000 บาท	- ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ
ใ้ขอความเห็นในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/..... - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขยับ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขยับ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดผลกดทับ	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวาน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

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

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

นางทองคำ เปรมปรีดา บัตรประจำตัวประชาชน 3721000062072	ที่อยู่ 541 ม.10 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี 72240 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 065-853586	วันที่จัดทำ 02 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563
วันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2485 อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสดี นั่งได้เองบนเตียง แขนขาซ้ายอ่อนแรง สามารถ ดื่อกาแฟที่อยู่มองหน้าเข้าปากได้เอง กลืนปัสสาวะได้เอง ขับถ่ายบนเตียง	
ภาวะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ รับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การสำร่ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การติดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวาน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/ราย/ปี)

นายชาติ ธีรบุญเรือง บัตรประจำตัวประชาชน 3721000066728	ที่อยู่ 707/1 ม.8 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี 72240 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
ในวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2498 อายุ 85 ปี) 66	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รู้สึกตัวดี สดชื่นแจ่มใส ถามตอบรู้เรื่อง เดินไม่ได้ นั่งเองได้ในรถเข็น ขา 2 ข้างอ่อนแรง รับประทานอาหารได้เองเมื่ออยู่ตรงหน้า ปวดถ่ายรู้ตัวแต่ต้องมีญาติช่วยทำความสะอาดให้ในสายสวนปัสสาวะ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ได้รับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
วันที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,000 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
ขอความร่วมมือในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/แพ้ยา - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - ไม่มีผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่เกิดผลกดทับ	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - บริการพิเศษอื่นๆ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวาน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเก็บค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

ไอ นางเนาวรัตน์ เหว้าแก้ว เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3411500136680	ที่อยู่ 41/2 ม.6 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0984126069	วันที่จัดทำ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2510 อายุ 53 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หญิงมีภาวะพึ่งพิง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างบางส่วน ประวัติ Stork 2 ปี ส่อนแรง ด้านขวา รับประทานอาหารเองได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ รอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 รอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - (บประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ เองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้ป่วย
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวาน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลง.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซviceค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

อ นายฉอ้น พลายระหาร เชบ้ตรประจำตัวประชาชน 3721000095001	ที่อยู่ 18/1 ม.6 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0624175231	วันที่จัดทำ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
โคววันที่ 15 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2517 อายุ 46 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีภาวะน้ำหนักบอด หอบเหนื่อยง่าย ท้องโต เคลื่อนไหวลำบาก	
ถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ อรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
วันผู้มภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 อรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนบัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(บัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ท้อง (stomach) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การผลิตตกหลิม - ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 2 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 2 สัปดาห์ - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 1 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ หานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 2 สัปดาห์ ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวิน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
(.....)

ลงชื่อ.....อปท.
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดสรรค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นางทองสุข มีชนะ บัตรประจำตัวประชาชน 3711000407983	ที่อยู่ 70/2 ม.9 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0871684570	วันที่จัดทำ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
วันที่ 09 เดือน กันยายน พ.ศ. 2477 อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยโรคเรื้อรังแขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างบางส่วน สามารถ เคลื่อนไหวร่างกายได้โดยใช้เครื่องพยุงเดิน	
ภาวะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ รับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
ในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ขอตรวจวัดในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - ที่ ลัดตกหนัก - ซ้อมติด/ซ้อมเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวิน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

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

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

นางแก่น วงษ์สุวรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 9710500131811	ที่อยู่ 15/1 ม.6 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
ในวันที่ 30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2485 อายุ 78 ปี]	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แขนขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างบางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ได้รับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - กลืนปัสสาวะไม่ได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - รับประทานอาหาร/สลักอาหาร - ช็อคติด/ช็อคเหวี่ยง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 สัปดาห์ - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 2 สัปดาห์ - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวาน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

อ นายบุญทัน คำปาน บัตรประจำตัวประชาชน 3721000020850	ที่อยู่ 121 ม.9 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี 722 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
ในวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2486 อายุ 97 ปี]	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุชาย มีอาการหลงลืม ไม่มีแผลกดทับ ตาบอด 2 ข้าง หูไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง ไม่พูดคุย เนื้อตัวไม่ค่อยสะอาด เล็บมือเล็บเท้ายาว ผิวหนังแห้งลอกบริเวณขา 2 ข้าง บริเวณรอบท่อนอนไม่ สะอาด มีภาวะข้อติด	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ได้รับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
ในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 8,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกล้ามเนื้อแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
วัตถุประสงค์ในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การผลิตตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	- ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวาน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]**

อ.นางไลย มะกรุดอินทร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3721000022593	ที่อยู่ 52 ม.9 ต.หนองขาม อ. หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 092-048553	วันที่จัดทำ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
โควันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2474 อายุ 89 ปี ๑๐	วินิจฉัย: ADL=6, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : หญิงไทยนั่งบริเวณใต้ถุนหน้าบ้าน มีอาการหลงลืม ช่วยเหลือตัวเองได้เพียงบางส่วน	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ได้รับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ขอความร่วมมือในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การหลงทาง - การพลัดตกหกล้ม - () /ข้อเท้าตก	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ นุสสิกาวัน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

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

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

อ นางฉิว ภู่มาลา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3721000024464	ที่อยู่ 196 ม.10 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0983721419	วันที่จัดทำ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
โตวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2481 อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=5, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุร่างกายขาวสะอาด ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย มีภาวะหลงลืม ไม่มีแผลกดทับ	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ได้รับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ขอความร่วมมือในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การพลัดตกหกล้ม - ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การหลงทาง	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 30 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวาน		
ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)		

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

นางสาว สิริดี พิมพ์พันธ์ บัตรประจำตัวประชาชน 3721000411784	ที่อยู่ 25 ม.9 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
ในวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2495 อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี มีอาการหลงลืมเล็กน้อย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เหนื่อยง่าย มี แผลบริเวณเท้าข้างซ้าย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ได้รับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ
ขอพระราชวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - ชี้อาหาร/ข้อเท้าตก - ปัญหาภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - แผลหาย ภายใน 3 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - บุคลากรสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวิน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
(.....)

**แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)**

นางสุนีย์ วงษ์สุวรรณ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3721000061572	ที่อยู่ 42 ม.8 ต.หนองขาม อ. หนองหญ้าไซ จ. สุพรรณบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 22 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2477 อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=13 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุพิการตาบอด 2 ข้าง เดินไม่ได้ ขาเริ่มติด มีอาการปวดขาบ่อยครั้ง รับ ประทานอาหารเองได้ต้องมีคนเตรียม	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ได้รับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 6,000 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความเจ็บปวดบริเวณต้นและเข่าอก ปากแห้ง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน
ข้อพึงระวังในการให้บริการ - การหกล้มตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 1 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว	ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวิน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

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

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองจันทร์ ฉลาดโธสง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3720300149024	ที่อยู่ 80/8 ม.10 อ. หนองหญ้าไซ จ. สุพรรณบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0846267998	วันที่จัดทำ 08 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2486 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=2, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุพิการตาบอดทั้งสองข้าง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ทำได้เพียงดื่อกินอาหารรับประทานเอง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีความพิการพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 3 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 6,000 บาท	- ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ความสามารถในการมองเห็น	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การพลัดตกหกล้ม - ดุ/ชื่อเท้าตก - บอกรักษาภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 30 วัน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกวัน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[j0 b 4 # 8 D A W + j 4 c 6 j 9 F X G 6 = n i 2 h 6 m y t 7 z e x H 6 C o n 7 k 6 M A A k b 3 d k k 6 M A A A A p Q J A [6 6 i 1 p - 2 i 6 C < E X E R K 6 o 4 M 9 G 6]

[.....]

ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าทางการเงิน

[illegible]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดหน่วยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายนิคม ภูวัง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3720300228871	ที่อยู่ 686 ม.8 ต.หนองขาม อ.หนองหญ้าไซ จ.สุพรรณบุรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 21 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2487 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=1, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุนอนติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ขยับร่างกายได้เพียงเล็กน้อย ทานอาหารเองพูดคุยรู้เรื่อง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การอาบน้ำ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
1. ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 2. ติด/เชื้อเท้าตก - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 1 เดือน - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 1 เดือน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ ภายใน 1 เดือน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 1 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan น.ส.ณัฐวรรณ มุสิกาวาน	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

၁၁၁၁၁၁ ၂၅၆၅

อันดับ	รายชื่อเด็ก/อาจารย์ (CC)	รวมข้อผู้ทรงคุณวุฒิ	บ้านเอก	พ.	ศ.พ.ม. 64		ศ.พ.ด. 64		ศ.พ.ร.บ. 65		ศ.พ.ท. 65		ศ.พ.ก. 65		ศ.พ.ค. 65		รวม
					ข้อ	ข้อ	ข้อ	ข้อ	ข้อ	ข้อ	ข้อ	ข้อ	ข้อ	ข้อ	ข้อ	ข้อ	
1	น.ส.สาวลิขย์ อู่ช่วงอัน	นายสนาม หักปี	96	9	6,27	3,24	1,29	5,26	2,23	2,30	5,27	3,25	1,29	6,27	3,31	7,28	
		นายราลี ธัญญะวิชัย	707/1	9	6,27	3,24	1,29	5,26	2,23	2,30	5,27	3,25	1,29	6,27	3,31	7,28	
		นายบุญตัน ลำปาน	121	9	6,13,20,27	3,10,17,24	1,8,15,22	5,12,19,26	2,9,16,23	9,16,23,30	5,11,20,27	3,11,18,25	1,8,15,22	6,13,20,27	3,10,17,24	7,14,21,28	
		นางโส่ย มะภูติอินทร์	52	9	6,13,20,27	3,10,17,24	1,8,15,22	5,12,19,26	2,9,16,23	9,16,23,30	5,11,20,27	3,11,18,25	1,8,15,22	6,13,20,27	3,10,17,24	7,14,21,28	
		นางสาววิค ทิมพันธ์	25	9	6,13,20,27	3,10,17,24	1,8,15,22	5,12,19,26	2,9,16,23	9,16,23,30	5,11,20,27	3,11,18,25	1,8,15,22	6,13,20,27	3,10,17,24	7,14,21,28	
		นางนุ้ย งามสุวรรณ	42	8	4,6,11,13,18,20,25,27	1,3,8,10,15,17,22,24	6,8,13,15,20,22,27,29	3,5,10,12,17,19,24,26	2,7,9,14,16,21,23,28	7,9,14,16,21,23,28,30	4,6,11,18,20,25,27,29	3,5,9,11,16,18,23,25	6,8,13,15,20,22,27,29	4,6,11,13,18,20,25,27	1,3,8,10,15,17,22,24	5,7,12,14,19,21,26,28	
		นายนิคม ยูลัง	686	9	4,6,11,13,18,20,25,27	1,3,8,10,15,17,22,24	6,8,13,15,20,22,27,29	3,5,10,12,17,19,24,26	2,7,9,14,16,21,23,28	7,9,14,16,21,23,28,30	4,6,11,18,20,25,27,29	3,5,9,11,16,18,23,25	6,8,13,15,20,22,27,29	4,6,11,13,18,20,25,27	1,3,8,10,15,17,22,24	5,7,12,14,19,21,26,28	
2	น.ส.ประภากรรณ ปุณสุตร	นางทองแก้ว เปรมปรีดา	541	10	6,27	3,24	1,29	5,26	2,23	2,30	5,27	3,25	1,29	6,27	3,31	7,28	
		นางนงนารัตน์ เหล็กแก้ว	41/2	6	6,27	3,24	1,29	5,26	2,23	2,30	5,27	3,25	1,29	6,27	3,31	7,28	
		นายชัยอน พาสะระพร	181/1	6	6,27	3,24	1,29	5,26	2,23	2,30	5,27	3,25	1,29	6,27	3,31	7,28	
		นางทองสุข มีระนะ	70/2	9	6,27	3,24	1,29	5,26	2,23	2,30	5,27	3,25	1,29	6,27	3,31	7,28	
		นางกนก งามสุวรรณ	15	6	6,27	3,24	1,29	5,26	2,23	2,30	5,27	3,25	1,29	6,27	3,31	7,28	
		นางสาว สุมาลา	196	10	6,13,20,27	3,10,17,24	1,8,15,22	5,12,19,26	2,9,16,23	9,16,23,30	5,11,20,27	3,11,18,25	1,8,15,22	6,13,20,27	3,10,17,24	7,14,21,28	
		นางทองจันทร์ พลตาโสร	80/9	10	4,6,11,13,18,20,25,27	1,3,8,10,15,17,22,24	6,8,13,15,20,22,27,29	3,5,10,12,17,19,24,26	2,7,9,14,16,21,23,28	7,9,14,16,21,23,28,30	4,6,11,18,20,25,27,29	3,5,9,11,16,18,23,25	6,8,13,15,20,22,27,29	4,6,11,13,18,20,25,27	1,3,8,10,15,17,22,24	5,7,12,14,19,21,26,28	

พ.กิตติภูมิภาวะ

น.ส.สายัณห์ น.ส.อ้อย

รายละเอียดการเขียนผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุและบุคลากรที่มีภาวะพึ่งพิง

[illegible]

พฤษภาคม ๒๕๖๕

[illegible]

พ่วงควบคุมกำกับงาน ปี 2565

[illegible]

รายละเอียดการเยี่ยมชมของผู้สูงอายุ

[illegible]

รายละเอียดการเยี่ยมชมผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

[illegible]