

รายงานสรุปกลุ่มเป้าหมายสำหรับจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ฯ รพ.สต.วัดแค ต.วัดแค อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

| ลำดับ | กลุ่มเป้าหมาย | | ชื่อ-นามสกุล | เลขบัตรประชาชน | ที่อยู่ | หมายเลขโทรศัพท์ | ขนาดไซส์ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ |
|-------|--|--|--------------------------|----------------|------------------|-----------------|------------------------|
| | บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ADL ≤ 6 Care Plan | บุคคลที่มีภาวะกลั้น ปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือ ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ | | | | | |
| 1 | / | | นางอี่ยม จันทร์เสมอ | 3730300041550 | 37/5 ม.3 ต.วัดแค | 0925579997 | L |
| 2 | / | | นายปรีชา บรรดาศักดิ์ | 3700400100728 | 57/1 ม.3 ต.วัดแค | 0846596229 | XL |
| 3 | / | | นางจำเนียร เอกเผ่าพันธุ์ | 4700400002791 | 4/2 ม.3 ต.วัดแค | 0858088026 | L |
| 4 | / | | นายนิพนธ์ ล้อทอง | 3730300046560 | 29/1 ม.4 ต.วัดแค | 0895289263 | M |
| 5 | / | | นางธนาภรณ์ ครูเสมีย์ | 3730300531140 | 22/2 ม.4 ต.วัดแค | 0962413285 | L |
| 6 | / | | นายสมบัติ โพธิ์หลงเกร็ด | 3730300045032 | 19/6 ม.4 ต.วัดแค | 0868095122 | M |

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/67 วันที่ 05/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดแค

| | | |
|---|--|---|
| <p>ชื่อ นางยิ้ม จันทร์เสม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730300041550</p> | <p>ที่อยู่ 37/5 ม.3 ต.วัดแค อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์ 0925579997</p> | <p>จัดทำวันที่ 05 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=0, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ล้มสะโพกกระดูกแตกหัก ปี 2564 มีแผลกดทับที่ก้น ได้รับการรักษา รพ.นครปฐม</p> |
| <p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ - ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล</p> | <p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)</p> | <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ</p> |
| <p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา</p> | <p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน</p> | <p>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล</p> |
| <p>กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal</p> | | |
| <p>กิจกรรม</p> | <p>ความถี่</p> | <p>ผู้รับผิดชอบ</p> |
| <p>ทำแผลกดทับ</p> | <p>วันละ 1 ครั้ง(เช้า)</p> | <p>พยาบาล</p> |
| <p>ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ</p> | <p>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</p> | <p>พยาบาล</p> |
| <p>วัดสัญญาณชีพ</p> | <p>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</p> | <p>ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</p> |
| <p>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้ากลางวัน และเย็นโดยญาติ</p> | <p>ผู้จัดทำ นายดุขฎิ ฐุภภัทร ผู้รับผิดชอบ นางวรรณมา เปลื้องปลดทุทุกั ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 30นาที/วัน</p> <p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</p> <p>1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป </p> <p>2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป </p> | |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|--|---|---|
| ชื่อ นางยิ้ม จันทร์เสม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730300041550 | ที่อยู่ 37/5 ม.3 ต.วัดแค อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0925579997 | วันที่จัดทำ 05 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 |
| เกิดวันที่ 03 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2481 (อายุ 85 ปี) | วินิจฉัย : ADL=0, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ล้มสะโพกกระดูกแตกหัก ปี 2564 มีแผลกดทับที่กัน รับการรักษา รพ.นครปฐม | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท | - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา | การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ | | |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน (L) | | |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | |
| - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ | ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว | |
| ผู้จัดทำ Care plan นายดุขมิฐ์ สุวภัทร | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/67 วันที่ 05/09/66

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดแค

| | | |
|---|---|--|
| <p>ชื่อ นายปรีชา บรรดาศักดิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3700400100728</p> | <p>ที่อยู่ 57/1 ม.3 ต.วัดแค อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์ 0846596229</p> | <p>จัดทำวันที่ 05 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุล้มสะโพก กระแทกพื้น ขาทั้ง2ข้างยกไม้ได้ รักษา รพ.นครปฐม</p> |
| <p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำ กิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วย ของผู้สูงอายุที่ดูแล</p> | <p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้</p> | <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การพลัดตกหกล้ม</p> |
| <p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p> | <p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน</p> | <p>บริการนอกเหนือรายลับดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล</p> |
| <p>กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal</p> | | |
| <p>กิจกรรม</p> | <p>ความถี่</p> | <p>จ. อ. พ พท ศ ส อ ผู้รับผิดชอบ</p> |
| <p>เปลี่ยนผ้าอ้อม</p> | <p>วันละ 3 ครั้ง(เช้า กลางวัน เย็น)</p> | <p>✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ครอบครัว</p> |
| <p>พลิกตะแคงตัว</p> | <p>ทุกๆ 2 ชั่วโมง</p> | <p>✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ครอบครัว</p> |
| <p>วัดสัญญาณชีพ</p> | <p>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</p> | <p>✓</p> |
| <p>เจาะเลือด</p> | <p>เดือนละ 1 ครั้ง</p> | <p>✓</p> |
| <p>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ</p> | <p>ผู้จัดทำ นายดุขฎิ สุวภัทร ผู้รับผิดชอบ นายประเทือง นาคสุสุข ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 30 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป</p> | |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้ที่มิภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|--|--|--|
| ชื่อ นายปรีชา บรรดาดี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3700400100728 | ที่อยู่ 57/1 ม.3 ต.วัดแค อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0846596229 | วันที่จัดทำ 05 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 |
| เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2513 (อายุ 53 ปี) | วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุล้มสะโพกกระดูกหัก ขาทั้ง2ข้างยกไม่ได้ รักษา รพ.นครปฐม | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท | | การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ | | |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ - ฝ้า้ออมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน (XL) | | |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | |
| - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - การพลัดตกหกล้ม | ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 1 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ | |
| ผู้จัดทำ Care plan นายดุขฎิ ฐวภัทร | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ..... อปท.

[.....]

[.....]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|--|--|---|
| ชื่อ นางจำเนียร เอกเฝ้าพันธุ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 4700400002791 | ที่อยู่ 4/2 ม.3 ต.วัดแค อ.นครชัยศรี หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0858088026 | วันที่จัดทำ 05 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 |
| เกิดวันที่ 02 เดือน กันยายน พ.ศ. 2473 (อายุ 93 ปี) | วินิจฉัย : ADL=5, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : - | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท | - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ | การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ | | การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน (L) | | |
| ชื่อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | |
| - ข้อติด/ข้อเท้าตก | ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง | |
| ผู้จัดทำ Care plan นายดุขภู ฐวภัทร | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/67 วันที่ 05/09/66

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดแค

| | | |
|--|---|---|
| <p>ชื่อ นายนิพนธ์ ล้อทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730300046560</p> | <p>ที่อยู่ 29/1 ม.4 ต.วัดแค หมายเลขโทรศัพท์ 0895289263</p> | <p>จัดทำวันที่ 05 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=1, TAI=2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวได้น้อย รับประทาน.ศิริราช</p> |
| <p>แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล</p> | <p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ</p> | <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - ข้อติด/ข้อเท้าตก</p> |
| <p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต</p> | <p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</p> | <p>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล</p> |
| <p>กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal</p> | | |
| <p>กิจกรรม</p> | <p>ความถี่</p> | <p>จ. อ. พ พท ศ ส อ ผู้รับผิดชอบ</p> |
| <p>ล้างหน้า แปรงฟัน</p> | <p>วันละ 2 ครั้ง(เช้า เย็น)</p> | <p>✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ครอบครัว</p> |
| <p>ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม</p> | <p>ทำครั้งเดียว</p> | <p>✓ นักโภชนาการ</p> |
| <p>วัดสัญญาณชีพ</p> | <p>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</p> | <p>✓ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</p> |
| <p>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเข้ากลางวัน และเย็นโดยญาติ</p> | <p>ผู้จัดทำ นายดุขฎิ รุภภัทร ผู้รับผิดชอบ นางธนพร พุ่มทอง ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 30 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป</p> | |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซย์ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|--|--|---|
| ชื่อ นายนิพนธ์ ล้อทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730300046560 | ที่อยู่ 29/1 ม.4 ต.วัดแค หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0895289263 | วันที่จัดทำ 05 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 |
| เกิดวันที่ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2473 (อายุ 93 ปี) | วินิจฉัย : ADL=1, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวได้น้อย รับประทาน.ศิริราช | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท | | การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ | | |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน (M) | | |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | |
| - ข้อติด/ข้อเท้าตก | ระยะสั้น - ปรับฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ | |
| ผู้จัดทำ Care plan นายดุขฎิ ฐวภิทร | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

ลงชื่อ..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[น.ศ.กฏิ ฐวภิทร]

ลงชื่อ..... อ.พ.
[.....]

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

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/67 วันที่ 05/09/66

หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดแค

| | | |
|---|--|---|
| <p>ชื่อ นางธนภรณ์ ครุเสณีย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730300531140</p> | <p>ที่อยู่ 22/2 ม.4 ต.วัดแค.อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์ 0962413285</p> | <p>จัดทำวันที่ 05 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=2, TAI=B3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย</p> |
| <p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี - อยากให้คนอื่นเห็นความสำคัญ/รู้สึกมีคุณค่า ญาติ - อยากให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น - อยากให้มีคนช่วยเหลือดูแลผลัดเปลี่ยน</p> | <p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p> | <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม</p> |
| <p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ</p> | <p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน</p> | <p>บริการนอกเหนือรายการสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal) บริการอื่นๆ - ได้รับการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม</p> |
| <p>กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal</p> | | |
| <p>กิจกรรม</p> | <p>ความถี่</p> | <p>จ. อ. พ พก ศ ส อ ผู้รับผิดชอบ</p> |
| <p>เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้</p> | <p>ทำครั้งเดียว</p> | <p>✓ ครอบครัว</p> |
| <p>ประเมินภาวะโภชนาการ</p> | <p>ทำครั้งเดียว</p> | <p>✓ นักโภชนาการ</p> |
| <p>วัดสัญญาณชีพ</p> | <p>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</p> | <p>✓ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</p> |
| <p>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้ากลางวัน และเย็นโดยญาติ - ล้างหน้า - ถ่ายภาพบำบัดโดย Caregiver</p> | <p>ผู้จัดทำ นายดุขฎิ ฐุภภัทร ผู้รับผิดชอบ นายประเทือง นาคสุสุข ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 30 นาที/วัน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้ 1) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป</p> | |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

| | | |
|---|--|---|
| ชื่อ นางธนาภรณ์ ครุเสณีย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730300531140 | ที่อยู่ 22/2 ม.4 ต.วัดแค.อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0962413285 | วันที่จัดทำ 05 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 |
| เกิดวันที่ 05 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2504 [อายุ 62 ปี] | วินิจฉัย : ADL=2, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุติดบ้าน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน NaN บาท | - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ | การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ | | |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชั้น/วัน (L) | | |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | |
| - การพลัดตกหกล้ม | ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 1 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง | |
| ผู้จัดทำ Care plan นายดุขฎี จุฑาทิ | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

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

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

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

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/67 วันที่ 05/09/66
หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดแค

| | | |
|--|--|--|
| <p>ชื่อ นายสมบัติ โพธิ์หลงเกร็ด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730300045032</p> | <p>ที่อยู่ 19/6 ม.4 ต.วัดแค อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์ 0868095122</p> | <p>จัดทำวันที่ 05 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I2 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ 20 ปี อ่อนแรง เดินไม่ได้</p> |
| <p>แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล</p> | <p>แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง</p> | <p>ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม</p> |
| <p>ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ</p> | <p>เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 31 วัน</p> | <p>บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและinformal)</p> |
| <p>กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal</p> | | |
| <p>กิจกรรม</p> | <p>ความถี่</p> | <p>จ. อ. พ พก ศ ส อ ผู้รับผิดชอบ</p> |
| <p>การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ</p> | <p>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</p> | <p>พก ✓ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)</p> |
| <p>แนะนำอาหารกระตุ้นการขับถ่าย</p> | <p>อาทิตย์ละ 1 ครั้ง</p> | <p>พก ✓ พยาบาล</p> |
| <p>สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการเกิดแผลกดทับ</p> | <p>เดือนละ 1 ครั้ง</p> | <p>พก ✓ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p> |
| <p>กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - กายภาพบำบัดโดย Caregiver</p> | <p>ผู้จัดทำ นายดุขฎิ จูภักทร ผู้รับผิดชอบ นางธนพร พุ่มทอง ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง 30 นาที/วัน</p> <p>ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้</p> <p>1) [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป </p> <p>2) [ผู้ป่วย/ญาติ] วดป </p> | |

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียง/ราย/ปี)

| | | |
|---|---|--|
| ชื่อ นายสมบัติ โพธิ์หลงเกร็ด เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3730300045032 | ที่อยู่ 19/6 ม.4 ต.วัดแค อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 0868095122 | วันที่จัดทำ 05 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 |
| เกิดวันที่ 24 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2515 (อายุ 51 ปี) | วินิจฉัย : ADL=4, TAI=I2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ 20 ปี อ่อนแรง เดินไม่ได้ | |
| สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน | ประเด็นปัญหา/ความต้องการ | การดูแล |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน NaN บาท | - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ | การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ |
| การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ | | |
| มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 3 ชิ้น/วัน (M) | | |
| ข้อควรระวังในการให้บริการ | เป้าหมายการดูแล | |
| - การพลัดตกหกล้ม | ระยะสั้น - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 31 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง | |
| ผู้จัดทำ Care plan นายดุขุฎี ฐวภัทร | ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย) | |

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

ลงชื่อ.....อปท.
 ([.....])

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 ([.....])